



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de
Saúde Familiar

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

EM

**FAMILIAS DE IDOSOS QUE COABITAM COM FILHOS ADULTOS QUE
REINTEGRARAM A FAMÍLIA DE ORIGEM**

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de
Enfermagem de Saúde Familiar

Autora:

Lucinda Celeste Teixeira Pacheco

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Familiar

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO
FAMILIAR em FAMÍLIAS DE IDOSOS
QUE COABITAM COM FILHOS
ADULTOS QUE REINTEGRARAM A
FAMÍLIA DE ORIGEM**

**FAMILY EVALUATION AND
INTERVENTION IN FAMILIES OF ELDERLY
PEOPLE LIVING WITH ADULT CHILDREN
WHO HAVE RETURNED TO THE FAMILY
OF ORIGIN**

Estágio profissional de natureza
profissional orientado pela Prof.^a Dra.
Fátima Araújo e coorientado pela Prof.^a
Dra. Henriqueta Figueiredo

Lucinda Celeste Teixeira Pacheco

Porto, 2024

O persistente, luta constantemente até atingir o seu objetivo. Luta para adquirir sabedoria, não agir pelo impulso, nem ficar alheio à ignorância. Não se acovarda. Possui uma coragem e audácia invejável. Aquele que foge da luta, nunca saberá o significado da palavra triunfar. Assim é o triunfo de todos que usam a inteligência e a persistência.

Susana Moreira

AGRADECIMENTO

A vivência da realização deste percurso foi como uma montanha russa, com altos e baixos, com vontade de desistir e pensar com 30 anos de serviço para que te fosse meter nisto. Muito tenho a agradecer o apoio e força de todos os que me acompanharam.

À minha orientadora, Professora Doutora Fátima Araújo, pela dedicação, apoio, orientação e pela paciência em todo o processo, e à minha coorientadora, Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, pelo apoio e motivação ao longo desta jornada. A ambas o meu muito obrigado.

Às minhas filhas pela motivação e orgulho demonstrado, incentivando-me a continuar.

À Ana Luísa e à Rita em particular e às restantes colegas do curso de mestrado, pela amizade e companheirismo durante esta jornada.

À equipa com quem trabalho: secretários clínicos, médicos, enfermeiros e auxiliares pelo carinho e apoio que sempre me deram, em particular à equipa de enfermagem e Dra. Joana Bento.

À enfermeira Sónia por ter aceitado o desafio e toda a disponibilidade e apoio. A todos os meus amigos pelo apoio e incentivo.

A todos os que me permitiram desenvolver as competências de enfermeiro especialista na área da enfermagem de saúde familiar.

Muito obrigada!

RESUMO

A elaboração do presente relatório decorre no âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I e II (MECESF) no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A sua realização teve como objetivo descrever o processo de desenvolvimento de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros) e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros). Para a consumação do desenvolvimento de competências foram definidos os seguintes objetivos: prestar cuidados a famílias com membros idosos cujos filhos adultos reintegraram a família de origem, enquanto unidade de cuidados bem como dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção

Associando o envelhecimento da população e as crises socioeconómicas surgem transições que levam as famílias a readaptar-se. Se por um lado a população está mais idosa acarretando necessidade de apoio, por outro lado as crises económicas levam a que os filhos adultos tenham necessidade de regressar à família de origem. Este regresso pode ser entendido como fonte de apoio por um lado e gerador de *stress* e conflito por outro.

Assim, foi desenvolvida a prestação de cuidados à família como um todo a 4 famílias, duas delas em que o retorno a casa surgiu pela necessidade dos pais, nas outras duas por surgiu por necessidade dos filhos. Com estas famílias, foi estabelecida uma relação sinérgica de forma a promover a sua capacitação no sentido de apoiar estas transições. Pretendeu-se, ainda, sensibilizar a equipa de enfermagem para a melhoria da avaliação e da documentação dos cuidados prestados no âmbito da Saúde Familiar.

Para o desenvolvimento das atividades da componente clínica, foi utilizado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como referencial teórico-operativo, que tem como bases teóricas o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de intervenção na Família (Wright&Leahey,2012).

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Filhos adultos, Coabitação; famílias com membros idosos.

ABSTRACT

This report was drawn up as part of the Professional Internship with Report - Module I and II (MECESF) course during the Master's Degree in Community Nursing in the area of Family Health Nursing at the Porto School of Nursing.

Its aim was to describe the process of developing and acquiring common competences for specialised nurses (Regulation no. 140/2019 of the Portuguese Nursing Association) and specific competences for nurses specialising in community nursing in the area of family health nursing (Regulation no. 428/2018 of the Portuguese Nursing Association). The following objectives were set for the completion of the development of competences: to provide care to families with elderly members whose adult children have reintegrated the family of origin, as a unit of care as well as its members, throughout the life cycle and at the different levels of prevention.

The ageing of the population and the socio-economic crisis are associated with transitions that require families to readapt. If, on the one hand, the population is getting older, leading to a need for support, on the other hand, economic crises mean that adult children need to return to their families of origin. This return can be seen as a source of support on the one hand and a generator of stress and conflict on the other.

Thus, the provision of care for the family as a whole was developed for four families, two of which had to return home because of their parents' needs, and the other two because of their children's needs. A synergistic relationship was established with these families in order to promote their empowerment to support these transitions. The aim was also to sensitise the nursing team to improving the assessment and documentation of the care provided in the Family Health area.

To develop the clinical component activities, the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) was used as a theoretical-operational reference, based on the Calgary Model of Family Assessment and the Calgary Model of Family Intervention (Wright & Leahey, 2012).

Keywords: Family Health Nursing; Adult children; Cohabitation; Families with elderly member

ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento Centros de Saúde

APGAR - Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão

ARS - Administração Regional de Saúde

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DIOR - Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional

DSS - Diagnóstico de Situação de Saúde

EEECESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação Intervenção Familiar

MESCESF - Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

MIMUF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAI - Plano de Acompanhamento Interno

RI – Regulamento Interno

UCs - Unidades Curriculares

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
2.1 Conceito Família	16
2.2 Famílias com membros idosos que reintegram filhos adultos.....	17
2.3 Evolução da Enfermagem de Saúde Familiar e o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar	18
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	24
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados.....	24
3.1.1. FAMÍLIA 1.....	25
3.1.2. FAMÍLIA 2.....	33
3.1.3 FAMÍLIA 3.....	41
3.1.4 FAMÍLIA 4.....	51
3.2 Avaliação dos resultados nas famílias	60
3.3 Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.....	63
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	68
CONCLUSÃO.....	71
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide etária USF Fonte: MIMUF (2023)	14
Figura 2: Diagrama das áreas de atenção familiar por dimensão avaliativa	20
Figura 3: Genograma família 1.....	25
Figura 4: Genograma família 2.....	34
Figura 5: Genograma família 3.....	42
Figura 6: Genograma família 4.....	52
Figura 7: Grelha de Auditoria Aplicada.....	66

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Resumo da avaliação sistémica da família 1	27
Quadro 2: Atividade de Diagnóstico da família 1 (dimensão de desenvolvimento e funcional)	29
Quadro 3: Resumo da avaliação sistémica da família 2	35
Quadro 4: Atividade de Diagnóstico da família 2 (dimensão de desenvolvimento e funcional)	37
Quadro 5: Resumo da avaliação sistémica da família 3	44
Quadro 6: Atividade diagnóstica da família 3 (dimensão de desenvolvimento e funcional)	47
Quadro 7: Resumo da avaliação sistémica da família 4	53
Quadro 8: Atividade diagnóstica da família 4 (dimensão de desenvolvimento e funcional)	56
Quadro 9: Indicadores de Avaliação dos Resultados	61
Quadro 10: Taxas de prevalência / resultados indicadores.....	62
Quadro 11: PAI - Registos de Enfermagem de Saúde Familiar	64

INTRODUÇÃO

O Plano Estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MESCESF) da Escola Superior de Enfermagem do Porto integra as Unidades Curriculares (UCs) inclui:

Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, que decorreu de 27 de abril de 2023 a 30 de junho de 2023 e o Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, o qual se desenvolveu entre 18 de setembro de 2023 a 29 de janeiro de 2024. A realização destas UCs decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região Norte de Portugal.

Os referidos estágios corresponderam a cenários privilegiados para o desenvolvimento das competências específicas, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018), o qual deverá orientar a sua ação para o empoderamento da família, focando-se nesta unidade sistémica como um todo, bem como, nos seus membros individualmente, numa abordagem de ciclo de vida, integrando as diferentes transições que a acompanham.

Aquando da realização do estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I, a pertinência da temática evidenciou-se no decurso da caracterização da lista de famílias da enfermeira tutora. Dessa análise destacou-se, o número de famílias de idosos que acolheram os filhos adultos que regressaram a casa dos pais. Refletindo nesta problemática, considerou-se pertinente para o Módulo II, desenvolver competências especializadas de enfermagem de saúde familiar, tendo por alvo famílias que vivenciam esta situação particular. Assim, o tema deste relatório é “Avaliação e intervenção familiar em famílias de idosos que coabitam com filhos adultos que reintegraram a família de origem”.

A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) é o domínio da Enfermagem que se centra no desenvolvimento do conhecimento da estrutura e funcionamento das famílias nos diferentes contextos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade. Assume como cliente a família como unidade de cuidados, respeitando a relação multifacetada entre a saúde individual dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade (OE,2023). Por conseguinte, aplica conhecimentos na avaliação da saúde da família, tendo presente quer as relações dinâmicas

que se estabelecem entre os seus membros, colocando no centro o processo familiar e família enquanto unidade de cuidados, quer as necessidades das pessoas que a integram, perspetivando-as em termos espirituais, antropológicos, sociais e culturais (OE,2023).

A família é entendida como um sistema complexo e dinâmico, no qual os seus membros em interação se influenciam mutuamente (Silva et al., 2021). O sistema familiar constitui-se como elemento de apoio crucial ao longo do ciclo de vida dos seus membros, inclusive quando os filhos adultos, por motivos diversos, têm necessidade de voltar para a sua família de origem (Pacheco e Reis, 2022). Com este movimento para a casa dos pais, os filhos adultos procuram na família o suporte emocional, orientação, alguma estabilidade para viverem esta transição e por vezes apoio financeiro (Olofsson et al.,2020). No que concerne ao fluxo de apoio entre gerações, na opinião de Pacheco e Reis (2020), destaca-se um padrão onde o subsistema parental constituído por pessoas idosas dão mais apoio aos filhos adultos do que o que recebem, continuando a entender este apoio como uma responsabilidade parental, sem se questionarem sobre os seus efeitos. Por sua vez, algumas pesquisas têm identificado que a coresidência de filhos adultos pode ser uma fonte de apoio emocional e instrumental para os pais idosos, mas também pode ter efeitos negativos nos sintomas depressivos e na saúde física dos pais, com consequente redução na qualidade de vida (Schwartz & Ayalon, 2015; Tosi & Grundy, 2018).

Nos estágios de natureza profissional com relatório - Módulo I e Módulo II desenvolveram-se competências clínicas na área de ESF promotoras de capacitação das famílias ao longo do seu ciclo vital, de harmonia com o que está definido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 e no Regulamento das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem n.º 428/2018, da OE. A pertinência desta temática surge no decurso da caracterização inicial do contexto em que se desenvolve a prática clínica e da caracterização de uma amostra acidental de 60 famílias extraída da lista de utentes/famílias do enfermeiro Tutor. Face ao exposto, define-se como objetivo principal deste relatório descrever as competências comuns e específicas do EEECESF, desenvolvidas na componente clínica do mestrado.

O presente relatório foi elaborado de forma a descrever as principais atividades desenvolvidas durante os estágios, com o objetivo de realçar os principais contributos que potenciaram o desenvolvimento pessoal e profissional, no sentido do incremento de competências no âmbito de EEECESF.

O relatório está estruturalmente dividido em 5 capítulos centrais. No primeiro capítulo faz-se a caracterização do contexto clínico onde se desenvolveram os estágios de natureza profissional - Módulo I e Módulo II, os quais permitiram à estudante desenvolver

Competências clínicas específicas. O segundo capítulo corresponde ao enquadramento teórico onde foi desenvolvido um trabalho de pesquisa nas bases de dados (EBSCOhost; PubMed; Scopus by Elsevier; Web Of Science by Clarivate; Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), que teve em atenção os últimos 5 anos, como termos de procura: Saúde Familiar; Filhos Adultos, Coabitação; Famílias com membros idosos. Abordam-se diferentes conceitos, modelos e conteúdos teóricos considerados relevantes para a temática central do presente relatório. Para melhor compreensão, os conteúdos foram sistematizados em 3 subcapítulos: Conceito Família; Famílias com membros idosos que reintegram filhos adultos e Evolução da Enfermagem de Saúde Familiar e o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, procurando manter um fio condutor entre eles.

No terceiro capítulo descrevem-se as atividades realizadas na componente clínica, para o desenvolvimento das duas competências específicas do Enfermeiro Especialista em ESF:

a) Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros e b) liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF.

Relativamente à alínea a) foram consideradas as especificidades das famílias ressaltando que o motivo que levou ao regresso dos filhos adultos a casa dos pais divide-se em dois aspetos fundamentais: alteração da situação económico-social dos filhos e dependência física e emocional dos pais. Para o desenvolvimento das atividades da componente clínica foi utilizado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como referencial teórico-operativo, que tem como bases teóricas o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (Wright & Leahey, 2012). A avaliação e intervenção individual nos membros da família será conduzida tendo por base a teoria das transições (Meleis, 2010). No que concerne à alínea b) supramencionada, as atividades desenvolvidas tiveram em atenção as particularidades da equipa onde se realizou o estágio. No quarto capítulo serão abordados os contributos para o desenvolvimento de competências. Por fim, no quinto capítulo será realizada a conclusão deste relatório fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Neste capítulo pretende-se descrever e analisar o contexto da prática clínica especializada onde ocorreu o desenvolvimento de competências específicas de EEECESF nas UCs Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo I e Módulo II.

A USF onde decorreram os estágios insere-se num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) que serve um município que se distribui por uma área geográfica extensa sendo composto por um ambiente predominantemente urbano. Consultando o Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) do ACES (DSS, 2023), podemos encontrar a caracterização socioeconómica da população inscrita. Do ponto de vista demográfico e tendo como referência os censos (2011 e 2021) tem-se observado um decréscimo da população residente (1,5%); um crescimento de 128% da população estrangeira; o aumento acentuado do índice de envelhecimento nos últimos 10 anos, uma vez que em 2021 atingiu-se o valor de 171,5 idosos com 65 ou mais anos por cada 100 jovens com menos de 15 anos e uma diminuição da natalidade (7,4 nados vivos por mil habitantes, sendo este valor inferior ao observado em Portugal Continental) (DSS,2023). O nível de escolaridade melhorou, verificando-se um incremento de 13,3% nos níveis secundário e superior e a diminuição da taxa de analfabetismo em 2,5%. Comparando os dados da região Norte e do Continente, verifica-se que o número de desempregados diminuiu 38%, contudo, o poder de compra per capita, no concelho, é inferior; a proporção de pensionistas da Segurança Social é inferior, sendo a proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção superior; o número de pessoas que vivem sozinhas aumentou, com especial incidência no grupo etário com mais de 65 anos, representando 49,34% da população que vive sozinha.

O modelo de organização da USF é o modelo B, que se caracteriza pela autonomia organizacional e funcional, conforme o previsto no Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, na sua redação atual.

A USF em questão, à data de 31 de dezembro de 2023, tinha 14.636 utentes inscritos, verificando-se que a maioria da população se distribui nos grupos etários entre os 40 e os 74 anos. Como se observa na Figura 1, a pirâmide etária da população inscrita na USF mostra um estreitamento na base e um achatamento no topo, refletindo uma baixa taxa de natalidade e maior longevidade, respetivamente.

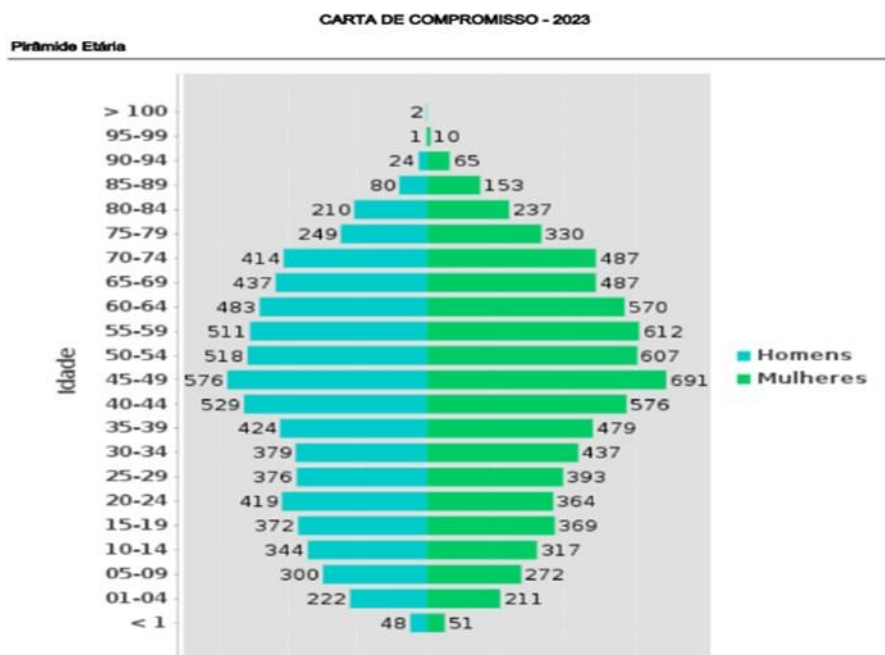


Figura 1: Pirâmide etária USF Fonte: MIMUF (2023)

A USF no seu Regulamento Interno (RI) assume como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade por forma a conseguir a satisfação de todos os seus utentes e contribuir para um alto nível de bem-estar e de melhoria do estado de saúde da população onde está inserida. Como visão procura incessantemente o objetivo de transformar a USF numa Unidade de Saúde de referência, no ACES onde se integra, pela excelência dos cuidados que presta, por estar próxima dos indivíduos, das famílias e da comunidade envolvente e pela motivação e constante iniciativa dos seus profissionais (RI USF, 2008, revisto em 2022).

A sua atividade compreende a vigilância, promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença nas diferentes etapas do ciclo vital, bem como, a interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de “gestor de saúde” do cidadão. A USF desenvolve o seu atendimento com horário estipulado para o atendimento programado, não programado e consulta não presencial.

Para a consecução dos objetivos do Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo I, foram avaliadas 64 famílias da lista da enfermeira Tutora. A finalidade foi caracterizar as famílias no que concerne à sua dimensão estrutural, de acordo com o MDAIF, desenvolvido por Figueiredo (2012). Em consonância com este modelo colheu-se informação relativa ao Tipo de família; Etapa do ciclo vital; Subsistema familiar e Classe Social, avaliada com recurso à escala

de Graffar adaptada (Amaro, 2001); identificar pessoas na família com doença crónica e pessoas com dependência no autocuidado. Como estratégia para recolha de informação atrás mencionada, optou-se por realizar entrevistas telefónicas ao primeiro elemento do agregado familiar.

Da análise dos dados obtidos na avaliação das 64 famílias, verificou-se que os membros que constituem as famílias são maioritariamente femininos (55,9%) e que a faixa etária com maior expressão integra indivíduos com 65 e mais anos. Relativamente ao Tipo de Família, de acordo com a classificação proposta por Figueiredo (2012), 41 (64%) são famílias nucleares; 11 (17%) monoparentais; 7 (10%) unipessoal; 4 (6%) alargadas e 1 (2%) reconstituída. Das 41 famílias de tipo nuclear, 12 (29%) correspondem a casais com filhos adultos e das 11 famílias monoparentais, 9 (82%) têm filhos adultos, 1 (9%) tem filhos adolescentes e 1 (9%) tem crianças em idade escolar. Relativamente à Etapa do ciclo vital, segundo Relvas (2000), obtiveram-se os seguintes resultados: Família com filhos adultos (52/ 81%); Família com filhos adolescentes (5/8%); Família com filhos pequenos (3/5%); Família com filhos na escola (4/6%). No que concerne aos subsistemas familiares, os mais frequentes foram o conjugal (32/50%); parental (19/30%) e sem subsistema (13/20%). Verificou-se ainda que a Classe Social predominante era a classe média com 55%, 28% pertenciam à classe média baixa, 16% inseriam-se na classe média alta e 1% na classe alta.

Na análise dos dados relativos à presença de membros na família com doença crónica, os resultados mostraram que as patologias predominantes foram: hipertensão arterial (102/54,5%); diabetes *mellitus* (61/32,6%); doenças respiratórias (15/8%) e doenças oncológicas (18/9,6%). Constatou-se a existência de 6% de membros nas famílias com dependência moderada/grave.

Ao realizar a caracterização das 64 famílias constatou-se a existência de famílias com membros idosos a coabitar com filhos adultos que regressaram para casa dos pais. No decorrer das consultas realizadas a estas famílias, observou-se que o fato dos filhos adultos regressarem à família de origem era gerador de alterações na dinâmica familiar. Analisado este fato com a minha tutora, esta referiu ser sua perceção, que o número de famílias a vivenciar esta situação tem vindo a crescer. Refletindo nas especificidades da família com membros idosos que coabitam com filhos adultos que reintegram a família de origem é fundamental perceber de que forma este regresso afeta os pais e como se sentem os filhos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo pretende por um lado explicar a evolução do conceito de família ao longo dos tempos e apresentar a reflexão realizada nas transições que estas vivenciam, na forma como se reorganizam para dar resposta às situações de mudança, bem como descrever o conhecimento disponível sobre famílias de idosos que coabitam com filhos adultos que reintegram a família de origem, refletindo sobre a relevância do EEECESF na avaliação e implementação de cuidados às mesmas.

Por outro lado, pretende-se também refletir na evolução da ESF e no papel do EF, refletindo o seu papel e desenvolvimento de competências, de uma forma global e sistémica na abordagem da família nas diferentes etapas do ciclo vital familiar.

2.1 Conceito Família

Ao longo dos tempos a conceção de família tem sofrido alterações quer na sua constituição, estrutura, valores e conceção, quer na sua dinâmica. Sociologicamente define-se como a junção de indivíduos unidos por laços afetivos ou de parentesco, sendo considerada a primeira instituição responsável pela socialização dos indivíduos (Menezes, 2023). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2023) considera-a como sendo o pilar básico da sociedade, composta por pessoas unidas por laços afetivos, consanguíneos ou de convivência. Pode ser definida como um sistema aberto, dinâmico e evolutivo, com os seus vínculos e interações, que se adapta às mudanças que vão surgindo ao longo do tempo mantendo-se una e única (Figueiredo, 2012 e 2023; Relvas, 2000; Wrigth & Leahey, 2013). Na opinião de Figueiredo (2012), esta unidade sistémica, possui um espaço único de suporte à saúde dos seus membros, beneficiando da capacidade de auto-organização. Para melhor a compreender devemos ter em atenção a sua história e o contexto familiar, transferindo o foco de observação do indivíduo para a família, compreendendo a sua “complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade” (Figueiredo, 2012, p.2).

A família é entendida por Camarano (2020), como a fonte de apoio informal mais importante para os seus constituintes, sendo, em muitos países, a única alternativa de apoio. Esta situação observa-se tanto pela coresidência, como pela transferência de bens, serviços e recursos financeiros, pois dentro de uma família todos se ajudam mutuamente a alcançar o bem-estar coletivo.

2.2 Famílias com membros idosos que reintegram filhos adultos

O envelhecimento populacional é um fenómeno demográfico que caracteriza as sociedades atuais e que, na opinião do Centro Regional de Informação da Europa Central, é responsável por uma das transformações sociais mais significativas do século XXI. Sendo esta uma realidade em quase todo o mundo, Portugal acompanha esta tendência crescente. Os resultados dos censos de 2021 corroboram um *continuum* envelhecimento da população, com os efetivos de 65 ou mais anos a representarem 24,3% da população residente e o índice de envelhecimento a situar-se nos 182 idosos por cada 100 jovens (INE, 2021).

Este fenómeno é frequentemente referido na literatura como um problema para a sustentabilidade das políticas sociais, gerando consequências económicas para todos os setores da sociedade. Uma das questões que emerge ligada ao processo de envelhecimento é o papel da família nos cuidados e nas relações interpessoais com os idosos. Importa refletir no desenvolvimento das relações familiares: se por um lado se assiste ao apoio familiar que os filhos disponibilizam aos seus pais, nomeadamente na fase mais avançada da vida e nas transições saúde/doença, quando existe essa necessidade; o contrário também se observa, ou seja, os pais também disponibilizam apoio aos filhos adultos (Pacheco & Reis, 2022). A decisão dos filhos adultos regressarem a casa dos pais pode ser influenciada por dois fatores distintos, as suas próprias necessidades e as necessidades de seus pais (South & Lei, 2015). O aumento da longevidade encontra-se associado a um aumento de doenças crónicas e degenerativas, sendo este acompanhado de perda progressiva de autonomia e maior dependência, originando a necessidade de mais cuidados com um grau de complexidade mais exigente (Mingote et. al, 2020).

Por sua vez, o regresso a casa dos pais também tem sido visto como um retrocesso no curso de vida, uma transição de fracasso (Arundel & Lennartz, 2017). Este regresso tende a ser mais frequente em períodos de grande recessão económica e está associado a períodos de maior vulnerabilidade económica, à entrada no desemprego e à dissolução de relações (Olofsson et al., 2020). Aquando do retorno à coabitação com os pais, a família de origem, constitui um espaço privilegiado e seguro para o filho adulto expressar sentimentos, partilhar preocupações e obter conselhos. O sentimento de pertença e de ligação pode ajudar a aliviar o *stress* e a ansiedade associadas aos eventos críticos que possam estar na origem desta transição (Olofsson et al., 2020).

Se para os filhos o regresso à casa de origem tem aspetos positivos, para os pais pode ser fonte de *stress* e conflito. Na opinião de Tosia & Grundyb (2018), o movimento bumerangue (retorno de filhos adultos a casa dos pais) pode estar associado a declínios na qualidade de vida dos pais, relacionado com a frustração das expectativas normativas de que os filhos devem ter sucesso na transição para a vida adulta. Estes autores referem-nos ainda que estas “contratransições” podem ter consequências negativas para as relações pais – filhos. Segundo a literatura, por trás do movimento bumerangue estão subjacentes outras transições no curso de vida: mudanças nos recursos económicos, nomeadamente o desemprego e mudanças nas circunstâncias familiares como por exemplo o divórcio (Tosia & Grundyb, 2018; South & Lei, 2015).

Na intergeracionalidade, a qualidade dos relacionamentos entre pais, filhos e netos, a história conjugal, a dependência financeira dos filhos por desemprego, entre outros, a dependência funcional e/ou compromisso cognitivo dos pais por complicações decorrentes de doenças crónicas mais prevalentes entre os mais velhos, modificando as funções e papéis dos mais idosos são fatores observados no ambiente familiar que podem determinar mudanças na hierarquia e dinâmica relacional familiar (Oliveira & Ramos, 2021). O enfrentar das alterações anteriormente referidas favorece as tensões, conflitos, ambiguidade, solidariedade e reciprocidade, os quais revelam a complexidade das relações intergeracionais e interpessoais. As readaptações familiares sustentam-se nas fragilidades ou forças da família, respeitando as especificidades e mudanças subjacentes a cada etapa do ciclo vital e transições acidentais em que se encontram as diferentes gerações que a integram (Oliveira & Ramos 2021).

2.3 Evolução da Enfermagem de Saúde Familiar e o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

O crescimento da enfermagem enquanto profissão decorreu em paralelo com o desenvolvimento da enfermagem disciplina do conhecimento. Deste desenvolvimento emergiram diferentes especialidades que ao longo dos tempos foram contribuindo para a melhoria dos cuidados em diferentes áreas. Uma das áreas emergentes foi a Enfermagem de Saúde Familiar.

A importância das famílias nos cuidados de saúde levou à implementação de políticas que assumiram o compromisso de as integrar nestes cuidados, tendo o objetivo de promover e manter a saúde familiar. Em Portugal, o reconhecimento da relevância da família nos

cuidados de saúde levou à regulamentação das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar iniciada em 2011 sendo a última atualização de 2018 (Frade, 2021). A relação entre enfermeiros e famílias é fulcral para a qualidade da prática clínica em enfermagem, e são hoje várias as investigações que comprovaram a importância atribuída à família pelos enfermeiros e de que forma a valorização da família por parte destes profissionais, determina o sucesso dos cuidados de enfermagem prestados (Frade, 2021; Hagedoorn et al., 2017; Ostergaard et al., 2020).

O conceito de Enfermagem de Saúde Familiar tem vindo a ser desenvolvido desde a definição das metas de saúde para o séc.. XXI, contudo foi na declaração de Munique (Conferência Ministerial da OMS, 2000) que surgiu realçada a figura do “enfermeiro de família “enquanto elemento no seio de uma equipa multiprofissional que cuida a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção” (DR, 2ª serie Nº 135, 2018, p.19357).

Em Portugal, os enfermeiros de família surgem como profissionais que assumem a prestação de cuidados globais às famílias nos seus processos de vida e nos diferentes contextos, inseridos numa equipa multidisciplinar de saúde, assumindo a responsabilidade pela doença, saúde e bem-estar dos seus membros em todas as fases do seu ciclo evolutivo, garantindo equidade no acesso aos cuidados de Saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Tendo presente os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, o EEECESF responsabiliza-se pela prestação de cuidados à família nas diferentes fases do ciclo de vida e nos diferentes níveis de prevenção, tendo como missão prestar cuidados, identificar precocemente os determinantes de saúde, reconhecer o potencial do sistema familiar, ser parceiro na promoção, manutenção e recuperação da saúde; ser elo de ligação entre a família e outros profissionais e ser mediador na definição de políticas de saúde dirigidas à família.

Tal como referido na introdução deste relatório o modelo teórico adotado é o modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e Calgary de Intervenção Familiar (MCIF), desenvolvido por Lorraine M. Wright e Maureen Leahey, em 1994. O referido modelo foca-se nas dinâmicas familiares e nas interações entre os membros da família. Sustenta-se na ideia de que a família é um sistema complexo, no qual os problemas individuais de cada membro afetam o funcionamento global da família. Ele procura compreender os desafios enfrentados pela família, suas forças e recursos e fornece uma estrutura para a avaliação e intervenção.

Apresenta como pressupostos: O sistema familiar faz parte de um suprasistema maior e é composto por muitos subsistemas; A família como um todo é mais do que a soma das partes;

Quando uma mudança ocorre num dos membros da família todos os outros são afetados; As famílias possuem capacidade para se auto regularem; Toda a comunicação não-verbal tem significado; A mudança depende da percepção do problema; A compreensão por si só não leva à mudança; A mudança depende dos objetivos coenvolvidos para o tratamento; O mundo que cada um vê não é um mundo real, mas sim aquele que produz com os outros.

Como referencial teórico-operativo foi adotado o MDAIF (Figueiredo, 2012). Este apresenta como referencial epistemológico o pensamento sistémico e integra a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria da Comunicação Humana e a Cibernética. Engloba os conceitos de família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família. A complexidade do sistema familiar é identificada nos seus pressupostos, considerando a globalidade, equifinalidade e auto-organização caracterizada por um crescimento conjunto, sendo os cuidados de enfermagem orientados por um pensamento com múltiplos pontos de atenção e colaborativo, promovendo a intensificação das forças, recursos e competências da família (Figueiredo, 2012; Figueiredo et al., 2022).

Relativamente à matriz operativa esta integra 3 dimensões de avaliação: Estrutural; Desenvolvimento e Funcional (Figura 2).

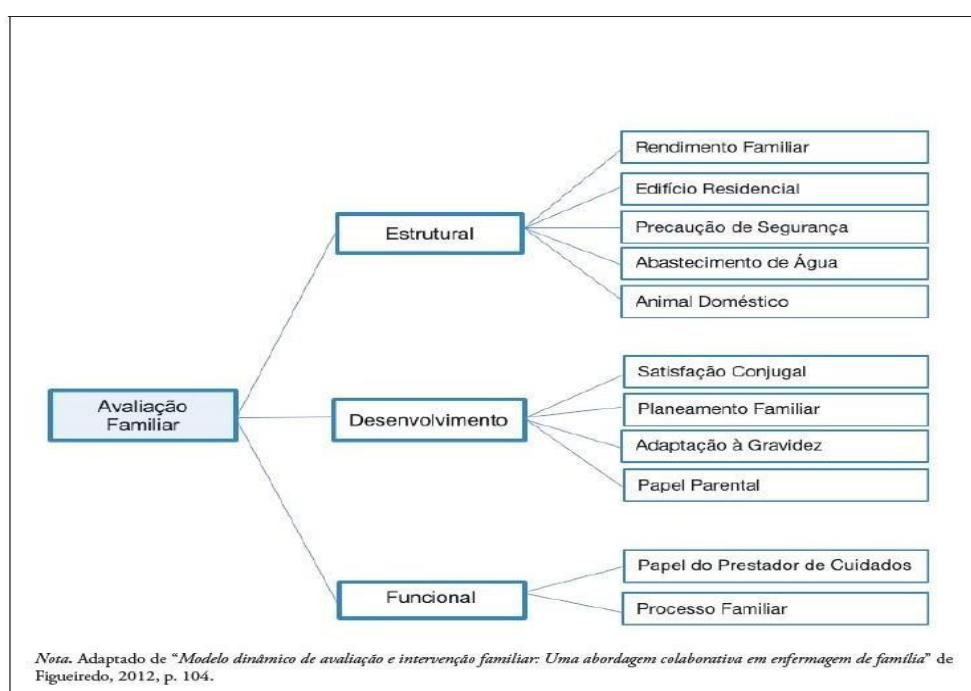


Figura 2: Diagrama das áreas de atenção familiar por dimensão avaliativa

A dimensão Estrutural reflete a caracterização da família, tendo como dimensões operativas: rendimento familiar, Edifício Residencial, Precaução de Segurança; Abastecimento de Água

e Animal Doméstico (Figueiredo 2012; Pinho et al., 2022). A dimensão de Desenvolvimento aborda os fenómenos associados ao crescimento familiar que obriga ao reconhecimento do ciclo vital, considerando a especificidade e exclusividade de cada família. Tem como dimensões operativas: Satisfação Conjugal; Planeamento Familiar; Adaptação à Gravidez e Papel Parental (Figueiredo, 2012). A terceira e última, a dimensão Funcional centra-se nas interações familiares que permitem na sua essência a evolução conjunta, num contexto de complementaridade. Tem como dimensões operativas, o Papel do Prestador de Cuidados e o Processo Familiar (Figueiredo 2012; Pinho et al., 2022). Para concretizar a avaliação das três dimensões foram utilizados diferentes instrumentos de avaliação:

- o Genograma, que permite uma melhor compreensão da estrutura familiar e , apresenta informação sobre o sistema familiar até três gerações;
- o Ecomapa, desenvolvido por Ann Hartman (1975), que enquanto instrumento de avaliação permite pesquisar as relações e ligações com o contexto externo,. De realçar que transmite informação relativa à natureza das relações entre os membros da família e os sistemas amplos (Figueiredo, 2023; Wright & Leahey, 2012).
- a Escala de Graffar, adaptada por Amaro em 2001 à população portuguesa, que avalia as condições socioeconómicas da família, identificando a sua classe social. De acordo com Figueiredo (2009), a classe social influencia a forma como as famílias se organizam e como estabelecem as crenças e valores.
- a Escala de Readaptação de Holmes e Rahe (1967), como instrumento mais utilizado para medir eventos críticos. O recurso a este instrumento é importante, dado que a crise implica reestruturação familiar dependendo da natureza dos acontecimentos. Como refere Figueiredo (2012) no âmbito da ESF é premente assumir uma perspetiva eco sistémica da família, averiguando as suas capacidades para lidar com situações geradoras de stress e dando importância à sua estrutura básica, aos recursos internos e externos e o significado atribuído à situação.
- Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão (APGAR) Familiar de Smilkstein (1978), o qual se refere à adaptação, reportando-se à partilha de recursos e à satisfação dos membros da família com a assistência recebida. A Faces III é um questionário individual de autoavaliação do funcionamento familiar e permite avaliar três dimensões: coesão, comunicação e adaptabilidade.

A base da intervenção foi a entrevista familiar sistémica, sendo esta uma ferramenta que permite colher informação relativa à família e também fornecer recursos para a adaptação dos membros às situações geradoras de *stress*. Os princípios da entrevista sistémica são:

- Hipotetização - sendo um dos princípios fundamentais na orientação da entrevista familiar, pode direcionar para áreas de atenção prioritárias. A hipótese tem um valor funcional na entrevista familiar permitindo despistar padrões relacionais no contexto familiar que de alguma forma sejam disfuncionais para o funcionamento e desenvolvimento familiares.
- Circularidade - é definida como a capacidade de conduzir a entrevista fazendo circular a informação entre o profissional e os diferentes membros. São utilizados diferentes tipos de questões: as lineares, de modo a facilitar a definição do problema; as estratégicas, que a partir da confrontação são orientadoras de novos padrões; as reflexivas, utilizadas como questões que geram mudanças facilitadoras de novas visões e questões e as circulares, que focalizam os efeitos comportamentais e as respectivas diferenças.
- Neutralidade - direciona-se ao sistema construído em conjunto pelo enfermeiro e pelos membros da família, pode ser considerada uma atitude de imparcialidade.

Os enfermeiros no desempenho das funções na saúde familiar devem ter como foco ajudar as famílias a identificar os seus problemas, mobilizar as estratégias de *coping* e os recursos necessários à família como o todo ou aos seus membros individualmente (Hagedoorn et al., 2017). De entre as possíveis técnicas existentes foram utilizadas: o Reenquadramento; a Conotação Positiva; os Rituais Terapêuticos; as Cartas Terapêuticas e as Abordagens Orientadas para a solução. O Reenquadramento permite examinar a capacidade da família para redefinir os eventos geradores de *stress*. Enquanto técnica consiste numa mudança de segunda ordem modificando o contexto conceptual e/ou emocional de uma situação (Ribeiro & Figueiredo, 2023). A Conotação Positiva permite ao profissional a definição clara da relação familiar, permite ainda aceder ao mundo dos significados da família, em que comportamentos percecionados como disfuncionais são considerados como necessários para a manutenção do funcionamento familiar (Figueiredo & Dias, 2023). Os Rituais são atividades desenvolvidas pelas famílias de forma a facilitar as transições. Do ponto de vista terapêutico, os rituais permitem abordar o conflito subtilmente redefinindo o padrão familiar (Figueiredo & Dias, 2023). As Cartas Terapêuticas são uma técnica de intervenção que permitem aliviar ou diminuir o sofrimento das famílias e promovem o fortalecimento da relação terapêutica (Almeida, et al., 2023). Por fim, a Abordagem Orientada para a Solução centra-se nos pontos fortes dos indivíduos e das famílias, incentivam os membros a construir soluções utilizando uma linguagem positiva (Guedes & Figueiredo, 2023). No seu conjunto todas estas ferramentas se complementam e são essenciais ao desenvolvimento da prática clínica em ESF.

Todas as atividades desenvolvidas foram registadas no sistema de informação SClínico, no Processo Individual e Processo Familiar (Anexo I). Este programa, apesar das limitações, permitiu realizar o registo de diferentes fenómenos e intervenções.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Neste capítulo são explanadas as atividades que foram desenvolvidas com o intuito de atingir os objetivos propostos no início desta jornada. Para a abordagem sistêmica à família como unidade de cuidados foram mobilizados os conhecimentos adquiridos na etapa teórica deste mestrado. Para o objetivo dirigido para a competência liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF optou-se pela elaboração de um plano de Governança Clínica no âmbito dos registos no processo de enfermagem no SClínico.

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

No período temporal compreendido entre o final do estágio Módulo I e o início do Estágio Módulo II, sendo as famílias sistemas dinâmicos em constante mutação verificaram-se alterações em algumas famílias, com impacto no número das famílias inicialmente identificadas para serem alvo de avaliação e intervenção no Estágio de Natureza Profissional com Relatório no Módulo II. Três famílias deixam de integrar a especificidade, ou seja, os filhos já não residiam com os pais, duas famílias quando abordadas novamente referiram querer que as suas consultas fossem realizadas apenas pela Enfermeira de Família, e uma família foi por mim mal avaliada na primeira fase pois confirmei nesta primeira entrevista que a filha sempre residiu com o pai. Neste subcapítulo serão explanadas as atividades desenvolvidas para avaliação e intervenção nas restantes quatro famílias.

As consultas foram realizadas na USF no caso das famílias 1, 2 e 4 e, atendendo às especificidades da família 3 (família com utentes dependentes), foram, neste caso, realizadas maioritariamente no domicílio.

Nas famílias 2 e 4, os motivos que levaram ao regresso dos filhos adultos a casa dos pais prenderam-se com dificuldades económicas: se na família 2 o filho regressou por impossibilidade de pagar as despesas, tendo que vender a sua casa; na família 4, o filho regressou depois de um divórcio. Nas famílias 1 e 3, o regresso foi motivado pelas necessidades dos pais: na família 1 a morte do cônjuge, na família 3, o agravamento da dependência física dos membros da família de origem.

As consultas foram planeadas e desenvolvidas tendo por base a matriz operativa do MDAIF, que permitiu ter uma linha de pensamento organizada, sistematizada e realizar a avaliação familiar nas três dimensões consideradas.

Tendo presente os princípios éticos e deontológicos, (inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro) inerentes ao Enfermeiro, foi solicitada autorização verbal aos membros da família para que as consultas fossem realizadas pela estudante. Para se assegurar o sigilo e confidencialidade dos dados recolhidos, os membros da família serão representados por números, assim como as famílias.

3.1.1. Família 1

No que se refere à família 1 aquando do falecimento da esposa por morte súbita do membro 1, a filha regressa a casa dos pais. Segundo esta, o pai terá ficado muito deprimido não aceitando o falecimento da esposa. Os filhos mais velhos residem no sul do país, não podendo dar muito apoio. A composição familiar está representada no genograma da Figura 3 e mostra que esta é constituída por 3 elementos, pai -membro 1, filha -membro 2 e o genro-membro 3. O membro 1 tem 76 anos, 4ª classe, está reformado, foi encarregado construção civil, portador de doença crónica - Diabetes *mellitus* (2022) e Hipertensão (2019); independente segundo a Escala de Barthel - inserida no SI. Viúvo desde 2013. O membro 2 tem 51 anos, 12º ano, administrativa num colégio privado, sem doenças crónicas diagnosticadas. O membro 3 tem 53 anos, 12º ano, desenvolve atividade profissional como técnico de telecomunicações e é portador de doença crónica – Hipertensão (2015).

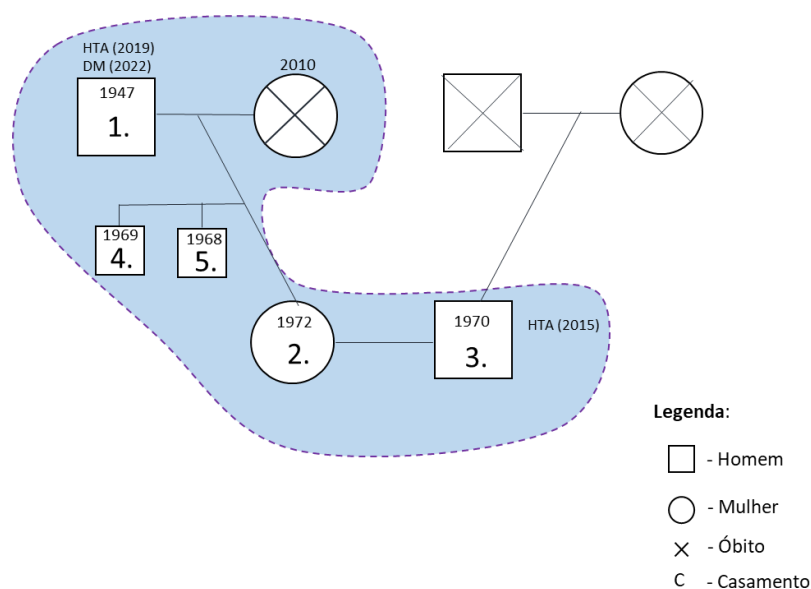


Figura 3: Genograma família 1

No sentido de explicar de forma clara a avaliação familiar foi elaborado para cada família um quadro onde se encontram representados os diagnósticos e subdiagnósticos nas diferentes dimensões avaliadas. A avaliação familiar da família 1 encontra-se representada no Quadro 1. Relativamente à dimensão estrutural foram avaliadas todas as áreas de atenção, constatou-se tratar-se de uma família composta por 3 elementos, alargada. A família mantém contacto telefónico semanalmente com os filhos do membro 1 que procuram saber estado do pai, dando apoio emocional. A colheita de informação relativa aos sistemas mais amplos permitiu constatar que a rede social da família 1 se caracteriza por vínculos fracos com os vizinhos, moderados com o trabalho e com a unidade de saúde. O *score* obtido relativamente à classe social - Classe Média. No Em relação à dimensão de desenvolvimento foi avaliado o foco Satisfação Conjugal em duas áreas de atenção, relação dinâmica e comunicação. Os diagnósticos obtidos após a atividade diagnóstica foram relação dinâmica: Não Disfuncional e Comunicação Eficaz.

Quadro 2 encontra-se descrita a atividade diagnóstica realizada para áreas de atenção da dimensão Desenvolvimento (satisfação conjugal) e para as áreas de atenção da dimensão Funcional (processo familiar), na dimensão comunicação familiar, sendo o diagnóstico - comunicação familiar eficaz. Refletindo nas consultas realizadas e com os dados colhidos podemos constatar a não necessidade de intervenção. Durante as consultas foram utilizadas questões circulares, lineares, o reforço positivo esteve sempre presente no discurso. Os membros da família demonstraram utilizar as forças e recursos de forma eficaz.

Quadro 1: Resumo da avaliação sistêmica da família 1

Quadro 1: Resumo da avaliação sistêmica da família 1					
DIMENSÃO ESTRUTURAL		DIMENSÃO de DESENVOLVIMENTO: Satisfação conjugal		DIMENSÃO FUNCIONAL: Processo familiar – Comunicação Familiar	
Composição familiar	3 membros, pai, filha e genro	Relação dinâmica	Satisfação do casal sobre a divisão /partilha de tarefas	Comunicação Emocional	Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos
Tipo de família	Alargada		Satisfação do casal com o tempo que estão juntos		Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros
Família extensa	Dois filhos do membro 1		Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos		Impacto que os sentimentos de cada um têm na família
Sistemas mais amplos	Trabalho, instituições de saúde e religiosas			Comunicação Verbal/Não verbal	Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem
Classe social	Média	Comunicação	O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um		Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros
Rendimento familiar	Vencimentos certos		O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	Comunicação Circular	Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família
Edifício residencial	Seguro		Satisfação com o padrão de comunicação do casal		Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa
Precaução de segurança	Demonstrada			- Interação de Papeis Familiares	

Quadro 1: Resumo da avaliação sistémica da família 1

DIMENSÃO ESTRUTURAL		DIMENSÃO de DESENVOLVIMENTO: Satisfação conjugal		DIMENSÃO FUNCIONAL: Processo familiar – Comunicação Familiar	
Sistema de Abastecimento	Rede pública			Papel de provedor	• Quem Desempenha; • Consenso do Papel; • Conflitos de papel; • Saturação do papel
Animal doméstico	Não			Papel gestão financeira	
				Papel Cuidado doméstico	
				Papel recreativo	
				Papel de Parente	

Em relação à dimensão de desenvolvimento foi avaliado o foco Satisfação Conjugal em duas áreas de atenção, relação dinâmica e comunicação. Os diagnósticos obtidos após a atividade diagnóstica foram relação dinâmica: Não Disfuncional e Comunicação Eficaz.

Quadro 2: Atividade de Diagnóstico da família 1 (dimensão de desenvolvimento e funcional)

DESENVOLVIMENTO	
FOCO: Satisfação Conjugal	
Dimensão -Relação dinâmica: Satisfação do casal sobre a divisão /partilha de tarefas; Satisfação do casal com o tempo que estão juntos; Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos; Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
Atividade diagnóstica:	Resultados
1- As Tarefas domésticas estão a cargo de quem?	1- Membro 2 - Estão a nosso cargo, eu faço umas coisas e o meu marido outras;
2- Têm ajuda de alguém para as tarefas domésticas?	2- Membro 2 - Não, somos nós, temos tudo dividido, o meu pai ainda faz a cama dele e arruma o quarto, nós tratamos do resto;
3- Como consideram o tempo que passam juntos? É pouco? Conseguem fazer atividades juntos?	3- Membro 2 - O tempo hoje em dia é muito corrido tentamos fazer as compras sempre juntos e depois vamos lanchar ou almoçar sempre, eu falo pelos cotovelos e o meu marido é um bom ouvinte;
4- A esposa refere que “fala pelos cotovelos” isso incomoda-o?	4- Membro 3 - Não me importo que fale muito, assim temos sempre assunto não somos daqueles casais que parecem dois monos;
5- Se entendi bem, o que me disse, o 3 não se importa pelo fato da esposa falar muito? Mas consegue dizer o que sente? Conversam sobre o que o preocupa, isto se alguma coisa o preocupa? A 2 diz que fala pelos cotovelos, mas consegue dizer o que lhe vai na alma?	5- Membro 3 - Acho que como nós falamos sobre tudo, entendemo-nos muito bem, como não conseguimos ter filhos aprendemos a viver um para o outro e apoiamo-nos em tudo, não é Membro 2; Membro 2 - Sabe enfermeira nós somos um casal que se respeita muito, sempre tivemos muito cuidado um com o outro. Temos as nossas coisas como todos os casais, mas sempre conseguimos resolver.

Fundamentação: O fato de o casal ter as tarefas e papéis bem definidos vai de encontro ao que nos refere Afonso (2018) quando diz que a satisfação conjugal é maior quando ambos os parceiros são congruentes nas suas atitudes em relação aos papéis (e funções) de provedores e apresentam uma divisão mais semelhante e justa das tarefas domésticas.

Subdiagnóstico- Relação Dinâmica Não Disfuncional

DESENVOLVIMENTO

FOCO: Satisfação Conjugal

Dimensão-Comunicação: O casal conversa sobre as expectativas de cada um; O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião; Satisfação com o padrão de comunicação do casal

Atividade diagnóstica

- 1- Costumam falar dos vossos receios e expectativas? O que vos preocupa no dia-a-dia?
- 2- Já me referiram que falam muito entre vós? Discutem todos os assuntos? Percebi bem?
- 3- Quando acontece alguma situação em que discordam, como fazem para chegar a acordo?
- 4- Estão satisfeitos com a forma como comunicam enquanto casal?
- 5- Na vossa opinião, comunicam entre vocês, de forma eficaz?

Resultados

- 1- Sim enfermeira, nós falamos sobre tudo, todas as decisões são tomadas pelos dois;
- 2- Como já dissemos nós falamos muito um com o outro, o que faz falta hoje em dia aos casais novos é falarem mais. (marido acena com a cabeça confirmando);
- 3- Discutimos a situação, as vezes é difícil, mas conseguimos entendermo-nos, eu cedo aqui ele ali, as coisas compõem-se;
- 4- Sim enfermeira, eu e o meu marido conversamos muito partilhamos o nosso dia de trabalho;
- 5- O casal responde que sim.

Fundamentação: Segundo Afonso (2018) A comunicação está fortemente associada à satisfação e estabilidade conjugal; nos casamentos de longo prazo, a intimidade emocional, a comunicação e o companheirismo encontram-se, muitas vezes, positivamente ligadas à satisfação conjugal. Uma das forças deste casal é a comunicação podendo constatar-se a intimidade e companheirismo existente, tal como nas refere o autor

Subdiagnóstico: Comunicação Eficaz

DIMENSÃO FUNCIONAL	
FOCO: Processo familiar	
Dimensão - Comunicação familiar: Quem na família expressa mais os sentimentos; Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos; Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros; Impacto que os sentimentos de cada um têm na família; quem na família expressa mais os sentimentos.	
Atividade diagnóstica: 1- Sentem-se satisfeitos pela forma como cada um de vocês expressa os sentimentos? 2- Quem na família normalmente inicia as conversas sobre sentimentos? 3- Sentem que a forma como expressam os sentimentos, é facilmente aceite pelos outros elementos da família? 4- Consideram que o que cada um sente interfere com os outros elementos?	Resultados 1- Todos os membros referem sentirem-se bem coma forma como cada um demonstra os seus sentimentos; 2- Normalmente é a 2 que começa a abordar os assuntos, nós vamos atrás. Sabe enfermeira eu não tive um pai presente na minha vida, nunca fizemos coisas de pai e filho. Agora com o meu sogro estou a ter esse relacionamento, vemos o futebol, discutimos política e os assuntos do dia-a-dia. A minha esposa fala pelos dois sempre foi assim, mas eu não me importo, quando ela está muito calada é que fico preocupado alguma coisa não está bem; 3- Todos os membros referem sentirem-se aceites pelos restantes membros; 4- Todos os membros referem que quando um não está bem os outros também não, os sentimentos de um influenciam todos.
Fundamentação: Dias (2011) refere-se à família como um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagens de dimensões significativas de interação e comunicação onde as emoções e afetos positivos ou negativos vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos aquela e não a outra família (Relvas, 1996; Alarcão, 2006). Considera ainda o processo de comunicação na família um sistema interativo onde o comportamento de cada indivíduo é fator e produto do comportamento dos outros, os resultados finais dependem menos das condições iniciais e mais do processo comunicativo. A comunicação apresenta-se como fator determinante para facilitar as relações entre os membros da família e o meio social (Dias, 2011).	
Subdiagnóstico: Comunicação Familiar Eficaz	

DIMENSÃO FUNCIONAL	
FOCO: Processo familiar	
Dimensão-Interação de papéis Familiares: Papel de Provedor; Papel Gestão Financeira Papel Cuidado Doméstico; Papel Recreativo Papel de Parente	
Atividade diagnóstica 1- Pelo que percebi o seu genro organiza as contas cá de casa, é assim? Sente-se bem com essa situação? 2- Pelo que percebi da nossa conversa esta mudança nas vossas vidas surgiu de uma situação de perda, a morte da esposa/ mãe. Foi certamente um período difícil para todos, passados estes anos de reorganização e ajuste será possível dizer o quanto estão satisfeitos com esta nova organização familiar. De 1 a 10 em que 1 é nada satisfeito e 10 muito satisfeito, onde se encontram? 3- Gostariam de explicar o porquê?	Resultados 1- Considero uma ajuda e não quero mudar essa situação. O meu genro já quis passar as coisas para a minha mão, mas eu não quis nem quero, ele mostra-me todos os papéis e discutimos os três as despesas quando temos que fazer alguma obra. Eu preocupo-me em ajudar no que posso e a minha filha trata da casa e comida, o meu genro das contas e eu vejo o que é preciso fazer na casa, sabe era a minha arte. Quando era eu e a minha mulher eu ganhava dinheiro e ela geria, eu entregava-lhe a minha fêria sempre. Agora o meu genro e a minha filha fazem o papel dela; 2- Membro 1 - 8; membro 2 - 8 e membro 3 – 10; 3- Membro 1 - para eu estar totalmente satisfeito gostava de ter os meus filhos mais próximos, mas com a minha filha e genro estou muito satisfeito, penso na sorte que tive em eles virem viver comigo. Membro 2 - Só me faltava ter um filho, mas Deus não quis, mas deu-me oportunidade de cuidar do meu pai. Membro 3 - Estou muito satisfeito tenho agora um pai que não tive, ajudo a cuidar das coisas dele, mas ele também me ajuda muito.
Fundamentação: Na interação familiar observa-se a organização dos papéis familiares e a interligação dos mesmos. Neste caso são uma força e recurso da família.	
Subdiagnóstico- Interação de papéis eficaz e não conflitual	

3.1.2. Família 2

Relativamente à família 2, a composição familiar representada no genograma da Figura 4 mostra-nos que esta é uma família nuclear constituída por casal de idosos e filho adulto que regressou a casa dos pais por dificuldades económicas. Segundo o membro 2 “deixou de conseguir pagar a prestação da casa”, tendo solicitado apoio aos pais. O indivíduo idoso do sexo masculino - membro 1, elemento feminino idoso -membro 2 e o filho do casal -membro 3. Membro 1 (76 anos) reformado da banca, portador de doença crónica - Hipertensão Arterial desde 2015, totalmente independente para a realização das atividades de vida diária; membro 2 (74 anos), reformada (professora Primária), independente para a realização de atividades de vida diárias, portadora de doença crónica (Hipertensão Arterial desde 2020); membro 3 (41 anos), informático, reside com os pais desde 2022. Na família extensa encontramos o filho mais velho (43 anos), a sua esposa (41 anos) e o filho de ambos (24 anos). Este filho do casal de idosos mantém contato telefónico diário com a mãe para apoio emocional e aconselhamento. Com o pai fala menos vezes para saber como se encontra. Com o neto e com a nora, o casal de idosos está semanalmente tendo o ritual de jantar ao fim de semana. A colheita de informação relativa aos sistemas mais amplos permitiu constatar que a rede social da família 2 se caracteriza por vínculos fracos com os vizinhos e, moderados com a unidade de saúde e instituições religiosas. O score obtido relativamente à classe social -classe corresponde à classe média alta.

No quadro 3 encontra-se descrito o resumo da avaliação familiar das três dimensões, tendo sido avaliados dois focos de atenção na dimensão de desenvolvimento: satisfação conjugal e papel parental; na dimensão funcional foi avaliado o foco do processo familiar. Relativamente à satisfação conjugal, esta encontra-se não mantida, manifestada por relação dinâmica disfuncional e comunicação não eficaz. Foi aplicada a entrevista familiar sistémica ao casal, contudo o filho, apesar das diversas tentativas, nunca compareceu. Nas cinco consultas desenvolvidas foram realizadas questões circulares e lineares e colocada em prática a técnica de intervenção “cartas terapêuticas”, a qual permitiu que os membros do casal refletissem individualmente ao escrever a carta e em conjunto na consulta ao lerem o que escreveram. Foram identificados os problemas pelos próprios e as soluções para esses mesmos problemas.

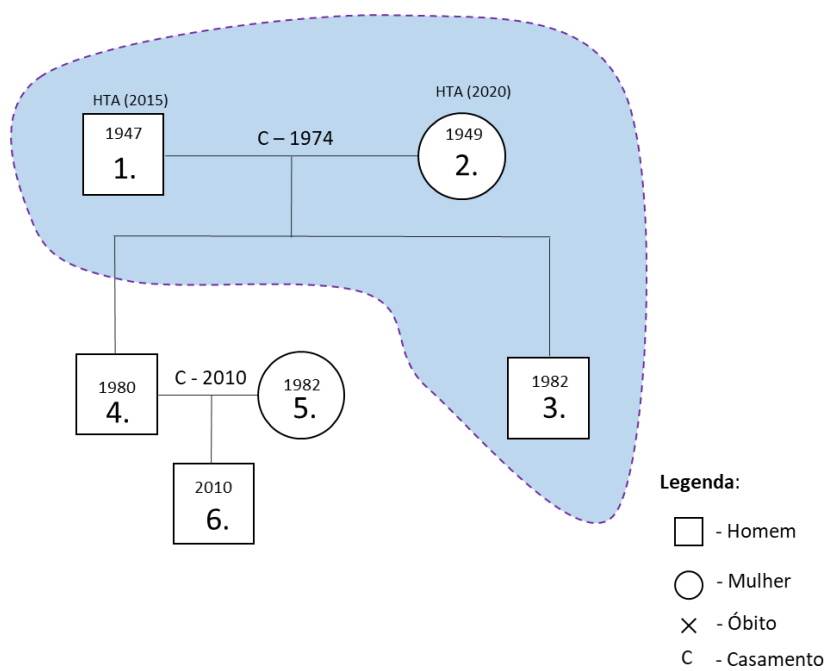


Figura 4: Genograma família 2

Quadro 3: Resumo da avaliação sistêmica da família 2

AVALIAÇÃO FAMILIAR					
Família 2					
DIMENSÃO ESTRUTURAL		DIMENSÃO de DESENVOLVIMENTO:		DIMENSÃO FUNCIONAL:	
		Satisfação conjugal		Processo familiar	
Composição familiar	3 membros, Casal e filho	Relação dinâmica	Satisfação do casal sobre a divisão /partilha de tarefas	Comunicação familiar	Quem na família expressa mais os sentimentos
Tipo de família	Nuclear		Satisfação do casal com o tempo que estão juntos		Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos
Família extensa	Filho mais velho e nora do casal e neto		Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos		Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros
Sistemas mais amplos	Instituições de saúde e religiosas		Satisfação do casal sobre a divisão /partilha de tarefas		Impacto que os sentimentos de cada um têm na família

AVALIAÇÃO FAMILIAR					
Família 2					
DIMENSÃO ESTRUTURAL		DIMENSÃO de DESENVOLVIMENTO:		DIMENSÃO FUNCIONAL:	
		Satisfação conjugal		Processo familiar	
Classe social	Média Alta	Comunicação	O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um		Quem na família expressa mais os sentimentos
Rendimento familiar	Vencimentos certos		O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião		
Edifício residencial	Seguro		Satisfação com o padrão de comunicação do casal		
Precaução de segurança	Demonstrada		O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um		
Sistema de Abastecimento	Rede pública	Papel Parental	Comportamento de adesão -redefinição das relações com o filho adulto -adulto		
Animal doméstico	Não				

No Quadro 4 **Erro! Autorreferência de marcador inválida.** encontram-se descritas as atividades de avaliação e intervenção desenvolvidas com a família 2. Como diagnóstico foram enunciados: Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional e Comunicação Não Eficaz.

Quadro 4: Atividade de Diagnóstico da família 2 (dimensão de desenvolvimento e funcional)

DESENVOLVIMENTO	
FOCO: Satisfação Conjugal	
Dimensão -Relação dinâmica: Satisfação do casal sobre a divisão /partilha de tarefas; Satisfação do casal com o tempo que estão juntos; Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos.	
Atividade diagnóstica: 1- As tarefas lá em casa estão divididas pelos dois? 2- Quem tem mais tarefas? 3- Pelo que entendi sentem-se bem com essa partilha? 4- Habitualmente passam tempo juntos? Como qualificariam o tempo que passam juntos? 5- Ultimamente discutem mais, percebi bem? Como se sentem com a forma como cada um de vós expressa os sentimentos? 6- Têm facilidade em expressar as vossas expectativas e receios um ao outro?	Resultados 1 - Responde a esposa: Sim Sra. enfermeira eu ocupo-me com as tarefas domésticas e o meu marido com as contas, sabe como ele foi bancário gosta de fazer isso eu não gosto; 2 - São tarefas diferentes, nem eu tenho mais, nem ele tem menos ou vice-versa, fazemos o que gostamos; 3 - Sim, confirmam os dois; 4 - Responde o marido- Já passamos mais tempo juntos, agora com a minha mulher a tratar das coisas do meu filho fazemos menos coisas juntos; o tempo que estamos juntos é bom embora ultimamente estejamos mais afastados para não discutir; 5 – Marido – Sim ultimamente discutimos mais por causa do meu filho, temos visões diferentes, a minha mulher é muito protetora. Esposa - Não gosto das coisas nem dos modos com que o meu marido fala; 6-Esposa - Dantes era fácil agora prefiro nem falar para evitar discussões. Marido- eu digo tudo que me vai na alma.
Dimensão-Comunicação: O casal conversa sobre as expectativas de cada um; O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião; Satisfação com o padrão de comunicação do casal	

Atividade diagnóstica 1 - Pelo que me estou a aperceber têm conversado pouco, como fazem quando estão em desacordo? 2 - Estão satisfeitos com a forma como estão a comunicar?	Resultados 1 – Marido - Sim enfermeira, quando estamos em desacordo é sempre por causa do nosso filho, só discutimos e não chegamos a lado nenhum. Esposa parece mentira, chegar a esta idade e estarmos mais afastados por causa do meu filho; 2 – Esposa - Não enfermeira quero a paz que tinha. Marido - Não enfermeira, não quero estar sempre a discutir.
Fundamentação: A recolha dos dados permitiu identificar a não satisfação de ambos os membros com a forma como cada um expressa os sentimentos, a dificuldade em chegar a acordo e a alteração no padrão comunicacional. Segundo Afonso (2018), a comunicação está fortemente associada à satisfação e estabilidade conjugal; nos casamentos de longo prazo, a intimidade emocional, a comunicação e o companheirismo encontram-se, muitas vezes, positivamente ligadas à satisfação conjugal. Neste casal, o regresso do filho a casa por dificuldades económicas veio gerar <i>stress</i> e conflito entre os membros do casal, o que vai de encontro ao que nos referem Tosia & Gundyb (2018).	
Diagnóstico: Satisfação Conjugal Não Mantida;	
Subdiagnósticos: Relação Dinâmica Disfuncional/ Comunicação Não Eficaz	
Intervenções	
• Promover a comunicação expressiva das emoções • Promover comunicação do casal • Planejar rituais familiares • Motivar atividades em conjunto	
Ações que concretizam as Intervenções (ACI)	
Proposta a realização de uma atividade até à próxima consulta: Tal como a Sra. solicitava aos seus alunos trabalhos de casa, eu sugeria-vos um trabalho: cada um vai escrever uma carta sobre os aspetos do vosso relacionamento que gostariam que mudassem e o que poderiam fazer para tal acontecer. Numa terceira consulta foi realizada a leitura das cartas pelos membros do casal e aplicada a técnica de reenquadramento do que escreveram. Cada membro referiu as sugestões de melhoria para alterar a situação. Foi sugerido planearem atividades conjuntas que envolvessem o que faziam antes do regresso do filho. Na última consulta de um total de 5 com o casal, verificou-se a mudança de <i>status</i> do diagnóstico, passando o casal a manifestar Satisfação Conjugal Mantida.	
FOCO: Papel Parental	
Dimensão-Comportamento de adesão -redefinição das relações com o filho adulto-adulto	

Atividade diagnóstica:	Resultados
1- Como era a vossa relação com o vosso filho quando ele vivia sozinho? 2- Como é a relação com vosso filho desde que regressou a vossa casa? 3- Diz que o seu filho não aceita o que lhe diz, certo? Antes de ele regressar a vossa casa ele costumava aceitar o que lhe dizia? 4- Está-me a dizer que ele não é como o mais velho, porque acha isso? 5- Acha que o vosso filho sente o vosso apoio? O que procuram fazer para o demonstrar?	1- Era muito boa, ele vinha cá jantar ao fim de semana, juntávamos os dois, a minha nora e o meu neto; 2- Mãe - É mais complicada ele isola-se no quarto, anda muito triste, sabe Sra. enfermeira o meu filho andava sempre bem-disposto e alegre, agora é difícil falar com ele, o meu marido não tem paciência e está sempre a discutir com ele. Pai é complicado porque ele não aceita o que eu lhe digo; 3- Pai - Não aceita porque lhe digo as verdades, sempre lhe disse que estava a dar um passo maior que a perna, a Sra. sabe que com a minha experiência na banca vi muita coisa, sempre o tentei alertar, quando comprou o apartamento, já o tinha avisado e ele também não ouviu. Ele não é como o meu mais velho; 4- A culpa é da minha mulher que sempre o protegeu muito, ele agora teve que voltar cá para casa e não está a reagir a esta dificuldade. O meu mais velho sempre foi mais despachado; 5- Mãe - Eu tento puxar por ele e mostrar que estou sempre lá para o que precisar. Pai - Apesar de tudo eu tento ajudá-lo e compreendo que não é fácil ver as coisas falhar, digo-lhe para andar para a frente.
Fundamentação: O regresso de um filho adulto enquadra -se na transição paralela à saída de um filho de casa (Cob-Clalark, 2008; Kahn et al., 2013; Tosia & Gundyb, 2018). De acordo com os referidos autores, os pais habitualmente assumem a responsabilidade pelos filhos co residentes, apoiando-os financeiramente sem receber nada de significativo em troca. Os pais aprendem a aceitar e adaptar-se às mudanças. Em paralelo, estes pais relatam conflitos relativos a questões financeiras, de privacidade. O papel parental encontra-se bem definido nos estádios iniciais, o mesmo não acontecendo na idade adulta. A literatura refere-nos a teoria da solidariedade intergeracional, que terá sido desenvolvida para explicar as relações pais- filhos mais velhos ao longo da vida. De acordo com esta teoria, a solidariedade familiar entre gerações é um constructo multidimensional, composto por três dimensões: afinidade, estrutura de oportunidade e função.	

Subdiagnóstico - Comportamento de Adesão Não Demonstrado**Intervenções**

- 1- Promover comportamento de adesão, por forma a melhorar relacionamento
- 2- Promover estratégias adaptativas

Ações que concretizam as Intervenções (ACI)

Dado o filho nunca ter vindo a nenhuma das consultas com os pais, as intervenções foram direcionadas ao casal, principalmente ao pai. Foi sugerido num primeiro momento que refletisse no passado, relembrando como resolvia as situações com o filho já adulto antes da sua saída de casa. A ação focou-se nos aspetos positivos que a situação negativa gerou. Valorizada a solução referida pelo pai.

DIMENSÃO FUNCIONAL**FOCO: Processo familiar**

Dimensão - Comunicação familiar: Quem na família expressa mais os sentimentos; Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos; Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros; Impacto que os sentimentos de cada um têm na família.

Atividade

- 1- Quando estão os três juntos quem expressa os sentimentos?
- 2- Pelo que percebi os homens da casa têm mais dificuldade em expressar os sentimentos, é isso?
- 3- Mas pelo que percebo essa situação é um problema que vos incomoda sentem-se satisfeitos com a forma como todos reagem?
- 4- O Sr. concorda com a esposa? Já tinha percebido que ela fica incomodada com essa situação?

Resultados

- 1- Membro 1 – É a minha esposa, eu e o meu filho não somos de falar muito.
Membro 2- Se o meu marido e o meu filho falassem mais no que sentem, muitos problemas podiam ser evitados;
- 2- Membro 1 - Sim, sabe Sra. enfermeira fui educado noutra época, não fui habituado a falar dos meus sentimentos, e eduquei os meus filhos assim;
- 3- Membro 2 - Para ser sincera não. Gostava que o meu filho e o meu marido demonstrassem mais um ao outro o que sentem, ia ajudar-nos a ter outro ambiente. O meu marido “mete para dentro” e quando fala é muito agressivo;
- 4- Membro 1 - Sim enfermeira, mas é mais forte do que eu.

Fundamentação: A comunicação é algo intrínseco a todo o ser humano, sendo que as interações são regulares e permanentes. A comunicação familiar enquanto processo de comunicação de interações que se vão acumulando, é específico de cada família, dado que também a família enquanto sistema é único (Pinho et al., 2022). Nesta família

em específico, constatou-se a dificuldade em expressar os sentimentos e o impacto que tem na comunicação. Foram realizadas questões circulares, reenquadramento da situação procuram que cada membro ficasse satisfeito com o modo como comunica.

Subdiagnóstico: Processo familiar disfuncional manifestado por comunicação ineficaz

Intervenções

- 1- Promover a comunicação expressiva das emoções
- 2- Promover o envolvimento da família
- 3- Otimizar comunicação na família
- 4- Planear rituais na família
- 5- Otimizar padrão de assertividade

Ações que concretizam as Intervenções (ACI)

Foi proposto ao casal organizar o jantar de família como habitualmente, na tentativa de com a presença do filho mais velho, esposa e neto, tornasse o ambiente mais tranquilo permitindo assim que todos se expressassem sem conflito, com assertividade.

Na consulta seguinte casal, transmite que o jantar correu muito bem, “falaram todos sem discussões”, “o meu marido é até conseguiu explicar ao meu mais novo como o poderia ajudar a resolver a situação da casa”.

A comunicação não-verbal demonstrou a satisfação do membro 1.

Alterado *status* para Comunicação eficaz.

3.1.3 Família 3

No que concerne à família 3, entre o período temporal compreendido entre os dois estágios houve alterações significativas na estrutura da família, tendo a sua composição alterado de família monoparental para família alargada. A composição familiar representada no genograma da Figura 5 mostra-nos que esta é constituída pela mãe idosa, filhas adultas e genro. Membro 1 (88 anos) dependente, com demência, portadora de doença crónica (Hipertensão Arterial); Membro 2, filha mais velha (63 anos), apresenta atraso do desenvolvimento, reformada por invalidez, era a cuidadora da mãe até junho de 2023, altura teve várias infeções respiratórias que a deixaram mais debilitada e com dificuldade em prestar cuidados à mãe. Atendendo ao estado da irmã, filha mais nova, Membro 3 (53 anos) empregada doméstica, e o marido, membro 4 (55 anos), empregado de armazém, decidem em julho 2023 ir viver com os membros 1 e 2.

Desde julho que a filha mais nova e o marido vão viver com a mãe e irmã para conseguirem prestar-lhes cuidados e dar mais apoio.

Membro 3 desloca-se à USF solicitando apoio à enfermeira de família, por agravamento do estado geral da irmã. A situação familiar, conhecida pela enfermeira, teve alterações significativas, levando ao agendamento de uma visita domiciliária.

Na realização da visita domiciliária, reavaliada Escala de Dependência de Barthel ao membro 2 e membro 1. Verificou-se que o membro 1 mantinha avaliação de Dependência grave e que o membro 2 passou de independente para as atividades de vida diária, para Dependência moderada.

Segundo o membro 3 - “a minha irmã tratava da minha mãe, fazia-lhe a higiene, tratava das refeições, da casa. Eu e o meu marido acompanhávamos às consultas e fazíamos as compras com ela”; “desde que foi internada a primeira vez por infeção respiratória veio muito confusa, com dificuldade em realizar as atividades que fazia anteriormente, esteve quinze dias em casa e teve uma recaída, voltou a ser internada”, “desde que veio desta vez está mais dependente já nem dela consegue tratar”.

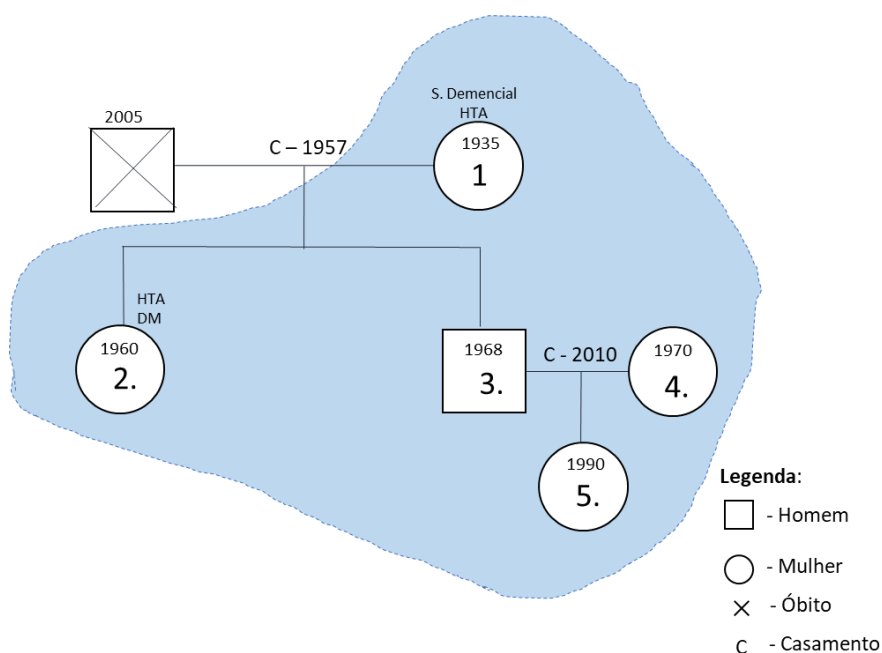


Figura 5: Genograma família 3

No Quadro 5 encontra-se explicitado o resumo da atividade diagnóstica. Relativamente à dimensão estrutural foram avaliados todos os parâmetros, nas consultas realizadas na USF e no domicílio, sem que se verificasse necessidade de intervenção. Na dimensão de desenvolvimento

foi avaliado o foco Satisfação Conjugal, nas suas áreas de atenção Relação Dinâmica e Comunicação. Na dimensão funcional, foram avaliados o papel do prestador de cuidados e o processo familiar

Quadro 5: Resumo da avaliação sistêmica da família 3

AVALIAÇÃO FAMILIAR					
Família 3					
DIMENSÃO ESTRUTURAL		DIMENSÃO de DESENVOLVIMENTO:		DIMENSÃO FUNCIONAL:	
		Satisfação conjugal		Processo familiar	
		Satisfação conjugal		- Papel de prestador de Cuidados	
Composição familiar	4 membros, mãe duas filhas e marido filha mais nova	Relação dinâmica	Satisfação do casal sobre a divisão /partilha de tarefas	Comportamento de adesão	O prestador de cuidados: estimula a independência/ promove higiene adequada do membro depende
Tipo de família	Alargada		Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	Consenso do Papel	
Família extensa	Neta		Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	Conflitos do Papel	
Sistemas mais amplos	Trabalho, instituições de saúde e religiosas		O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um	Saturação do Papel	

AVALIAÇÃO FAMILIAR					
Família 3					
DIMENSÃO ESTRUTURAL		DIMENSÃO de DESENVOLVIMENTO:		DIMENSÃO FUNCIONAL:	
		Satisfação conjugal		Processo familiar	
Classe social	Média baixa	Comunicação	O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	- Processo familiar	
Rendimento familiar	Vencimentos certos		Satisfação com o padrão de comunicação do casal		
Edifício residencial	Seguro			Coping Familiar	Quem na família expressa mais os sentimentos
Precaução de segurança	Demonstrada				Quem tem iniciativa para os resolver
Sistema de Abastecimento	Rede pública				Existe discussão sobre os problemas na família
Animal doméstico	Não				Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas
					A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas

AVALIAÇÃO FAMILIAR					
Família 3					
DIMENSÃO ESTRUTURAL		DIMENSÃO de DESENVOLVIMENTO:		DIMENSÃO FUNCIONAL:	
		Satisfação conjugal		Processo familiar	
					Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas

No Quadro 6 encontra-se relatada toda a atividade desenvolvida com a família. No que concerne ao foco Satisfação Conjugal na dimensão de desenvolvimento, não se verificou a existência de necessidade de intervenção. Na dimensão funcional, foram avaliados o Papel de Prestador de Cuidados e o Processo Familiar. A intervenção centrou-se na reflexão conjunta com os membros da família.

Quadro 6: Atividade diagnóstica da família 3 (dimensão de desenvolvimento e funcional)

FOCO: Satisfação Conjugal	
Dimensão -Relação dinâmica: Satisfação do casal sobre a divisão /partilha de tarefas; Satisfação do casal com o tempo que estão juntos; Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos.	
Atividade diagnóstica:	Resultados
1- Pelo que me estão a dizer a vossa vida deu uma volta muito grande. Como tem sido? 2- Conseguiram reorganizar as tarefas? São feitas por quem? 3- Conseguem ter tempo para vocês? 4- De acordo com o que me dizem, apesar de todas as mudanças que ocorreram conseguem falar e discutir todos os assuntos entre vós. Percebi bem? 5- Mas conseguem chegar acordo?	1- Membro 3 - Não tem sido fácil, nós sempre fizemos tudo juntos, acho que isso nos está a ajudar. Membro 4 - É como a minha esposa diz como fizemos sempre as coisas juntos agora ajuda. Eu sei o que a minha esposa quer fazer e de que forma faz, assim posso ajudar; 2- Membro 3 - O meu marido já me ajudava muito, agora ainda mais, as compras fazemos os dois para ser mais rápido, mas todas as outras tarefas de casa dividimos, eu trato mais da minha mãe e irmã e o meu marido trata da casa; 3- Membro 3 - O tempo é pouco, a nossa filha aos fins-de-semana vem cá para casa para nós sairmos e estarmos juntos, é pouco, mas muito importante, ajuda a ganhar forças para o dia-a-dia. Membro 4 - Tentamos aproveitar todos os bocadinhos; 4- Membro 3 - Sim enfermeira discutimos tudo o que vamos fazer, às vezes estou mais cansada e resmungo mais, mas o meu marido tem paciência deixa-me acalmar e depois voltamos

	a falar, temos conseguido resolver tudo. Marido acena com a cabeça. 5- Sim enfermeira, respondem os dois.
FOCO: Satisfação Conjugal	
Dimensão-Comunicação: O casal conversa sobre as expectativas de cada um; O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião; Satisfação com o padrão de comunicação do casal	
Atividade diagnóstica	Resultados
1- De tudo o que me têm referido depreendo que conversam todos os assuntos entre vós. Estou certa? 2- Quando não estão de acordo em algum assunto como fazem para se entenderem? 3- Posso depreender que estão satisfeitos com a forma como comunicam?	1 - Sim enfermeira nós falamos muito entre nós, mesmo antes desta situação, eu e o meu marido sempre nos habituamos a discutir tudo, fosse dos nossos trabalhos ou da família; 2 - Não estamos sempre de acordo, mas falamos e sempre nos entendemos; 3 - Sim enfermeira, respondem em simultâneo.
Fundamentação: Porreca (2019) refere-se à relação conjugal como uma dança simétrica e assimétrica, que agrega diferentes fatores que a constituem, a dinamizam e a mantêm. Pode ser entendida como um processo a dois, onde estes procuram um projeto comum por meio do companheirismo, do cuidado, da dedicação e do bem-estar do outro. No desenvolvimento das entrevistas a este casal foi possível observar a cumplicidade, reciprocidade e a coesão entre o casal, sendo estas uma força para enfrentar as diversidades e desafios constantes.	
Subdiagnóstico: Relação dinâmica Não disfuncional; Comunicação Eficaz	

DIMENSÃO FUNCIONAL	
FOCO: Papel de Prestador de cuidados	
Dimensão – Comportamento de adesão o prestador de cuidados: estimula a independência/ promove higiene adequada do membro depende	
Atividade	Resultados
1- No decorrer da nossa conversa apercebi-me que o fato de a sua irmã ter ficado mais depende foi gerador de mudanças, ou seja, a sua irmã passou de cuidadora a cuidada, certo?	1 - Sim enfermeira como já tinha dito a minha irmã apesar do atraso que tem sempre cuidou bem da minha mãe, nós ajudávamos nas compras, consultas e nas questões económicas. Com estes internamentos a minha irmã veio a precisar do nosso apoio;

2- Mas ajude-me a perceber, quem cuida da sua irmã? E da sua mãe?	2 - Quem trata delas diretamente sou eu com ajuda do meu marido e da minha filha.
3- Se entendi a Sra. faz os cuidados de higiene às duas, prepara e dá-lhes as refeições, trata da higiene da casa?	3 - Não Sra. Enfermeira os cuidados de higiene à minha mãe temos apoio da associação, as senhoras fazem a higiene. Da minha irmã sou eu que trato, como está a ser muito pesado já pedi também apoio da associação para a minha irmã;
4- Estava a dizer que era a senhora que trata da sua irmã, tem alguma dúvida?	4 - Não enfermeira a minha mãe foi uma boa escola, mas coma minha irmã estou a tentar que ela vá fazendo as coisas, vou insistindo para se lavar e só ajudo, também insisto para ela comer sozinha;
5- Quem cozinha é a senhora?	5 - Não, pedi na associação para trazerem as refeições não estava a conseguir fazer tudo. Apesar do meu marido e da minha filha ajudarem muito estava a ser complicado.... Agora a viver com elas é mais fácil;
6- Como se sente com toda esta reorganização?	6 - No início estava muito stressada era muita coisa ao mesmo tempo, agora já dividimos melhor as tarefas e assim já consigo. A minha filha ficar com elas ao fim de semana ajuda muito. Descanso e estou com o meu marido em sossego;
7- Disse que foram viver com elas, a casa tinha condições para vocês, como fizeram?	7 - As condições arranjam -se, desfizemos a sala e montamos lá o nosso quarto, está como a Sra. viu. Não está bonito, mas funcional, assim tenho sempre a ajuda do meu marido durante a noite, descansamos melhor.

Fundamentação: Nas diferentes consultas realizadas com a família foi possível constatar que o papel de prestador de cuidados estava bem definido, a senhora cuidadora principal da mãe e irmã possuía conhecimentos para desempenhar o papel, promovendo o autocuidado da irmã. A vivência de todo o processo anterior com a mãe foi uma mais-valia para a reorganização. Foi consensual a distribuição das funções, se numa fase inicial a senhora se encontrava stressada, com o apoio do marido e filha conseguiu ultrapassar as dificuldades. Não se observando saturação do papel.

Subdiagnóstico: Comportamento de Adesão Demonstrado, Consenso de Papel, Sem conflito

FOCO Processo Familiar

Atividade	Resultados
1 - Não consegui aperceber-me que todos falam do que sentem, quem tem mais facilidade em se expressar?	1 Consultas - Membro 4 - Tem razão Sra. enfermeira nós dizemos o que nos vai na alma com facilidade, a minha

2 - Quando surge algum problema quem toma a iniciativa para resolver?	esposa é quem mais fala eu aprendi com ela, o que guardamos não ajuda e é mais difícil suportar;
3 - A Sra. e o marido decidem sozinhos a resolução de problemas ou falam com a filha e com a sua irmã também?	2 - Umas vezes sou eu outras o meu marido. Como falamos de tudo as ideias vão surgindo;
4 - Sentem-se bem com essa forma de agir? Acha que vos ajuda?	3 - Eu e o meu marido falamos sempre primeiro, mas não tomamos decisões sem falar com a minha irmã e com a minha filha;
5 - Pelo que percebi recorreram a uma associação para apoio domiciliário para os cuidados de higiene e de alimentação. Em termos emocionais sentem necessidade de recorrer a apoio?	4 - Até agora tem dado resultado, assim ninguém pode dizer que não sabia ou depois criticar;
6 - Tudo o que vivenciaram com a mãe no início do processo de dependência, acham que ajudou com a dependência da sua irmã? O que acham que poderiam mudar?	5 - Sim enfermeira a associação é uma ajuda muito grande, dá-nos mais liberdade para as outras tarefas. De início a assistente social ainda falou em ir para a psicóloga, mas eu e o marido não sentimos necessidade;
	6 - Ajudou muito enfermeira, conforme as coisas foram agravando com a minha mãe nós fomos arranjando soluções. Agora com a minha irmã algumas coisas fizemos da mesma maneira. Não mudava nada, temos conseguido resolver tudo, de início fiquei muito nervosa, mas com o tempo e ajuda do meu marido e filha fui acalmado. Acho que está tudo controlado e com a minha irmã a ficar outra vez mais independente, vai tudo ficar mais leve.

Fundamentação: O cuidar em família está envolvido num processo complexo e exigente, contínuo e quase sempre irreversível. Caracteriza-se por pressões e efeitos negativos, podendo causar distúrbios na vida pessoal e social, na saúde, no bem-estar físico e emocional e nas finanças sendo estes fatores determinantes de stresse em cuidadores, ideia transmitida por Mingote et al. (2021), corroborando a ideia de Areosa, Henz & Lawisch (2014). O cuidador é colocado perante situações desafiantes e difíceis de gerir, o que leva a que o seu dia-a-dia e qualidade de vida sejam afetados (Mingote et al., 2021). As famílias têm como suporte de forma implícita ou explícita estratégias de resolução de problemas, as estratégias de *coping*. Tendo presente o elemento gerador de stresse, Figueiredo (2012) refere-nos que o *coping* familiar constitui um conjunto de processos cognitivos, afetivos e comportamentais concebidos para fortalecer a família, manter a estabilidade emocional e o bem-estar dos seus membros, obter ou utilizar recursos próprios ou da comunidade. As estratégias utilizadas nesta família foram internas e externas permitindo o equilíbrio da família.

Subdiagnóstico: *Coping* familiar eficaz

A abordagem a esta família permitiu o desenvolvimento de competências específicas. A partilha das soluções encontradas pelos membros da família e a forma como se readaptaram à situação de crise foi um momento de crescimento. As estratégias utilizadas foram no sentido do elogio e reforço positivo a todos os membros. Estes demonstraram utilizar de forma eficaz vivências do passado. Nesta família a resiliência e capacidade de adaptação foram uma força evidente. Os membros demonstravam como preocupação a validação das atitudes que tinham tomado exemplo disso foi a transformação da sala da casa em quarto para o casal para que em conjunto pudessem dar mais apoio aos dependentes e auxiliarem-se um ao outro.

3.1.4 Família 4

No que se refere à família 4, esta é constituída por dois membros. O Membro 1 vivia sozinha desde a morte do marido em 2008. Em 2011, o filho, após o divórcio, regressou a casa da mãe por não ter condições económicas, nem emocionais para residir sozinho. Segundo o Membro 1, aquando da morte do marido o Membro 2, “muito ligado ao pai”, terá regressado a um passado de toxicodependência, sendo esta a causa do divórcio. No regresso a casa da mãe, esta percebe-se da situação de recaída de toxicodependência, sugerindo ao filho ser internado novamente na clínica onde já tinha recuperado antes. Este aceita.

Em paralelo a esta situação o negócio da família começa “a trazer problemas”, optando a senhora por encerrar. Esta situação não terá agradado ao filho mais velho que se revoltou com a mãe acusando-a de estar a destruir o património da família para ajudar o filho mais novo.

O Membro 2 terá estado internado dois anos, tendo recuperado e até à presente data sem recaídas. Mantém residência com a mãe por dificuldades económicas.

Na consulta, o Membro 1 muito “desgostosa com o fato dos irmãos não falarem”, verbaliza que “não queria morrer sem eles se entenderem”.

Elaborado o genograma (Figura 6) que nos permitiu verificar tratar-se de uma família monoparental, constituída por mãe- Membro 1 (83 anos), 4ª classe, reformada, trabalhava com o falecido marido na Churrasqueira da família, portadora de doença crónica Hipertensão Arterial, desde 2011. Membro 2 (50 anos), 9º ano, empregado de balcão, antecedentes de toxicodependência, sem recaídas desde 2013. Família extensa - Membro 3 (filho mais velho), Membro 4 (esposa deste) e Membro 5 (filho do casal). O relacionamento com o Membro 1 é

semanal e caracterizado por este como distante desde os problemas, com o Membro 2 é inexistente por parte dos membros 3 e 4; com o Membro 5 é pontual dado o Membro 2 ser seu padrinho. Avaliada a classe social, resultou um score indicativo de que esta família pertence à classe média.

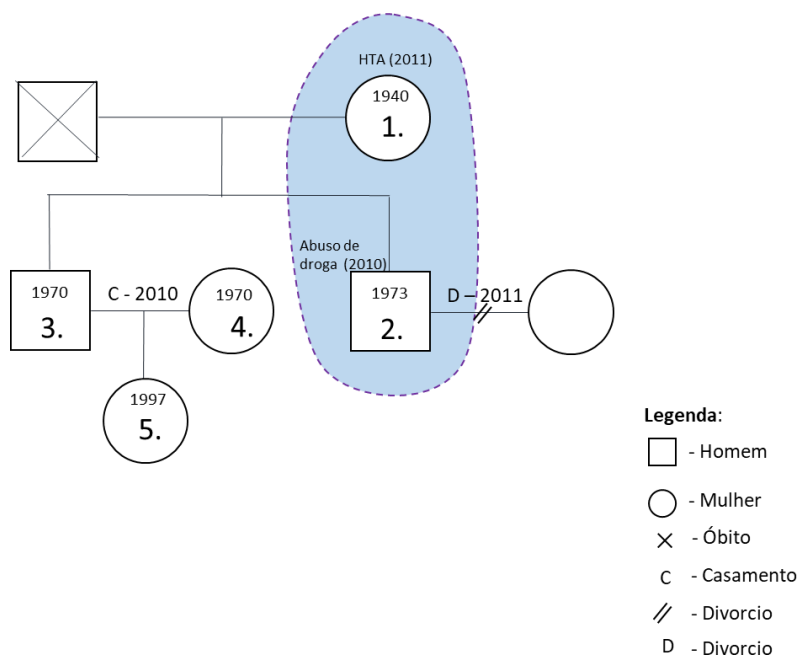


Figura 6: Genograma família 4

No Quadro 7, encontra-se o resumo da avaliação familiar nas diferentes dimensões. No que respeita à dimensão estrutural, não se verificaram necessidades de intervenção; na Dimensão Desenvolvimento foi avaliado o foco Papel Parental e na Dimensão Funcional o foco Processo Familiar.

Quadro 7: Resumo da avaliação sistêmica da família 4

AVALIAÇÃO FAMILIAR						
Família 4						
DIMENSÃO ESTRUTURAL		DIMENSÃO de DESENVOLVIMENTO:		DIMENSÃO FUNCIONAL:		
		Papel parental		Processo familiar		
Composição familiar	2 membros, mãe e filho	Comportamento de Adesão	Adaptação da família ao regresso do filho a casa	Comunicação familiar	Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros	
					Impacto que os sentimentos de cada um têm na família	
Tipo de família	Monoparental		Redefinição das relações adulto-adulto	Coping Familiar	Quem na família habitualmente identifica os problemas	
					Quem tem iniciativa para os resolver	
					Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas	

AVALIAÇÃO FAMILIAR					
Família 4					
DIMENSÃO ESTRUTURAL		DIMENSÃO de DESENVOLVIMENTO:		DIMENSÃO FUNCIONAL:	
		Papel parental		Processo familiar	
					Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas
Família extensa	Filho mais velho, nora e neto			Relação dinâmica	Membro com maior poder na família
Sistemas mais amplos	Trabalho, vizinhos, instituições de saúde e religiosas				Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros
Classe social	Média				Coesão e adaptabilidade da família FACESII
Rendimento familiar	Vencimentos certos				Funcionalidade da Família - percepção dos membros APGAR Familiar de Smilkstein
Edifício residencial	Seguro				

AVALIAÇÃO FAMILIAR						
Família 4						
DIMENSÃO ESTRUTURAL			DIMENSÃO de DESENVOLVIMENTO:		DIMENSÃO FUNCIONAL:	
			Papel parental		Processo familiar	
Precaução de segurança	de	Demonstrado				
Sistema de Abastecimento	de	Rede pública				
Animal doméstico		Não				

A atividade diagnóstica desenvolvida encontra-se explanada no Quadro 8, procurando facilitar a sua interpretação.

Quadro 8: Atividade diagnóstica da família 4 (dimensão de desenvolvimento e funcional)

FOCO: Papel parental	
Dimensão Comportamento de Adesão: Adaptação da família ao regresso do filho a casa; Redefinição das relações adulto-adulto	
Atividade diagnóstica: 1- Quando o seu filho regressou a sua casa como se sentiu? Foi fácil adaptar-se a esta nova situação? 2- Como foi voltar a ter um filho em casa? a. 3- Como conseguiu que ele fosse internado? a. 4- Quando o seu filho regressou do internamento, teve uma nova adaptação foi fácil? 5- Teve necessidade de “Puxar dos galões de mãe mais alguma vez?	Resultados: 1 - Senti uma tristeza muito grande, não por ele voltar, mas pelo motivo. Custou-me muito ver o meu filho a afundar e não o conseguir ajudar. Uma mãe adapta-se a tudo para proteger um filho, seja ele uma criança ou um adulto; 2 - No início foi complicado não conseguia perceber a agressividade e os modos dele. Quando me apercebi que tinha recaído naquela desgraça; 3 - Tive de “puxar dos galões de mãe”, e ele obedeceu; 4 - Sim enfermeira o meu filho voltou ao que era trabalhador, caseiro e muito respeitador; 5 – Não.
Fundamentação: (Schwartz &Ayalon,2015) referem-nos que a paternidade é um papel central e vitalício. Consideram que voltar a casa é um fenómeno semelhante, ao sair de casa, a família e o lar fornecem condições faces às dificuldades económicas e sociais. No mesmo artigo referem-nos que a nova-velha situação familiar nesta fase da vida suscita dilemas e conflitos, mas também oportunidades e uma redescoberta do papel parental e do se significado. A entrevista com esta mãe foi de encontro ao que os autores nos referem, a situação de regresso do filho foi vivenciada com dilemas, conflitos, mas ao mesmo tempo como uma redescoberta do papel. Foi demonstrado um comportamento de adesão. Elogiadas as forças da família.	
Subdiagnóstico-Comportamento de Adesão demonstrado	

DIMENSÃO FUNCIONAL	
FOCO: Processo familiar	
Dimensão -Comunicação familiar: Quem na família expressa mais os sentimentos; Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos; Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros; Impacto que os sentimentos de cada um têm na família.	
Atividade diagnóstica: 1 - Quando está com o seu filho e alguma coisa a incomoda consegue falar com ele? 2 - O filho fala com a senhora do que sente, do que o incomoda? 3 - O fato do filho ser mais “fechado” preocupa-a? Aceita que ele seja mais introvertido e reservado? 4 - Pelo que percebi quando o seu filho está triste a senhora também fica, é isso?	Resultados: 1 - Para mim é fácil falar, mesmo as situações que me deixam mais triste ou angustiada, por vezes evito falar do meu filho mais velho porque deixa o meu mais novo muito em baixo; 2 - O meu filho não é muito de falar é mais fechado, mas com a idade está a falar mais dos sentimentos dele; 3 - Fico preocupada com tudo, claro que aceito que seja assim, mas não deixo de me preocupar; 4 - Sim Sra. enfermeira, se ele não estiver bem eu também não estou, e o contrário também acontece.
Fundamentação: Comunicação para (Dias, 2015) é observada como processo de interação e de integração no sistema familiar. Sendo o seu principal objetivo analisar a comunicação como geradora de interação e integração dos membros da família na dinâmica, evidenciando a importância dos valores familiares como instrumentos de qualidade nas relações internas do sistema. Quanto mais forte for a família no seu processo de comunicação e interação, melhor proporciona aos seus membros as condições para que cada um, na sua especificidade, cumpra as funções que lhe são próprias. A comunicação na família propicia a aprendizagem de valores e padrões de comportamento podendo estes ser positivos ou negativos nas relações que mantêm o sistema familiar em equilíbrio/desequilíbrio	
Subdiagnóstico-Comunicação familiar eficaz	
Dimensão: <i>Coping</i> Familiar: Quem na família habitualmente identifica os problemas; quem tem iniciativa para os resolver; os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas.	
Atividade Diagnóstica: 1 - Com o regresso do seu filho a casa surgiram problemas com o filho mais velho certo?	Resultados 1 - Sim enfermeira, o meu filho mais velho não aceita que eu ajude o irmão. Revolta-se com tudo o que digo ou faço, tem vindo a afastar-se;

2 - Já falou com o seu mais novo sobre essa situação?	2 - Sim, falamos ele culpa-se pelo afastamento do irmão embora fique triste entende a posição do irmão;
3 - Diz-me que falam sobre a situação do filho mais velho, certo? Sentem-se bem ao conversarem, ou é motivo de discussão entre vocês os dois?	3 - Sim enfermeira, eu e o meu mais novo falamos muito da relação com o mais velho, essas conversas ajudam-nos, dificilmente discutimos. O que sentimos é muita tristeza;
4 - Já pensaram em alguma solução para resolver esse conflito entre os irmãos?	4 - Membro 1- Dou voltas e voltas e não me ocorre nada, membro 2 eu sei que sou culpado e sinto triste pela minha mãe, e sinto saudades de quando eu e o meu irmão nos dávamos bem.

Fundamentação: *Coping* é definido por (Graça CC e Zagonel IPS, 2019) como a capacidade de confrontação e readaptação que permite ao indivíduo agir perante comportamentos, pensamentos e emoções originadas por situações de stresse. Para as autoras o *coping* quando utilizado corretamente leva à redução, readaptação ou suplantação do evento de crise. Nesta família o conflito entre irmãos é gerador de stresse e angústia para a mãe

Subdiagnóstico: *Coping* Familiar não eficaz

Dimensão: Relação dinâmica: Membro com maior poder na família; Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros; Coesão e adaptabilidade da família FACESII; Funcionalidade da Família -percepção dos membros APGAR Familiar de Smilkstein.

Atividade Diagnóstica:	Resultados:
1 - No vosso dia a dia quem acham que tem mais poder lá em casa?	1 - Membro 2 - É a minha mãe, a casa é dela eu tenho que me habituar às regras dela;
2 - Mas sente-se desconfortável com essa situação?	2 - Não, Sra. Enfermeira, só tenho que agradecer a ajuda e apoio que a minha mãe me dá;
3 - A Sra. concorda com o filho? Quem manda é a Sra.?	3 - Não considero que mande, mas tenho as coisas organizadas por mim. O meu filho não tem de agradecer estou a fazer o que acho correto as mães fazerem;
4-Tenho aqui uns pequenos questionários que gostaria que preenchessem, é possível? Eles podem ajudar a perceber tudo o que estão a vivenciar.	4 - Membro 1 - Sim claro, membro 2 sim enfermeira.
Nota: ambos preenchem a Escala a escala FACESII (anexo 2) Escala de APGAR familiar de Smilkstein (anexo 3)	

Fundamentação: A dimensão operativa relação dinâmica centra-se na partilha de responsabilidades, sentimentos e emoções, aliada à aptidão para a flexibilidade de papéis. (Figueiredo 2012). Nesta família em concreto os dois membros interagem entre si, não se observando disfuncionalidade após a aplicação das escalas referidas. Contudo A relação entre os dois membros e o irmão mais velho é geradora de insatisfação.

Subdiagnóstico: Relação dinâmica não disfuncional

Intervenções

Promover estratégias adaptativas /*coping* na família.
Negociar estratégias adaptativas /*coping* na família

Promover envolvimento da família extensa.

Ações que concretizam as Intervenções (ACI)

Foi sugerido aos membros refletir nas atividades que realizavam em conjunto com o irmão no passado. Utilizada a técnica de rituais terapêuticos. Foi proposto a ambos que procurassem realizar uma atividade que no passado era prazerosa para todos. Acordaram que a mãe iria convidar o irmão mais velho, no dia da mãe, 8 dezembro, para almoçarem juntos como sempre faziam.

3.2 Avaliação dos resultados nas famílias

A Avaliação de resultados permite uma melhoria contínua. Segundo (Figueiredo, 2012) esta avaliação deverá contínua, fundamentada nos objetivos traçados e critérios definidos. Os ganhos de saúde em enfermagem manifestam-se pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar. A avaliação dos resultados nas quatro famílias foi realizada de acordo com os indicadores/MDAIF (ESEP/CINTESIS, 2013). Referidos no Quadro 8 encontram-se os resultados dos indicadores, podemos verificar que a dimensão estrutural foi avaliada em 100% das famílias em todos os indicadores. Relativamente à dimensão desenvolvimento foram avaliadas duas dimensões - satisfação conjugal em 75% das famílias e o papel parental em 50% das famílias. Por fim na dimensão funcional avaliado a 100% das famílias em relação ao processo familiar e a 25% o papel prestador de cuidados.

No Quadro 10 encontram-se descritos os resultados da Taxa de prevalência e dos resultados dos indicadores.

Quadro 9: Indicadores de Avaliação dos Resultados

AVALIAÇÃO RESULTADOS					
Estrutural		Desenvolvimento		Funcional	
Indicadores	Resultados Obtidos %	Indicadores	Resultados Obtidos%	Indicadores	Resultados Obtidos %
Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias X 100	100% (4)	Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação conjugal /Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	75% (3)	Nº. de famílias avaliadas em Papel Prestador de cuidados/ Nº total de famílias X 100	25% (1)
Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100	100% (4)	Nº. de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental /Nº total de famílias com subsistema parental X 100	50% (2)	Nº. de famílias avaliadas em Processo Familiar (PF)/ Nº total de famílias X 100	100% (4)
Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100	100% (4)				
Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias X 100	100% (4)				
Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100	100% (4)				

Quadro 10: Taxas de prevalência / resultados indicadores

AVALIAÇÃO RESULTADOS			
Taxas de Prevalência			
Desenvolvimento		Funcional	
Indicadores	Resultados Obtidos%	Indicadores	Resultados Obtidos %
Nº. de famílias com Satisfação Conjugal Não Mantida /Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	50%	Nº. de famílias com Papel Prestador de Cuidados adequado /Nº total de famílias X 100	100%
Nº. de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	33%	Nº. de famílias com Processo Familiar Disfuncional /Nº total de famílias X 100	50%
Nº. de famílias com Papel Parental Não Adequado/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	0%		
Resultados indicadores			
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em satisfação conjugal /Nº total de famílias com diagnóstico de Satisfação conjugal não mantida x 100	33%	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Prestador de Cuidados /Nº total de famílias com Papel Prestador de Cuidados não adequado x 100	0%
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em relação dinâmica /Nº total de famílias com relação dinâmica disfuncional x 100	50%	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar/Nº total de famílias com processo familiar disfuncional X 100	50%

3.3 Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

No que concerne à liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados EESF é realçada a procura da excelência no exercício profissional contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados, destacando a definição, acompanhamento e monitorização de estratégias de melhoria contínua da qualidade (DR Nº124, 2015, página 17388).

Neste subcapítulo pretendeu-se transmitir a reflexão de todas as atividades desenvolvidas na e com a equipa de enfermagem relativamente à competência enunciada.

A USF onde se realizou o estágio encontra-se em processo de reorganização para candidatura a Acreditação. Neste processo encontram-se a ser revistos todos os processos de acordo com o guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários (DIOR -CSP).

O DIOR-CSP permite internamente a autoavaliação da USF, constituindo-se como ferramenta no âmbito do processo de contratualização relativamente à área da qualidade organizacional; e pode ser aplicado em processos de auditoria para transição e manutenção de modelo organizacional e forma de seriação das unidades funcionais em todos os processos de tomada de decisão que careçam de candidatura a programa de certificação/acreditação (ACSS,2019). A grelha DiOr-CSP encontra-se organizada em três grupos de processos - gestão, assistenciais e suporte - subdivididos em dimensões específicas que integram os respetivos critérios, organizados em duas categorias, A e B.

A sensibilização dos enfermeiros para a importância da documentação é essencial, dado que esta permite registar o trabalho autónomo e colaborativo, auto afirmando a profissão (França et al.,2022; Vieira, 2018)

A informação adquirida com o processo de enfermagem é fundamental para a gestão dos cuidados de saúde permitindo o conhecimento das vivências e estratégias implementadas pelos enfermeiros, levando a ganhos em saúde (França et al.,2022; Ribeiro et al.,2019) De acordo com Silva & Dias (2018) evidenciou-se o facto de os profissionais reconhecerem a importância dos registos, contudo na sua prática nem sempre os realizam. Os sistemas informáticos utilizam linguagem padronizada de enfermagem proporcionando melhor qualidade e menor tempo de registo clínico, garantem melhor segurança dos dados, bem como apoiam o raciocínio clínico e o planeamento dos cuidados (Soares et al., 2020). Na USF onde decorreu a prática clínica, o

sistema informático em utilização é o SClínico®, que utiliza a linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Ao desenvolver as atividades de avaliação das famílias, verificou-se que não existiam registos relativos à Família e ao Processo Familiar. Discutida esta situação com a enfermeira tutora, foi proposto dar resposta a um dos pontos da grelha DIOR - Processos Assistenciais, Dimensão 2.4.- Resultados, nos seus critérios: A-Qualidade e grau de cumprimento dos registos clínicos. B - Plano de Auditoria Interna - A realização de um Plano de Acompanhamento Interno (PAI) relativo aos registos da Família enquanto unidade de cuidados. Os PAI encontram-se inseridos no desenvolvimento de boas práticas em governação clínica. Zangão e Bilro (2022) referem que a governação clínica surge nas unidades de saúde como um processo para a melhoria da qualidade dos cuidados, elevando assim os padrões de qualidade das instituições, proporcionando condições de excelência para a prática clínica. Foi elaborado o PAI de “Registos de Enfermagem Saúde Familiar” (Quadro 11), respeitando o *layout* utilizado na USF e que a seguir se apresenta.

Quadro 11: PAI - Registos de Enfermagem de Saúde Familiar

ETAPAS	DESCRIÇÃO
Identificação do Problema	Para uma tomada de decisão consciente existem premissas fundamentais, a qualidade dos cuidados que se encontra intimamente relacionada com a qualidade dos registos de enfermagem, e a utilização de uma linguagem padronizada combinada com as ferramentas informáticas (Pinto & Ferreira, 2014, Nascimento et al 2019) Os registos de enfermagem são um importante meio de comunicação, permitindo assegurar a continuidade de cuidados, sendo o único meio legal de descrever os cuidados prestados. Segundo a literatura existem diversos fatores apontados para o registo inadequado: sobrecarga de trabalho; desvalorização dos registos como parte do processo de enfermagem (Silva et al 2019). No contexto da USF verifica-se a não utilização do Programa- Saúde Família, Focos e intervenções associados ao mesmo no SI SClínico.
Definição do Processo	Dada a importância dos registos clínicos de Enfermagem o objetivo é aumentar os registos relativos à saúde Familiar no Sistema Informação- SClínico: Programa- Saúde Família; Avaliação Inicial-preenchimento do Processo Familiar

ETAPAS	DESCRIÇÃO
	Os registos anteriormente referidos permitirão o conhecimento da família enquanto alvo dos cuidados de enfermagem O potencial de ganhos em saúde na Saúde Familiar passa por: 1. Avaliação Familiar, nas suas dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional do sistema familiar; 2. Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa; 3. Articular a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições Orientar a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais.
Resultado Esperado	I. Registrar o Programa de Saúde da família a 5% das famílias da lista de cada enfermeiro no 1º semestre de 2024; II. Realizar o registo do Processo Familiar a 5% das famílias da lista de cada enfermeiro no 1º semestre de 2024.
Avaliação do Desempenho Atual	Realizar auditoria aos registos clínicos, refletindo nos resultados obtidos
Atividades	• Divulgar os resultados da auditoria em reunião de enfermagem; • Refletir em conjunto na importância dos Registos clínicos; • Partilha na reunião de enfermagem de simulação de registos a efetuar no processo familiar.
Reavaliação do Desempenho	Realizar auditoria clínica aos registos, discussão dos resultados obtidos trimestralmente em reunião de enfermagem

As auditorias promovem a qualidade dos cuidados, a sensibilização das equipas para a verificação dos processos, a satisfação, a segurança e os direitos dos utentes (Serra et al., 2022). Segundo as mesmas autoras referindo Bitencourt et al. (2020), as auditorias em enfermagem garantem a qualidade dos cuidados através de uma avaliação sistemática para controlar os processos internos. A realização de auditorias promove a melhoria dos cuidados, sensibilizando as equipas para o seu papel na verificação dos processos e na garantia de segurança dos utentes (Serra et al., 2022).

Dando cumprimento ao plano elaborado foi efetuada a auditoria aos registos clínicos, tendo sido aplicada a grelha apresentada na Figura 7. Para a sua execução foi selecionado um dia em

que todos os enfermeiros realizaram cinco consultas programadas e observados os registos das mesmas. Os critérios estabelecidos: Associação do programa de Saúde da Família ao contacto, ficando este ativo; na avaliação inicial existir registo da avaliação do Processo Familiar; existência de dados avaliativos; existência de enunciação dos respetivos diagnósticos e por fim a existência de registo das intervenções. Os dados relativos a estes critérios estabelecidos são colhidos no SI. Analisados quarenta e cinco processos no total, verificou-se que não existiam registos relativamente à família. Apurado este facto, delinearam-se como medidas corretoras: reflexão dos dados obtidos; visitar o SI e simular registos à família, em reunião de enfermagem.

Auditoria: Registos de Enfermagem de Saúde Familiar												
Âmbito: Qualidade												
Responsabilidades: Enf.ª Especialista e Enf.ª									Data avaliação:18/10/2023			
Descrição: Auditoria interna ao processo de enfermagem relativo ao registo de Programa de Saúde Familiar												
Fase	Nome da Fase	DESCRIÇÃO									Critérios de cumprimento da fase	
1	Identificação	A auditoria Interna ao Registo do Programa de saúde familiar e registo do Processo familiar.									Sim	
2	Definição do processo e resultado esperado	Foram analisados processos clínicos de 5 consultas programadas de todos os enfermeiros da equipa e conferidos os critérios estabelecidos									Sim	
3	Avaliação do desempenho atual	Aplicação da grelha de auditoria									Sim	
		Questão	Sim	Não	N.A							
		No Processo de enfermagem - O Programa de Saúde da família encontrasse aberto?										
		No Processo de enfermagem encontrasse registado o processo familiar?										
		Quando registado o Processo Familiar, estão preenchidas as diferentes etapas do processo:										
		Existem registos de alguma intervenção de diagnóstico?										
4	Discussão, e análise dos resultados	Analisados os processos clínicos 45 no total verificou-se que em nenhum se encontrava levantado o programa de Saúde da Família; também se verificou que nenhum tinha o Processo familiar preenchido,									Sim	
5	Introdução das mudanças Medidas corretoras	Divulgação dos resultados da auditoria em reunião de enfermagem; refletir em conjunto na importância dos Registos clínicos; Revisitar o SI e simular registos à Família em reunião de enfermagem.									Sim	
6	Reavaliação do desempenho atual	Outubro 2024									Não	
CRONOGRAMA ANUAL AUDITORIA												
MÊS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
FASE	X											
	X											

Figura 7: Grelha de Auditoria Aplicada

Após a execução da auditoria, tal como planeado foram apresentados os resultados obtidos em reunião de enfermagem. Na consumação da reunião foi utilizada a ferramenta pedagógica *workshop*. A reunião decorreu com todos os enfermeiros da USF e teve como principal objetivo:

explicar os resultados da auditoria, sendo estes o ponto de partida para o desenrolar da reunião. Auscultados os enfermeiros da equipa em relação aos motivos para o facto de não realizarem registo da avaliação e intervenção que desenvolvem com as famílias, como fazem para o indivíduo, estes referem não ser uma prática corrente, dão mais atenção aos registos dos indicadores contratualizados. Sublinhou-se a necessidade dos registos da família enquanto alvo dos cuidados para que possa ocorrer uma evolução na parametrização e o surgimento de indicadores contratualizáveis, transparecendo assim a globalidade dos cuidados. Face ao apresentado, os profissionais reconhecem verbalmente a sua importância. Na continuidade da reunião foram simulados registos numa família de cada enfermeiro, simulação desenvolvida pelo próprio por forma a rever a aplicação informática no que concerne à família. Foi proposta a avaliação trimestral destes registos, o que não foi aceite pela equipa de enfermagem, que considerou não existir motivos para antecipar a avaliação intercalar uma vez que o preconizado na grelha DIOR (Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional) é semestral. Assim a equipa compromete-se a realizar uma avaliação intermédia em abril de 2024.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se descrever uma reflexão crítica relativa ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

A competência é definida como a capacidade de articular valores, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o desempenho eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. Assim, o enfermeiro deve procurar desenvolver continuamente competências que lhe permitam prestar cuidados com qualidade (Rosa, Carvalho & Barja, 2022). Tal como nos referem as autoras, o desenvolvimento de competências decorrentes da frequência do MECESF permitiu uma mudança positiva na prática clínica. Para uma melhor compreensão do contributo das ações e intervenções para o desenvolvimento das respetivas competências, que estão discriminadas no Regulamentos n.º 428/2018 da OE e de competências comuns do enfermeiro especialista explanadas no regulamento nº 140/2019, em seguida particularizar-se-á cada uma delas.

Competência - Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção:

Foram prestados cuidados à família como alvo dos cuidados, especificamente às famílias com membros idosos cujos filhos adultos regressam à casa de origem. Foram abordados os membros individualmente e/ou em conjunto, demonstrado disponibilidade e empatia e procurando estabelecer uma relação terapêutica. O estabelecimento desta relação potenciou a recolha de dados e o planeamento das atividades de avaliação e intervenção.

Na colheita de dados foram utilizados diferentes instrumentos como o genograma, o ecomapa, a escala de Graffar, (anexo IV) a escala de APGAR familiar de Smilkstein, a escala de FACES II e a escala de readaptação social de Holmes e Rahe. Estes foram uma mais-valia para colher dados e aprofundar o conhecimento sobre as famílias, ajudando na elaboração dos diagnósticos, permitindo identificar as forças e recursos de cada família. Foram

identificadas as necessidades de intervenção e enunciados os diagnósticos, tendo presente os fundamentos da entrevista familiar sistémica: hipotetização, circularidade e neutralidade.

Ao analisar as respostas das famílias na vivência de situações complexas, foram mobilizados não só conhecimentos teóricos de enfermagem, bem como de outras áreas científicas, como a psicologia ou a sociologia, o que permitiu uma tomada de decisão consciente e fundamentada. Foram também tidos em conta diversos fatores como as crenças culturais e espirituais das famílias, as forças e os recursos disponíveis da família e dos seus membros individualmente.

A prática desenvolvida enquanto EEESF assente na evidência científica possibilitou a capacitação da família para a definição de metas, explorar em que medida a dinâmica familiar influencia os cuidados, e desenvolver um plano de cuidados de forma colaborativa com a família, que vá de encontro aos resultados desejados.

Por forma a intervir eficazmente na promoção e na recuperação do bem-estar da família em situações complexas, foram utilizadas estratégias e técnicas motivacionais na interação com as famílias. Foram aplicadas técnicas como as cartas terapêuticas, os rituais terapêuticos, o reenquadramento, entre outras, no desenvolvimento da resolução de conflitos, auxiliando a criar um ambiente seguro e saudável, propício ao bem-estar familiar.

No sentido de facilitar a resposta da família a situações complexas, incentivou-se à partilhar da sua vivência, de modo a favorecer o processo de mudança e crescimento, auxiliando na identificação de forças e recursos.

Analisou-se a com a família a sua evolução no atingimento dos seus objetivos, documentando-a no processo de cuidados. O EEESF na sua prática avalia continuamente os cuidados prestados, no sentido de melhorar o seu desempenho, refletindo na relação enfermeiro/família, avaliando a efetividade do progresso familiar e os resultados alcançados. Incorporou-se também a investigação e a evidência científica mais atual clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Competências - Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar/Gestão dos cuidados/Melhoria contínua da qualidade e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

No desenvolvimento desta competência promoveu-se a articulação com diferentes equipas e profissionais, tendo sido possível fazer referenciações internas para outros profissionais através do aplicativo informático e referenciações externas, consoante as necessidades identificadas. O conhecimento dos recursos existentes na comunidade foram um fator determinante para a prestação de cuidados de qualidade. São exemplos disso a referenciação para a assistente social da família 3, tendo sido possível, em conjunto, conseguir-se apoio domiciliário para os cuidados de higiene e refeições, em tempo útil. A existência da disponibilidade de consulta de psicologia, permitiu o encaminhamento da família 4.

Em paralelo com a articulação com outras equipas, procurou-se fomentar uma cultura organizacional de formação, de prática e de investigação interprofissionais, tendo presente a melhoria contínua da qualidade. Neste âmbito, foi elaborado um PAI na área dos registos de enfermagem, dando cumprimento a um dos pontos da grelha DIOR. Esta atividade permitiu colmatar uma lacuna da equipa de enfermagem. Foi realizada, em equipa, a revista do sistema informático, sublinhando as possibilidades de registos permitidas pelo SClínico. Foi realizada com a equipa uma reflexão sobre as limitações do sistema informático, sendo a opinião geral que o sistema deveria ser melhorado de modo a permitir mais registos dos cuidados prestados à família. Esta reflexão permitiu ainda que a equipa de enfermagem tomasse consciência da necessidade de introdução de novos indicadores na contratualização, direcionados especificamente para os cuidados às famílias, levando assim a uma maior visibilidade da enfermagem saúde familiar.

Todas as atividades desenvolvidas tiveram presentes os princípios éticos e deontológicos que nos são exigidos profissionalmente.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório de estágio retrata as atividades desenvolvidas ao longo do MESCESF, nomeadamente durante o desenvolvimento das UC's relativas ao estágio de natureza profissional com relatório - módulo I e módulo II, que permitiram o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar e das competências comuns do enfermeiro especialista.

No decurso dos estágios e tendo presente os objetivos delineados para os mesmos, foi executada uma caracterização do contexto clínico e da lista de famílias da enfermeira tutora. Da análise pormenorizada da amostra das famílias selecionadas, foi possível elaborar um projeto para avaliação e intervenção em famílias com um denominador comum, famílias com membros idosos cujos filhos adultos regressaram à casa de origem. As especificidades destas famílias são diversas tendo por base alterações socio económicas. Enquanto EESF o foco da nossa atenção assenta em duas vertentes: por um lado as alterações de dinâmica familiar dos membros que acolhem, por outro as vivências dos que retornam.

A avaliação das famílias nas diferentes dimensões (Estrutural, de Desenvolvimento e Funcional) possibilitou a formulação de diagnósticos e implementação de intervenções. No que concerne à Dimensão Estrutural não se identificaram necessidades de intervenção nas famílias avaliadas. Em relação aos diagnósticos resultantes da avaliação das Dimensões de Desenvolvimento e Funcional, o conhecimento adquirido nas componentes teóricas foi pedra basilar para a promoção das atividades específicas. A relação estabelecida com as famílias e a utilização das diferentes técnicas possibilitaram que estas se consciencializassem dos seus recursos e forças intrínsecas e os mobilizassem para atingir os objetivos estabelecidos em parceria

Na abordagem da família o Modelo Teórico de Calgary (MCAF e MCIF) foi a base da conceção de cuidados. Enquanto referencial teórico, o MDAIF foi uma mais-valia, sendo facilitador da prática e tendo contribuído para o desenvolvimento das competências na prestação de cuidados à família, permitindo orientar a tomada de decisão nas diferentes etapas do processo de enfermagem e adequar os cuidados às especificidades e complexidade de cada família.

Em paralelo aos cuidados com as famílias, foi possível elaborar e desenvolver com a equipa de enfermagem um PAI relacionado com os registos dos cuidados à família e respetivo processo familiar. Este PAI foi desenvolvido com o intuito de dar resposta a um dos pontos da grelha DIOR que a USF está a usar no seu processo de acreditação. As atividades desenvolvidas promoveram a consciencialização da equipa de enfermagem para a importância da realização dos registos dos cuidados prestados às famílias, tendo ficado bem vincado junto da equipa que só com registos de qualidade e diferenciados podemos dar visibilidade ao papel do EEESF e aos cuidados por ele prestados.

Na execução deste relatório foi possível comprovar a importância da formação específica em ESF. Pessoalmente, desempenhando funções numa USF há 16 anos, com este percurso percebi que até então a minha prática clínica estava muito centrada no indivíduo. A realização do MESCESF foi fundamental para a mudança de paradigma do indivíduo inserido numa família, para a família como um todo, constituída por membros com especificidades próprias.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS. Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2019). Guia para Aplicação do Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/Guia-de-Aplicacao-da-Grelha-DiOr-outubro2019.pdf>.
- ACSS. Administração Central do Sistema de Saúde I.P. (2023a). Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais, Disponível em: <http://10.95.68.130/microstrategy/asp/>; acedido em 20 março de 2023.
- ACSS. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2023b). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023. Disponível em <https://www.acss.min-afonso.com>
- Afonso, J. A. (2018). Relação conjugal ao longo do ciclo de vida: satisfação, comunicação, motivação, coesão e adaptabilidade. [Tese de Doutoramento]. ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6846/1/TES%20AFON-J1.pdf>
- Aguiar, A. C. D. S. A., de Oliva Menezes, T. M., & de Camargo, C. L. (2018). Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. *Avances en Enfermería*, 36(3), 292-301.
- Almeida, F., Dantas, M. J., Figueiredo, M. H. (2023). Técnicas de Intervenção Interacionais: Cartas Terapêuticas. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 447-448). Lidel.saude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf
- Amaro, F. (2001). A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar. *Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso*.
- Araújo, I. T. C., dos Santos, C. M. B., & de Oliveira Araújo, B. (2022). Jogo de Tabuleiro como instrumento pedagógico para a educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, 12 (2), e 7862-e 7862.
- Araújo, L. F., de Cerqueira Castro, J. L., & de Oliveira Santos, J. V. (2018). A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 12(2).
- Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D., & Areosa, R. C. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde e doenças*, 15 (2), 482-494.
- Arundel, R. e Lennartz, C. (2017). Retornando à casa dos pais: movimentos bumerangues de adultos mais jovens e o contexto do regime de bem-estar social. *Jornal de Política Social Europeia*, 27 (3), 276-294. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0958928716684315>
- Barbieri-Figueiredo, M. C., Reis Santos, M., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, concepções e práticas dos enfermeiros na prestação de cuidados

às famílias em cuidados de saúde primários. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família, 36-43.

- Bettanin, F. S. M., Rodrigues, J. C., & Bacci, M. R. (2020). Educação permanente em saúde como instrumento da qualidade assistencial / Permanent health education as an instrument for assistance quality. *Brazilian Journal of Development*, 6 (7), 42986 – 42992. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/12584/10561>
- Bitencourt, J. V. D. O. V., Pinheiro, L. J., Percisi, A. R., Parker, A. G., Teixeira, A. L. S., & Bertocello, K. C. G. (2020). Auditoria: uma tecnologia de gestão para qualificação do processo de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34.
- Bosco, P. S., Santiago, L. C., & Martins, M. (2019). Registros de enfermagem e suas implicações para a qualidade do cuidado. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 9 (26), 03-10.
- Charepe, Z., Resende, A., Oliveira, P., & Querido, A. (2018). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: abordagem colaborativa em enfermagem. *Rev. enferm. UFPE on line*, 3535-3536.
- Camarano, A. A. (2020). Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: Órfãos ou novos pobres? *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(2), 4169-4176.
- Decreto-Lei nº 161/96 do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: I Série, nº 205, páginas 2959-2962. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei nº 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário da República: I Série, nº 61, páginas 5587 – 5596. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>
- Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: I Série, nº 38, Páginas 1182-1189. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>
- Decreto-Lei nº 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série, nº 149, páginas 4069 – 4071. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/document/file/4915/DecretoLei_n.118_2014_de_5_de_agosto.pdf
- Decreto-Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: 1ª Série, nº 181. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Decreto-Lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: I Série, nº 118, páginas 3128 – 3140. Disponível em: <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2017/06/11800.pdf>
- Decreto-Lei nº 102/2023 do Ministério da Saúde. (2023). Diário da República: I Série, nº 215, páginas 4 – 20. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

- Decreto-Lei nº 103/2023 do Ministério da Saúde. (2023). Diário da República: I Série, nº 215, páginas 21 – 48. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023->
- DIAS, Maria Olívia - Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. Gestão e Desenvolvimento. Viseu. ISSN 0872-0215. Nº 19 (2011), p. 139-156.
- Dias, M. O. (2015). A comunicação como processo de interação e de integração no sistema familiar – os valores. Gestão E Desenvolvimento, (23), 85-105. <https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/273>
- Escola Superior de Enfermagem (2023). Guia Orientador: UC: Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I e Módulo II.
- ESEP/CINTESIS (2013). Projeto: modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma acção transformativa em Cuidados de Saúde Primários. Indicadores de ganhos em saúde Escola Superior de Enfermagem do Porto/ CINTESIS. Disponível em: https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/indicadores_de_ganhos_em_saude.pdf
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/ Intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>
- Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem colaborativa em enfermagem de Família. Lusociência
- Figueiredo, M. et al (2022). Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso. Sabooks Lusodidacta
- Figueiredo, Maria Henriqueta (coord.) (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel. ISBN 978-989-752-491-2.
- Figueiredo, M. H., Dias, A. (2023). Técnicas de Intervenção Interacionais: Conotação Positiva. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 436-437). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Dias, A. (2023). Técnicas de Intervenção Interacionais: Rituais Terapêuticos. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 443-444). Lidel.
- França, D., Festa, A. J. R., Santos, P. M. S., de Araújo, M. D. F., & da Silva Peixoto, M. J. (2022). A co-construção de um modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1).
- Guedes, V. S., Figueiredo, M. H. (2023). Técnicas de Intervenção Interacionais: Abordagens Orientadas para a Solução. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 454-455). Lidel.

- Graça Frade, J. M., Henriques, C. M. G., & Frade, M. D. F. G. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: Perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), e20158.
- Graça, CC, & Zagonel, IPS (2019). Estratégias de enfrentamento e estresse ocupacional em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Espaço. saúde* (Online). [Internet], 20 (2), 67-77.
- Gracinda Ignácio Silva, A., & Rafaela Leite Dias, B. (2018). Registros de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Nursing* (Edição Brasileira), 21 (247), 2476–2481. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/214>
- Gracinda Ignácio Silva, A., Leite Dias, B. R., & Ramos Leite, M.. (2019). A elaboração de evoluções de enfermagem e possíveis dificuldades: percepção do enfermeiro. *Nursing* (Edição Brasileira), 22 (254), 3039–3040. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/319>
- Henriques, C. M. G., & de Jesus Santos, E. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 31-40.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] - Censos 2021. 2022. Resultados definitivos. Disponível em: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]- Censos 2021. 2023. O que nos dizem os Censos sobre as estruturas familiares. INE. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=66321126&PUBLICACOE_Smodo=2&xlang=pt
- Luna, I. J., & Scapini, A. N. (2019). Mudanças na comunicação ao longo da terapia de abordagem sistêmica: um estudo de caso. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 10(2), 210–225. Disponível em <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/30616>
- Luttik, ML (2020). Enfermagem Familiar: A família como unidade de investigação e cuidado. *Jornal Europeu de Enfermagem Cardiovascular*, 19 (8), 660-662.
- Martins, A. R. R., & Sequeira, J. O. (2018). Revisão Sistemática do ciclo vital da família. MENEZES, Pedro. Família: conceito, evolução e tipos. *Toda Matéria*, [s.d.]. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/familia-conceito-tipos/>. Acesso em: 28 nov. 2023
- Oliveira, J. A. S. & Ramos, M. N. P. (2021). Conflitos intergeracionais na família e saúde mental dos idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(1), 213-231.
- Olofsson, J., Sandow, E., Findlay, A., & Malmberg, G. (2020). Boomerang Behaviour and Emerging Adulthood: Moving Back to the Parental Home and the Parental Neighbourhood Sweden. *European journal of population = Revue europeenne de demographie*, 36(5), 919–945. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10680-020-09557-x>

- Omer, H., & Fleury, H. (2020). *Pais e filhos em tempos de crise: como construir presença, autocontrole e uma rede de apoio*. Editora Ágora.
- Paixão, C., Pinheiro, I., Perdigão, M., Zangão, O., & Bilro, P. (2022). AUDITORIA CLÍNICA: REVISÃO DA LITERATURA.
- Pacheco, A.F. G., & Reis, M. I. M. (2022). (In)sustentabilidade dos mais novos: O preço para as gerações idosas. *Forum Sociológico*, 40 (II série), 49-58. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/sociologico.10490>
- Pascoal, M. M., & Souza, V. de. (2021). A IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 7 (6), 536–553. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/1408>
- Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Vilar, A. I., & Figueiredo, M. H. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 9-19.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Moreira, M. J. G. (2020). Quem cuida. In *Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadismo* (pp. 41-44). Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Mingote, C., Corte, A., Marques, E., & Mendes, R. (2021). Estratégias de Coping de cuidadores informais de idosos dependentes. *Egitania Scientia*, 91-107.
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, H., & Cardoso, M. (2019). Os sistemas de informação em enfermagem e os indicadores de qualidade: contributos e desafios para a prática clínica. *CIAIQ2019*, 1, 965-970.
- Pinheiro, A. B., de Almeida, F. É. R., do Nascimento, K. P., & de Oliveira Ferreira, P. J. (2019). Registro da assistência de enfermagem: visão dos gestores de enfermagem de duas unidades hospitalares do sertão central cearense. *Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)*, 4 (1).
- Pereira, HA, Cavalcante, CE, & da Silva Albuquerque, R. (2020). Coping: Um estudo sobre o estresse e suas estratégias de enfrentamento em uma multinacional em João Pessoa/PB. *Qualitas Revista Eletrônica*, 19 (2), 52-71.
- Porreca, W. (2019). Relação conjugal: Desafios e possibilidades do “nós”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35nspe7.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ramos, F. S. (2020). O prolongamento da coabitação entre pais e filhos: diferenciação de self e transmissão intergeracional,
- Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. 2ª Edição. Edições Afrontamento. ISBN:972-36-0413-2

- Rowan Arundel & Richard Ronald (2016) Co-residência parental, vida compartilhada e idade adulta emergente na Europa: habitação semi-dependente em contextos de regime de bem-estar social e sistema de habitação, *Journal of Youth Studies*, 19:7, 885- 905, DOI:10.1080/13676261.2015.1112884 Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Rosa, C. D. S. R., Carvalho, A. G. F., & Barja, P. R. (2022). Soft skills: desenvolvimento das competências do enfermeiro na atualidade. *Revista Univap*, 28(57).
- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 16 de julho de 2018, páginas 19354 - 19359. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Regulamento nº 428/2018 do Ministério da saúde (2018). Diário da República: 2ª Série, n.º 135 <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 140/2019, Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: 2ª Série nº 26 Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ribeiro, D., Figueiredo, M. H. (2023). Entrevista Motivacional. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 459-462). Lidel.
- Ribeiro, D., Figueiredo, M. H. (2023). Técnicas de Intervenção Interacionais: Reenquadramento. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 436-437). Lidel.
- Wright, L., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias. guia para a avaliação e intervenção na família*. 5.ª edição. São Paulo: Roca.
- Serviço Nacional de Saúde (2023). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Sanches, RDCN, Teston, EF, de Freitas Góes, HL, & Marcon, SS (2018). O cuidado cotidiano na perspectiva do idoso independente e de seus familiares próximos. *Avances en Enfermería*, 36 (1).
- Serra, D. M. P., Costa, I. A., Godinho, S. F. F., Henriques, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 317-337. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>
- Schwartz, Y., & Ayalon, L. (2015). The experiences of older mothers following the return of an adult child home. *Journal of aging studies*, 33, 47–57. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.03.002>
- Silva, C. F. S. D. (2019). Relacionamento intergeracional entre idosos e adultos jovens da mesma família: caracterização e repercussões.
- Silva, V. A., Mota, R. S., Oliveira, L. S., de Jesus, N., de Carvalho, C. M., & da Silva Magalhães, L. G. (2019). Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. *Enfermagem em Foco*, 10 (3).

- Silvério, I. S. D. C. (2016). A influência da pressão económica na qualidade de vida familiar em famílias com filhos jovens adultos (Doctoral dissertation)
- Silva, J. P., Crepaldi, M. A., & da Silva Bousfield, A. B. (2021). Representações sociais e doenças crônicas no contexto familiar: revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(2), 125-140. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i2.964>
- Sousa Azevedo Aguiar, A. C., de Oliva Menezes, T. M., & de Camargo, C. L. (2018). Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. *Avances en Enfermería*, 36(3), 292-301.
- Tosi, M., & Grundy, E. (2018). Returns home by children and changes in parents' well-being in Europe. *Social science & medicine* (1982), 200, 99–106. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.016>
- Unidade de Saúde Familiar (2022). Regulamento Interno.
- Vieira, R. R. (2018). Reflexões multidisciplinares em serviço e sua influência na prática do médico da atenção básica: contribuições da educação permanente em saúde.
- Ximenes Neto, F. R. G., Lopes Neto, D., Cunha, I. C. K. O., Ribeiro, M. A., Freire, N. P., Kalinowski, C. E., ... & Albuquerque, I. M. A. N. (2019). Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 37-46.

ANEXOS

ANEXO I

Autenticação

Processo Familiar

RSE AI

31 Marcac. Notas Alergias Vigil. Proc. Clt. Vacinas RSE AP Ajuda Gravar. Sair

Morada

Telefone

Nome	Dta. Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
	11-09-1970	53 anos	PRIMEIRO TITULAR			60	10	151
	30-05-1997	26 anos	PRIMEIRO FILHO			18	8	53
	16-01-2000	24 anos	SEGUNDO FILHO			15	4	37

Habitação

Graffar

C.Duvall

Tipo de Família

Risco Familiar Garcia-Gonzalez

Risco Familiar Segovia Dreyer

Data de registo

30-01-2023

Tipo de alojamento

Alojamento móvel

Apartamento

Barraca/casebre

Desconhecido

Hotel/pensão

Instituição

Moradia

Outro

Quarto/parte de casa

Sem alojamento

Salubridade da zona residencial

Desconhecida

Insalubre

Salubre

Regime de ocupação

Arrendada

Cedida

Desconhecido

Outro

Própria

Tipologia

Desconhecido

Não aplicável

T0

T1

T2

T3 ou mais

Estado geral de conservação

Bom

Desconhecido

Mau

Razoável

Conforto

Bom

Desconhecido

Mau

Razoável

Mobiliário e equipamento básico

Desconhecido

Insuficiente

Suficiente

Casa de banho

Desconhecida

Fora do alojamento

Inexistente

No alojamento

Aquecimento

Central

Desconhecido

Local

Nenhum

Higiene

Boa

Desconhecida

Má

Razoável

Electricidade

Desconhecido

Não

Sim

Barreiras arquitectónicas

Desconhecido

Não

Sim

Água

Desconhecido

Não

Sim

Distribuição

Desconhecido

Fontenário a + de 100m de casa

Fontenário a - de 100m de casa

Fora do alojamento

No alojamento

Origem

Desconhecida

Particular

Rede pública

No interior

No exterior

Autenticação

Processo Familiar

RSE AI

31 Marcac. Notas Alergias Vigil. Proc. Clt. Vacinas RSE AP Ajuda Gravar. Sair

Morada

Telefone

Nome	Dta. Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
	11-09-1970	53 anos	PRIMEIRO TITULAR			60	10	151
	30-05-1997	26 anos	PRIMEIRO FILHO			18	8	53
	16-01-2000	24 anos	SEGUNDO FILHO			15	4	37

Habitação

Graffar

C.Duvall

Tipo de Família

Risco Familiar Garcia-Gonzalez

Risco Familiar Segovia Dreyer

Unitária - Só 1 elemento

☒ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos

Alargada - Avós, pais e filhos

Reconstruída - Nova união após reformulação

Nuclear - Casal com ou sem filhos

Outras

Autenticação

Processo Familiar

RSE AI

31
Marcas
Notas
Alergias
Vigil.
Proc. Cli.
Vacinas
RSE AP
Ajuda
Gravar
Sair

Morada

Telefone

	Nome	Dta. Nasc.	Idade	Parentesco	Médico Família	Enfermeiro Família	Nº	Ano Ant.	Rest.
☐		11-09-1970	53 anos	PRIMEIRO TITULAR			60	10	151
☐		30-05-1997	26 anos	PRIMEIRO FILHO			18	8	53
☐		16-01-2000	24 anos	SEGUNDO FILHO			15	4	37
☐									
☐									
☐									
☐									

Habitação
Graffar
C Duvall
Tipo de Família
Risco Familiar Garcia-Gonzalez
Risco Familiar Segovia Dreyer

☐ I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
☐ II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
☐ IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
☐ V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
☒ VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saiem de casa - "launching family")
☐ VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
☐ VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Autenticação
Avaliação Inicial

Impres. Gravar Sair

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome : Idade : 53 Anos N° Utente : N° Processo :

ITEMS A AVALIAR

- ☒ Utente
 - ☒ TRIAGEM COVID-19
 - ☒ UTILIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE
 - ☒ DADOS GERAIS
 - ☒ APOIO SOCIAL
 - ☒ ANTECEDENTES PESSOAIS
 - ☒ SITUAÇÃO PROFISSIONAL
 - ☒ SAÚDE DA MULHER
 - ☒ SITUAÇÕES ESPECIAIS
 - ☒ PRESTADOR CUIDADOS
 - ☒ SAÚDE INFANTIL
 - ☒ OUTROS
 - ☒ TEGUMENTOS
 - ☒ SAÚDE JUVENIL
 - ☒ APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO
 - ☒ AJUDANTE DE SAÚDE

Registado por Data Hora

POR PROGRAMA

Serviço N° Contacto 8219843 Processo Familiar Copia

Autenticação
Programas de Saúde / Projetos

Gravar Sair

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: Idade: 53 Anos N° Utente: N° Processo: 3751001

Programas de Saúde **Projetos**

Ativos Total

Programas	Início	Termo	Associar
Saúde do Adulto	19-09-2008 14:50		☒
P.N.D.C.C. Risco - Cardiovascular	16-04-2013 13:36		☒
P.N.S.R. e Planeamento Familiar	08-02-2007 15:38		☒
P.N.D.O. Rastreio do cancro do colo do útero	05-03-2009 14:07		☒
P.N. Promoção da Alimentação Saudável	29-10-2014 12:02		☒
P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão	06-06-2019 13:10		☒
Saúde da Família	15-02-2023 15:16		☒
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐

Resp. Início: Resp. Termo: Standard Termo

Observações

ANEXO II

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – PERCEÇÃO DOS MEMBROS					
Apgar Familiar De Smilkstein					
APGAR		Quase sempre (2 pts)	Algumas vezes (1 pt)	Quase nunca (0 pts)	
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.					
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.					
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.					
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.					
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.					
TOTAL:					
7 a 10 Família altamente funcional		4 a 6 Família com moderada disfunção		0 a 3 Família com disfunção acentuada	
Resultado	Membros da família				
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Família altamente funcional					
Família com moderada disfunção					
Família com disfunção acentuada					

ANEXO III

DADOS AVALIATIVOS DA COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA						
FACES II						
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)						
N.º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Veze (3)	Muitas Veze (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					

12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.					
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos, feita por cada um de nós.					

28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Coesão familiar																	
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazeres		Score
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	7	13	21	15	30	
Adaptabilidade familiar																	
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Score	Score total	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)			
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24			

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família (Coesão+Adaptabilidade)/2	
8	80 74	Muito ligada	8	70 65	Muito flexível	8	Equilibrada
7	73 71		7	65 55		7	
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Intermédia
3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida	2	Extrema
1	34 15		1	29 15		1	

ANEXO IV

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↓ 9	4 ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ____/____/____
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↓ 13	8 ↓ 10	4 ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ____/____/____
3	- Pequ. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau 1) - Médios agricultores - Sargentos e equipados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↓ 17	11 ↓ 13	7 ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ____/____/____
4	- Pequ. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau 4) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↓ 21	14 ↓ 16	10 ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ____/____/____
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabituação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↓ 25	17 ↓ 20	13 ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA ____/____/____

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n° 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Critérios relativos ao Tipo de Habitação
(eliminar o que não se adequa)

Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além da essencial (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com dumótica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

Grau 2 - – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos) + Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/eletricidade + escassa ventilação + luz natural

Grau 5- + Barraca Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exíguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/eletricidade + sem ventilação + sem luz natural