



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área
da Enfermagem de Saúde Familiar

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR EM FAMÍLIAS
NUCLEARES COM MEMBROS IDOSOS –
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

FAMILY ASSESSMENT AND INTERVENTION IN
NUCLEAR FAMILIES WITH ELDERLY MEMBERS -
CLINICAL SKILLS DEVELOPMENT IN COMMUNITY
NURSING WITHIN THE SCOPE OF FAMILY HEALTH
NURSING

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Nélia Sofia Mota Silva

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

na área da Enfermagem de Saúde Familiar

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR EM
FAMÍLIAS NUCLEARES COM MEMBROS
IDOSOS – DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

FAMILY ASSESSMENT AND INTERVENTION
IN NUCLEAR FAMILIES WITH ELDERLY
MEMBERS - CLINICAL SKILLS
DEVELOPMENT IN COMMUNITY NURSING
WITHIN THE SCOPE OF FAMILY HEALTH
NURSING

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Maria José
Peixoto e coorientado pela Professora
Doutora Maria Rui Sousa.

Porto, 2025

“É preciso humildade para representar a complexa experiência da vida.”

Papa Francisco

Dedico este trabalho às famílias que acompanhei e que me ensinaram tanto.

AGRADECIMENTO

Agradeço em primeiro lugar a Deus, porque se não fosse Ele eu não tinha conseguido.

Aos meus filhos e aos meus pais, porque a geração que me precede me define e a geração que me sucede me transforma.

Ao meu marido, o rapaz por quem me apaixono a cada dia, que alinha nas aventuras e com quem comecei uma família.

Aos colegas do curso e do serviço, pela empatia, entreaajuda, alegrias e sofrimentos, que quando são partilhados ganham uma dimensão especial.

Às professoras orientadora e coorientadora, Maria José e Maria Rui, pela paciência, rigor, motivação, colaboração, disponibilidade, compreensão e capacidade de transmitir ensinamentos e confiança.

À professora Henriqueta, pela irreverência e exemplo, por ter sido um porto seguro, flexível e dinâmico, de inteligência singular e coração sem limites.

RESUMO

O presente relatório descreve o percurso experienciado no âmbito das Unidades Curriculares “Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e II”, integradas no Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O objetivo principal consistiu na prestação de cuidados a famílias nucleares com membros muito idosos, bem como aos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção. Paralelamente, procurou-se fomentar a liderança e a colaboração em processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

A família é um sistema constituído por pessoas que desenvolvem entre si interações particulares, que lhe conferem singularidade. O processo de envelhecimento representa um desafio significativo para as famílias, exigindo adaptações nos padrões de comportamento, aquisição de conhecimentos, de competências e transformação das relações familiares. Neste contexto, foram desenvolvidos cuidados de enfermagem, com base no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, que tem como referenciais, entre outros, o Modelo Calgary de Avaliação Familiar e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar. Complementarmente foram também utilizados o Modelo de Cuidar Baseado nas Forças e a Teoria das Transições.

Neste sentido, foram realizadas consultas em contexto domiciliário junto de seis famílias nucleares com membros muito idosos, sendo também prestados cuidados aos seus membros. As áreas de atenção que se destacaram foram a Prevenção de Segurança, Processo familiar e Papel de Prestador de Cuidados, tendo sido identificados diagnósticos de enfermagem e implementadas intervenções dirigidas a cada uma das dimensões. As intervenções passaram por aplicação de técnicas de intervenção específicas e transversais como o reenquadramento, a conotação positiva, rituais terapêuticos, abordagens voltadas para a solução ou a escultura, tendo resultado em ganhos em saúde para as famílias. Quanto aos cuidados prestados aos membros das famílias, estes tiveram por base a Teoria das transições de Afaf Meleis. Foram mobilizados, articulados e geridos recursos das famílias e da comunidade para assegurar a qualidade dos cuidados prestados. Foi dinamizada a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, através da sensibilização da equipa de enfermagem sobre as áreas de atenção da Enfermagem de Saúde Familiar e a importância dos registos. Estes processos foram executados através de implementação de uma sessão formativa com estudo de caso, aplicação de conhecimentos baseados em evidência científica e de uma prática crítico-reflexiva e colaborativa, voltada para a melhoria contínua dos cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar, Envelhecimento, Família

ABSTRACT

This report describes the experience developed within the scope of the curricular units “Professional Internship with Report – Module I and II,” integrated in the master’s degree in Community Nursing, in the area of Family Health Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. The main objective was to provide care for nuclear families with very elderly members, as well as to their individual members throughout the life cycle and across different levels of prevention. Simultaneously, the internship aimed to promote leadership and collaboration in intervention processes within the scope of Family Health Nursing.

The family is a system composed of individuals who establish particular interactions that confer uniqueness to the unit. The ageing process represents a significant challenge for families, requiring adjustments in behavior patterns, acquisition of knowledge and skills, and transformation of family relationships. In this context, nursing care was developed based on the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, which draws, among others, on the Calgary Family Assessment Model and the Calgary Family Intervention Model. Additionally, the Strengths-Based Nursing Care Model and the Theory of Transitions were also applied.

Home visits were conducted with six nuclear families with very elderly members, and care was also provided for their individual members. Key areas of focus included Safety Precaution, Family Process, and Caregiver Role. Nursing diagnoses were identified, and interventions were implemented targeting each of these dimensions. The interventions involved the application of specific and cross-cutting intervention techniques such as reframing, positive connotation, therapeutic rituals, solution-focused approaches, and sculpting, resulting in health gains for the families.

The care provided to family members was based on Afaf Meleis’s Theory of Transitions. Family and community resources were mobilized, articulated, and managed to ensure the quality of care provided. Leadership and collaboration were promoted in intervention processes in Family Health Nursing through the sensitization of the nursing team regarding the areas of focus in Family Health Nursing and the importance of accurate documentation. These processes were carried out through the implementation of a training session with a case study, the application of evidence-based knowledge, and a critically reflective and collaborative practice aimed at the continuous improvement of care in Family Health Nursing.

Keywords: Family Health Nursing, Aging, Family

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS e ACRÓNIMOS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

BiCSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECL – Equipa Coordenadora Local

EECESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar

ELI – Equipa Local de Intervenção

EPVA – Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

EU – União Europeia

FACES II - *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II*

HTA – Hipertensão Arterial

IDE – Índice de Desempenho da Equipa

IPFCC - *Institute for Patient and Family-Centered Care*

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MiMuf - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAUF – Plano de Ação da Unidade Funcional

RNU – Registo Nacional de Utentes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

1. INTRODUÇÃO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	17
2.1. Caracterização da Unidade de Saúde Familiar	18
2.1.1. Caracterização do ficheiro de famílias do enfermeiro cooperante	23
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	28
3.1. A Enfermagem de Saúde Familiar e a Família	28
3.2. O Processo de envelhecimento: riscos para a saúde	33
4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	40
4.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados e a cada um dos seus membros	41
4.1.1. Modelos e recursos utilizados	42
4.1.2. Avaliação e Intervenção em Famílias Nucleares com Membros Idosos: Dados, Diagnósticos, Intervenções e Resultados	52
4.1.2.1. Família Boavista	55
4.1.2.2. Família Nobre	72
4.1.2.3. Família Toulouse	78
4.1.2.4. Família Porfírio	88
4.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	94
5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	102
5.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	102
5.2. Melhoria contínua da qualidade	103
5.3. Gestão dos cuidados	103
5.4. Desenvolvimento de aprendizagens profissionais	104

5.5. Cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	104
5.6. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	108
6. CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	121

Anexo I: Prestação de cuidados às famílias Migueis e Miradouro

Anexo II: Fotos do mural da família Boavista

Anexo III: Apgar Familiar de *Smilkstein* da família Toulouse

Anexo IV: Questionário de avaliação das necessidades formativas em ESF

Anexo V: Plano de Sessão Formativa

Anexo VI: Apresentação da Sessão Formativa

Anexo VII: Questionário de avaliação da sessão formativa

Anexo VIII: Certificados de formação

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 – Programas de Saúde ativos em consultas de Enfermagem na USF em junho 2024.....	21
Quadro 2 – Caracterização das forças e da classe social das famílias.....	53

ÍNDICE de GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2011 e 2021	22
Gráfico 2 - Pirâmide etária da USF	23
Gráfico 3 - Pirâmide etária da lista de utentes da enfermeira cooperante	24
Gráfico 4 - Tipos de Família	25
Gráfico 5 - Etapa do Ciclo Vital das Famílias Nucleares de Relvas (2000)	26
Gráfico 6 - Perceção do enfermeiro em relação à sua capacidade de avaliação e intervenção familiar	98
Gráfico 7 - Perceção do enfermeiro em relação à sua capacidade de avaliação e intervenção em famílias com membros muito idosos	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Boavista.....	55
Figura 2 – Ecomapa Família Boavista	56
Figura 3 – Fotos do mural da família Boavista	68
Figura 4 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Nobre	73
Figura 5 – Ecomapa da Família Nobre	73
Figura 6 – Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Toulouse.....	79
Figura 7 – Ecomapa da Família Toulouse	79
Figura 8 – Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Porfírio.....	88
Figura 9 – Ecomapa Família Porfírio	89

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, lecionado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo de 2024/2025, foi elaborado o presente relatório, que integra a descrição reflexiva do Estágio de Natureza Profissional com relatório – Módulo I e Módulo II e as aprendizagens inerentes aos mesmos no decorrer destas UC's.

A transição dos indivíduos para o envelhecimento acarreta inúmeros desafios para a família e para os seus membros, decorrentes de alterações de papéis e tarefas familiares, re-estruturação de relações, modificações na composição familiar e de padrões inter-relacionais. Por conseguinte, o envelhecimento da população constitui uma realidade crescente que se repercute de forma significativa na estrutura e dinâmica familiar. À medida que o número de pessoas em idade muito avançada aumenta, as famílias enfrentam novos desafios, muitas vezes complexos, que exigem conhecimentos específicos e uma gestão cuidadosa das necessidades biopsicossociais dos seus membros mais idosos (Rodrigues et al., 2018). Neste contexto, os cuidados de enfermagem especializados emergem como uma mais-valia, não apenas na resposta às exigências clínicas associadas ao envelhecimento, mas também no apoio à capacitação das famílias enquanto unidades (Meleis, 2010; Nóbrega et al., 2021). A intervenção do enfermeiro especialista contribui para a promoção da qualidade de vida dos idosos e das famílias, para a prevenção de complicações e para o fortalecimento dos recursos familiares, através de uma abordagem holística, personalizada e centrada na pessoa e na família (Caldeira & Timmins, 2016; Martins & Ribeiro, 2023).

O tema deste projeto relaciona-se com a avaliação e intervenção familiar em famílias nucleares com membros muito idosos, sendo que neste contexto foi utilizada uma das classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS) que categoriza como idosos avançados, ou muito idosos, aqueles que apresentam 80 anos ou mais (Ahmad et al., 2001; European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). A pertinência da temática surgiu da análise e caracterização

da lista de famílias da enfermeira cooperante em estágio, bem como do conhecimento do diagnóstico de situação de saúde do concelho onde decorreu o estágio (Borges et al., 2023) da evolução demográfica e dos indicadores de saúde. Consequentemente, emergiu a necessidade de acompanhar as famílias com membros muito idosos, pelo impacto acrescido que a doença crónica e/ou dependência implica nas famílias e também pelos indicadores nacionais de baixa natalidade e incapacidade de substituição de gerações, pela esperança média de vida a aumentar e o duplo envelhecimento demográfico em progressão.

Para nortear o desenvolvimento deste projeto, foram utilizados alguns pressupostos de várias teorias e modelos de cuidados centrados na família, dos quais se destaca o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), bem como o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (2010), o Modelo Calgary de Intervenção Familiar (Wright & Leahey, 2019) e o Modelo do Cuidar Baseado nas Forças (Gottlieb, 2016). Para a prestação de cuidados aos membros da família recorreu-se à Teoria das Transições (Meleis, 2010).

Pretende-se, neste relatório, descrever reflexivamente o percurso de aprendizagem que contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns e específicas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF). Este processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas de cuidado à família, objetivou-se na prestação de cuidados às famílias e aos seus membros, mas também no desenvolvimento de dinâmicas promotoras da liderança e colaboração em processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) (Regulamento n.º140/2019; Regulamento n.º 428/2018, Ordem dos Enfermeiros).

Os conceitos fundamentais que estão subjacentes prendem-se com o conceito de família e de enfermagem de saúde familiar. No que diz respeito à família, esta define-se como um conjunto de indivíduos que desenvolve entre si, de forma sistemática e organizada, interações particulares que lhe conferem individualidade grupal e autonomia (Relvas, 2000). No que concerne à

Enfermagem de Saúde Familiar é essencial o reconhecimento da complexidade do sistema familiar que “agrega as suas dimensões evolutivas e contextuais, que lhe conferem um percurso identitário que emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação com o ambiente e das características de globalidade, equifinalidade e auto-organização, entre outras definidoras da família enquanto sistema autopoiético coevolutivo” (Figueiredo, 2012, p. 67).

A abordagem do EEECESF, no contexto das famílias com membros idosos, integra as questões relacionadas com o envelhecimento e os seus desafios tanto para a família como para os seus membros, resultantes das mudanças normativas associadas a este processo. Neste estadio do ciclo vital, é comum que a família enfrente alterações nos papéis e nas tarefas que tradicionalmente desempenha, muitas vezes motivadas pela crescente possibilidade de dependência de um dos seus membros mais velhos (Relvas, 2000). Além disso, pode ocorrer uma reestruturação da relação conjugal, provocada pela transformação da composição familiar e pela mudança nos padrões de interação (Carter & McGoldrick, 1995). Do ponto de vista individual, o apoio e o ambiente familiar assumem um papel central nesta etapa da vida dos idosos, podendo influenciar significativamente o seu comportamento e a forma como vivenciam esta transição, contribuindo para que seja mais equilibrada e positiva.

De acordo com Guerra et al. (2021), a família muitas vezes desenvolve sentimentos negativos quanto à necessidade de cuidar dos seus idosos. Por outro lado, os idosos veem a família como um ponto de apoio e suporte fundamental para o acompanhamento do seu processo natural de envelhecimento. Daqui emerge a importância do EEECESF, no papel relevante que este pode desempenhar com o seu contributo na adaptação destas famílias e na mobilização dos seus recursos, para que se encontre o equilíbrio e novos padrões de funcionamento que permitam ultrapassar as situações de crise (Peixoto & Machado, 2016).

Por forma a desenvolver cuidados baseados nas melhores evidências científicas, recorreu-se à pesquisa de artigos em bases de dados indexadas

(SCOPUS, PubMed e CINAHL) e a livros no que diz respeito à Enfermagem de Saúde Familiar.

O presente documento encontra-se estruturado da seguinte forma: para além desta introdução, segue-se a caracterização do contexto clínico, da unidade funcional, da população inscrita e a lista de famílias da enfermeira cooperante. De seguida inclui-se o enquadramento teórico sobre o envelhecimento, as famílias e a Enfermagem de Saúde Familiar. Posteriormente apresenta-se a descrição das atividades da componente clínica onde se desenvolve detalhadamente a prestação de cuidados às 6 famílias e seus elementos, bem como a liderança e colaboração em processos de intervenção no âmbito da ESF. Apresenta-se ainda os contributos para o desenvolvimento de competências, e por último encontra-se a conclusão, referências bibliográficas e os anexos.

O estágio e o seu relatório foram sendo desenvolvidos no decorrer do tempo, numa perspetiva de aprendizagem reflexiva de avaliação e intervenção dinâmicas ao longo de todo o processo.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal são a base do Sistema Nacional de Saúde (SNS), oferecendo serviços essenciais e contínuos à população. A sua estrutura visa proporcionar cuidados acessíveis, integrais e próximos da comunidade. A organização dos CSP está centrada nos centros de saúde, que são as unidades básicas que prestam cuidados de saúde primários, que estão distribuídos por todo o país e são responsáveis por um conjunto diversificado de serviços. Estas unidades funcionais dos agrupamentos de centros de saúde integram: Unidades de Saúde Familiar (USF) com equipas multiprofissionais que incluem médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos; Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), que prestam cuidados de saúde e apoio social de proximidade, particularmente a grupos vulneráveis e com necessidades especiais; Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que prestam apoio às unidades do centro de saúde, com serviços de psicologia, nutrição, podologia, saúde oral; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que são unidades responsáveis por prestar cuidados de saúde primários personalizados à população, garantindo acessibilidade, continuidade e globalidade nos cuidados e ainda as Unidades de Saúde Pública (USP) que se focam na promoção da saúde e na prevenção da doença, monitorizando e intervindo em problemas de saúde pública (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

As USF representam um modelo atual e eficiente de prestação de cuidados de saúde primários, que se caracteriza pela autonomia de gestão. Assim, este modelo apresenta uma maior autonomia em termos de organização interna, gestão de recursos e decisão clínica. Caracteriza-se ainda pelo trabalho em equipa e pela contratualização de objetivos, que desenham contratos de gestão com metas de desempenho, incentivando a melhoria contínua e a eficiência (Decreto-Lei n.º 103/2023, 2023).

No último ano foram implementadas em todo o país as Unidades Locais de Saúde (ULS) como entidades que integram os cuidados de saúde primários e hospitalares, numa mesma estrutura organizacional. O objetivo das ULS é

promover a continuidade e a coordenação dos cuidados de saúde, evitando a fragmentação dos serviços e melhorando a eficiência do sistema de saúde (Decreto-Lei n.º 103/2023, 2023).

Neste enquadramento os EEECESF devem exercer a sua formação específica e atividade nestes contextos clínicos de USF onde podem colocar em prática e aperfeiçoar as competências aprovadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 367/2015 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015; Ministério da Saúde, 2017; Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

2.1. Caracterização da Unidade de Saúde Familiar

A USF onde decorreu o estágio abrange uma área geográfica de influência de várias freguesias dentro de um concelho do norte do país, numa região litoral urbana. Está sediada num edifício construído de raiz para ser uma instituição de saúde, inaugurado em maio de 2005, localizado num centro urbano, com bons acessos rodoviários e de transportes públicos. Integra o funcionamento de diferentes unidades funcionais do CCSP concretamente: três USF, uma URAP constituída por vários grupos profissionais: nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, cardiopneumologistas, podologistas, médicos (um dentista, um pediatra e um pneumologista), assistentes técnicos, uma UCC e uma unidade de apoio à gestão. Para além destas unidades, integram igualmente o CCSP: o Gabinete do Cidadão, a Equipa Coordenadora Local (ECL), a Equipa Local de Intervenção (ELI), o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), a Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), dois Gabinetes de Saúde Oral, um polo de colheita de análises em parceria com o Centro Hospitalar da ULS de referência e uma unidade de Convenção Privada.

Quanto aos recursos físicos da USF onde decorreu o estágio, a unidade fica localizada no primeiro piso do edifício, existem elevadores que facilitam a acessibilidade e onde funcionam treze gabinetes de consulta, dois gabinetes de tratamento, uma sala de reuniões, uma sala de espera, um *front-office* de

atendimento, um *back-office* e duas casas de banho sendo uma para utentes e outra para profissionais.

Os recursos humanos incluem uma equipa multiprofissional de oito médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, oito enfermeiros dos quais quatro são especialistas (dois em enfermagem comunitária, um em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e um em enfermagem de saúde materna e obstétrica), seis secretários clínicos, cinco médicos internos e dois assistentes operacionais.

A carteira básica de serviços da USF, de acordo com o Regulamento Interno e a Carta de Qualidade da mesma, integra a execução dos seguintes programas de saúde: Programa de Saúde Infantil e Juvenil, desenvolvido para o recém-nascido, criança e adolescente/jovem, promovendo uma vigilância de saúde adequada, cumprindo as orientações técnicas emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS); Programa de Planeamento Familiar, proporcionando cuidados de saúde preventivos aos indivíduos em idade fértil, sendo prestados cuidados antecipatórios visando a promoção da saúde no âmbito da saúde reprodutiva; Programa de Saúde Materna, sendo planeados os cuidados de saúde necessários à vigilância de uma gravidez saudável, assegurando ainda a consulta de puerpério e a continuidade de cuidados; Programa de Prevenção Oncológica, este programa dá prioridade à prevenção primária, e à prevenção secundária através dos rastreios atualmente implementados em Portugal (mama, colo do útero e cólon-retal) para deteção precoce de lesões pré-malignas ou neoplasias em estádios iniciais; Programa de Vigilância de pessoas com Diabetes Mellitus, este programa permite a execução de um conjunto de técnicas e atitudes dirigidas ao indivíduo com diabetes e à sua família, baseadas em orientações técnicas atuais, através de uma abordagem multidisciplinar; Programa de Vigilância de pessoas com Hipertensão Arterial (HTA), promovendo a vigilância e acompanhamento das pessoas com esta patologia, investindo no melhor controlo da pressão arterial, e fazendo uma abordagem integrada dos fatores de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular, para além da HTA, como o tabagismo, a dislipidemia, a diabetes, obesidade, abuso do álcool, o sedentarismo e o stresse; Programa de Saúde do Idoso, que pretende garantir um acompanhamento da pessoa idosa, considerando as suas

particularidades e complexidades, implicando a gestão das suas comorbilidades, gestão terapêutica, prevenção de incidentes como quedas ou úlceras e acompanhamento do cuidador informal (quando exista); Programa de Vacinação, centrado na prevenção primária de doenças com elevado impacto na morbimortalidade, envolvendo o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação e aconselhamento de vacinas extra-plano quando estas estão indicadas e de acordo com as recomendações e evidências científicas atualizadas; Programa de Cuidados em Situações de Doença Aguda, que tem como objetivo garantir o acesso a cuidados de saúde em situações de doença aguda ou agudização de doença crónica e o Programa de Visitação Domiciliária, onde os cuidados no domicílio são uma área de intervenção das equipas de saúde para garantir o acompanhamento de pessoas em situação de dependência com impossibilidade de deslocação à USF.

O método de trabalho utilizado é o de lista de utentes por médico e enfermeiro de família, em que o mesmo ficheiro de famílias é atribuído a um médico e a um enfermeiro de família.

A USF tem delineados para o ano de 2024, de acordo com o seu Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF), os seguintes planos de melhoria: na qualidade dos registos na consulta de saúde materna, no acompanhamento de utentes com patologia respiratória, particularmente asmáticos e ainda no acesso à consulta aberta. O PAUF da USF tem como objetivo a melhoria dos resultados esperados em Índice de Desempenho da Equipa (IDE) e dos seus indicadores. Estes indicadores de saúde são determinados a nível nacional e permitem às equipas a sua monitorização e em simultâneo incentiva-as a melhorar o seu desempenho.

Conforme informação presente no Quadro 1, que se refere aos programas de saúde mais vezes ativos nas consultas de enfermagem e codificados na USF, verificamos que o programa de “Saúde Idoso” é o 2º com maior número de contactos, nas consultas de enfermagem durante o primeiro semestre de 2024.

Quadro 1 – Programas de Saúde ativos em consultas de Enfermagem na USF em junho 2024

Programa de Saúde - Enfermagem	Métrica N° Contactos de Enfermagem em Programa de Saúde
Saúde do Adulto	4.148
Saúde Idoso	3.163
Tratamento Feridas / Úlceras	2.748
Grupo de Risco: Hipertensão	2.719
Saúde Infantil	1.747
Grupo de Risco: Diabetes	1.627
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	1.392
Rastreio do cancro do colo do útero	972
Dependentes	530
Saúde Materna	462
Grupo de risco - Cardiovascular	309
Programa Nacional de Combate à Obesidade	290
RASTREIO DO CANCRO DO CÔLON E RECTO	258
Intervenções Breves em fumadores	254
Puerpério	243
Saúde Juvenil	224
Saúde Mental e Psiquiatria	43
Preparação Psicoprofilática Para o Parto	29
Grupo de Risco : DPOC	22
Programa Nacional de Cuidados Paliativos	18
Ostomizados	15
ADR Comunidade	14
Podologia	11
Saúde da Família	10
Hipocoagulados	10
COVID-19 (Temporário)	9
Reabilitação	6
Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose	2
Domicilio	2
P.N.S.E.: Inclusão Escolar	2
Saúde da Comunidade	1
P.N.S.E.: Estilos de Vida	1
Programa de Cuidados Continuados	1
Total	21.282

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2020-2030, a caracterização demográfica da população em Portugal mostra alguns indicadores relevantes, nomeadamente: um decréscimo populacional, uma continuidade do padrão de litoralização, a baixa natalidade e incapacidade de substituição de gerações, a diminuição da mortalidade infantil, o aumento da esperança média de vida, o aumento da população estrangeira residente e considera ainda o duplo envelhecimento demográfico em progressão, como podemos observar na pirâmide etária representada no Gráfico 1 (Instituto Nacional de Estatística, 2022), onde se destaca o estreitamento da base e alargamento do topo que refletem este envelhecimento populacional nacional.

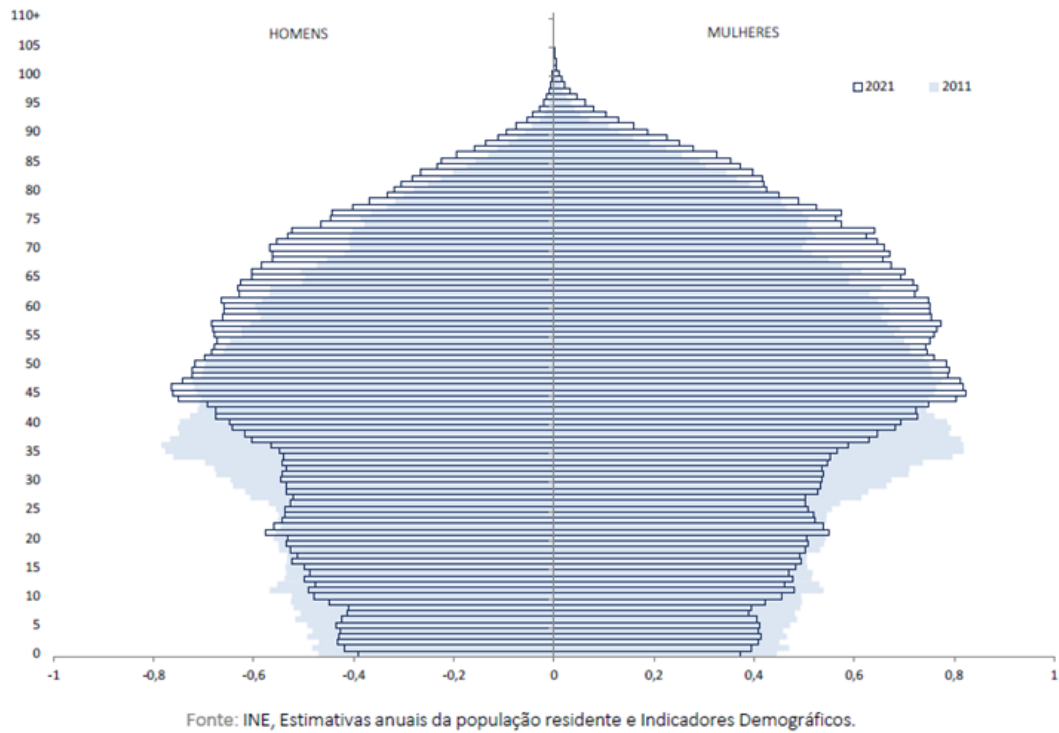


Gráfico 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2011 e 2021

Em resultado desta tendência, o índice de envelhecimento aumentou de 128,0 para 181,3 idosos por cada 100 jovens, entre 2011 e 2021, a nível nacional (Instituto Nacional de Estatística, 2022; Borges et al., 2023).

Na USF onde decorreu o estágio observa-se a mesma tendência demográfica que se verifica no país, sendo sobreponível a pirâmide etária, conforme podemos verificar no Gráfico 2.

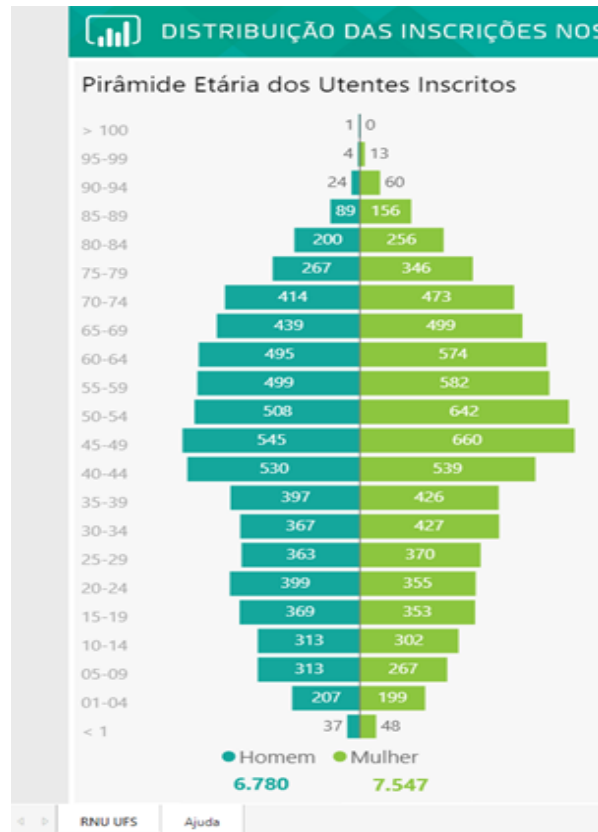


Gráfico 2 - Pirâmide etária da USF

O estreitamento observado na base da pirâmide etária traduz a redução do número de jovens, como resultado da baixa natalidade. O alargamento no topo da pirâmide etária corresponde ao acréscimo da proporção de pessoas idosas, em consequência do aumento da esperança média de vida (Moreira, 2020).

2.1.1. Caracterização do ficheiro de famílias do enfermeiro cooperante

Na lista de famílias da enfermeira cooperante a tendência de envelhecimento também se pode verificar conforme a pirâmide etária do Gráfico 3. Nesta pirâmide etária verificamos a existência de uma percentagem de idosos de 42,4%, que é superior aos valores nacionais de 37,4% (BiCSP, setembro 2024).

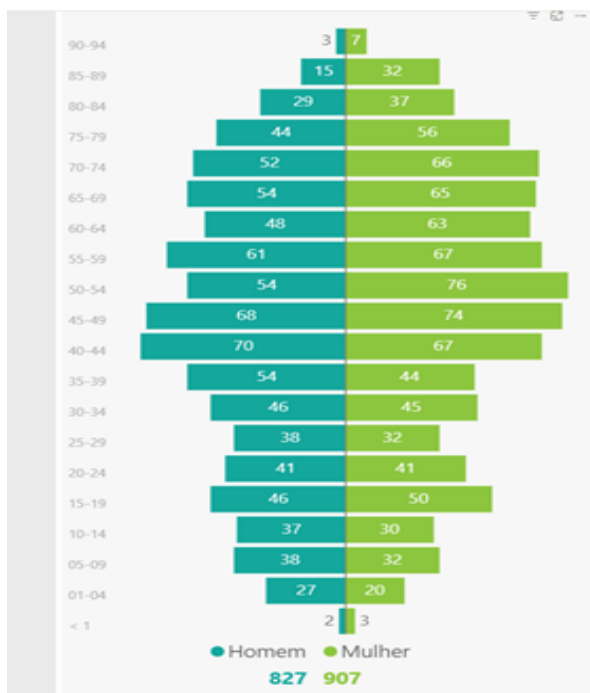


Gráfico 3 - Pirâmide etária da lista de utentes da enfermeira cooperante

O número total de famílias é de 709 (dados de setembro de 2024 disponíveis na plataforma MiMuf – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais), o que ultrapassa em muito o recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Segundo a OE, cada Enfermeiro de Família deverá ter, em média, 350 famílias de uma determinada área geodemográfica indo desta forma ao encontro de orientações emanadas pela OMS. Na realidade, a dotação segura é um dos elementos fundamentais para permitir a qualidade dos cuidados à população e em concreto às famílias. Quando o enfermeiro de família tem a seu cargo o dobro de famílias daquilo que é preconizado a nível internacional, isto deve alertar para as consequências desta dotação não segura que emerge como uma necessidade urgente, já que as famílias têm direito a terem os cuidados necessários e por sua vez, os enfermeiros devem ter condições para poderem prestar os melhores cuidados (Ferreira et al., 2022).

No âmbito da UC - Estágio de Natureza Profissional com relatório – Módulo I, foi efetuada uma análise à lista de famílias da enfermeira cooperante, nomeadamente à sua pirâmide etária e características. Esta análise foi levada a cabo através das plataformas disponíveis: Registo Nacional de Utentes (RNU),

MimUF e BiCSP e também foram realizadas consultas a uma amostra acidental de cerca de 60 famílias com consulta de enfermagem na USF ou no domicílio. Estes contactos com as 60 famílias foram realizados no contexto do estágio de forma presencial e/ou telefonicamente.

Nesta amostra acidental de 60 famílias identificaram-se 59% de famílias nucleares, 15% de famílias alargadas, 10% monoparentais e 10% unipessoais, conforme representado no Gráfico 4.

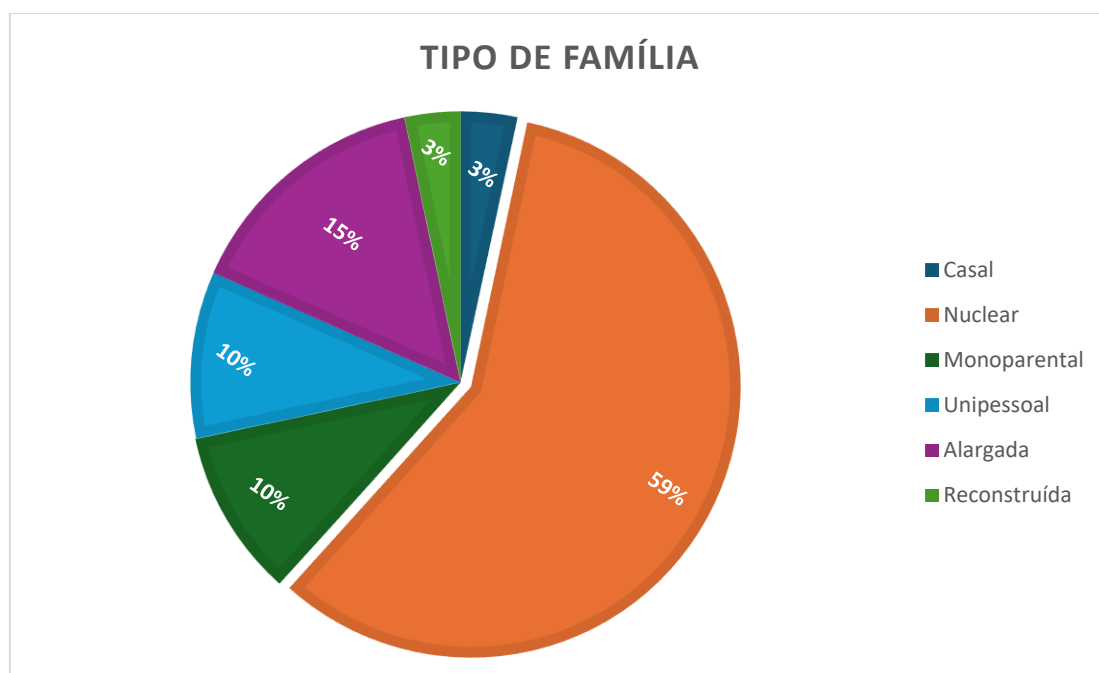


Gráfico 4– Tipos de Família

No que se refere às famílias nucleares verificamos que 83% são famílias na fase de ciclo vital de Relvas (2000) de Família com filhos adultos como podemos observar no Gráfico 5. Nesta amostra, identificaram-se 8% de famílias com filhos adolescentes, 6% de famílias com filhos em idade escolar e apenas 3% de famílias com filhos pequenos. Estas baixas percentagens na nossa amostra vieram de encontro às características encontradas na pirâmide etária envelhecida deste ficheiro de famílias em estudo.

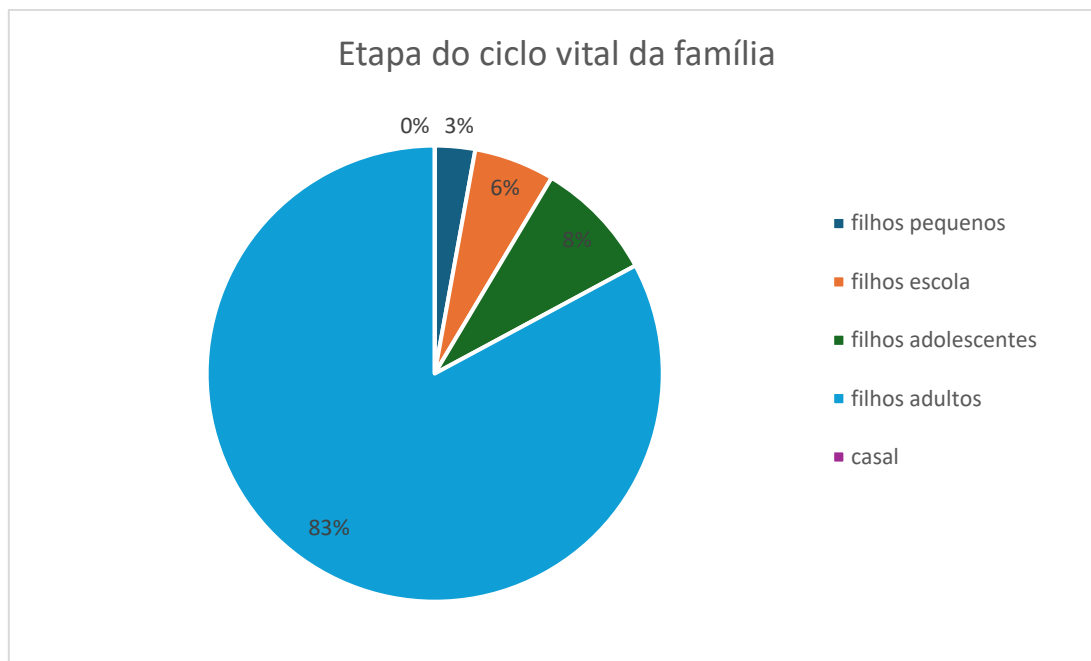


Gráfico 5– Etapa do Ciclo Vital das Famílias Nucleares de Relvas (2000)

Desta análise emergiu uma população de famílias com membros envelhecidos, onde a maioria das famílias estão na etapa de ciclo vital designada por família com filhos adultos (Relvas, 2000).

Optou-se por avaliar e intervir em famílias nucleares em que pelo menos um dos seus membros tenha 80 anos ou mais, uma vez que é constante e consistente o aumento da população idosa, que cada vez mais atinge, idades mais elevadas (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Justifica-se ainda porque o envelhecimento populacional e em particular o aumento das pessoas com mais de 80 anos em Portugal, acarreta mudanças na estrutura e também no funcionamento das famílias, aumentando a proporção de famílias que vivem com pessoas idosas (Moreira, 2020).

Neste contexto, optou-se por ter como critérios de inclusão que pelo menos um membro da família tenha 80 ou mais anos e que residam na freguesia onde decorre o estágio. Este critério de inclusão em particular, foi estabelecido para possibilitar a realização de visitas domiciliárias tão relevantes no contexto da prestação de cuidados aos indivíduos idosos e suas famílias, seja por exemplo, pela identificação de fatores de risco de queda e/ou pela identificação de barreiras arquitetónicas que o edifício residencial possa apresentar (Imaginário,

2004). Estas famílias apresentam-se, portanto, como unidades em que à medida que o envelhecimento avança, requerem intervenção especializada para uma melhor e mais saudável adaptação às mudanças identificadas (Souza et al., 2015).

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo refere-se à apresentação dos fundamentos teóricos que sustentam uma prática baseada na evidência. Neste enquadramento procura-se explorar o conhecimento existente sobre Enfermagem de Saúde Familiar, família e envelhecimento, proporcionando um suporte teórico que permita compreender as forças e também as necessidades específicas destas famílias.

A Enfermagem de Saúde Familiar tem-se mostrado uma abordagem inovadora e fundamental na promoção da saúde e bem-estar de indivíduos e famílias e, neste caso em concreto, realça-se especialmente o seu papel nos contextos relacionados com o envelhecimento populacional. O aumento da esperança média de vida e a crescente complexidade das condições de saúde dos idosos exige um olhar cuidadoso sobre as interações familiares e os papéis que as famílias desempenham enquanto cliente de cuidados e apoio à saúde.

3.1. A Enfermagem de Saúde Familiar e a Família

A prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde familiar configura-se como um desafio no desenvolvimento de competências específicas relacionadas com as necessidades próprias da família enquanto cliente de cuidados. O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar assume especial relevo e importância na medida em que permite acompanhar as famílias nas suas necessidades e tarefas, promovendo transições mais saudáveis e conduzindo a um sentido e realização mais significativa daquilo que cada família é e pretende ser enquanto sistema e organismo único (Regulamento n.º 140/2019, Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A prática de Enfermagem de Saúde Familiar que se explana neste relatório foi pautada pelo recurso às estruturas teóricas do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) desenvolvido em 2012 por Figueiredo, que se baseia no Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) inicialmente desenvolvido por Leahey e Wright em 1984 e ainda no Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) desenvolvido em 1990 pelas mesmas autoras. Salienta-se que os modelos foram desenvolvidos para que os profissionais

pu dessem compreender melhor as dinâmicas familiares, tendo em consideração o ambiente em que a família está inserida, incluindo fatores sociais, culturais e económicos que influenciam a saúde.

Relativamente ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), este surge como uma evolução e integração dos dois modelos anteriores, propondo uma abordagem mais fluída e interativa. Reconhece a complexidade e a variabilidade das famílias, enfatizando a necessidade de uma abordagem contínua e adaptável, de interação e reciprocidade e ainda tendo em conta a importância do contexto cultural, social e ambiental. Este modelo salienta ainda a importância do empoderamento familiar, enfatizando a relevância de fortalecer a família, promovendo a sua autonomia e capacidade de enfrentar desafios de forma eficaz (Figueiredo et al., 2012).

A intervenção na família, unicamente como um meio ou um contexto que nos permita atingir os objetivos clínicos de um dos seus elementos, negligencia o facto de que as famílias são parte integrante da experiência de cuidados dos seus membros, o que por sua vez pode afetar o bem-estar e até a identidade dos próprios membros da família (Ho, 2020). Segundo o mesmo autor, os profissionais de saúde devem ter em conta que as experiências de doença, inerentemente relacionais, evoluem a partir da história da família e contribuem dinamicamente para o seu futuro (Ho, 2020).

O *Institute for Patient and Family-Centered Care* (IPFCC) é uma organização sem fins lucrativos fundada em 1992, nos Estados Unidos, que dinamiza a promoção e implementação de cuidados de saúde centrados no paciente e na família. Este instituto defende que um modelo de cuidados centrado na família pode ser implementado em qualquer área da enfermagem (Mitchell et al., 2009), especificamente na área dos CSP. Esta deve ser uma realidade efetiva, onde a presença do enfermeiro de família se assume como uma significativa referência para as famílias e seus membros no que à saúde diz respeito.

A família, enquanto unidade, é definida principalmente pelas interações que ocorrem entre os seus membros, dentro de um contexto particular de

organização, estrutura e funcionamento. Neste sentido, o paradigma sistémico influencia a abordagem dos cuidados de enfermagem à família, permitindo uma compreensão mais abrangente e multidimensional do sistema familiar, reconhecendo a sua complexidade, instabilidade, contexto, organização e diversidade (Figueiredo & Martins, 2010).

As famílias são essenciais para o cuidado e o bem-estar dos seus membros, funcionando como unidades que possuem capacidade de se auto-organizar (Figueiredo & Martins, 2010). De acordo com Spínola e Figueiredo (2023), a família tem uma grande influência na saúde e doença, bem visível nos comportamentos de saúde que são desenvolvidos, mantidos e influenciados pelas crenças da família. As relações conjugais e familiares influenciam igualmente os resultados em saúde, tal como os fatores biológicos, sendo que as intervenções de enfermagem à família têm demonstrado ganhos em saúde numa grande variedade de problemas sendo relevantes no incremento da saúde das famílias e no seu bem-estar (Campbell et al., 2002).

Para promover a autonomia do sistema familiar, as intervenções de enfermagem devem ser fundamentadas numa parceria com a família, com o objetivo de a capacitar em termos de tomadas de decisão em saúde, habilidades e independência. Na realidade, deste contexto específico de trabalho, percebemos que o enfermeiro desempenha um papel fundamental nos cuidados de saúde familiares, tornando-se essencial que a prática de cuidados se alicerce nos princípios da enfermagem de saúde familiar (Figueiredo & Martins, 2010).

A rápida transformação da realidade social em Portugal tem impacto na estrutura e organização das famílias, refletindo-se em mudanças de papéis, na diversidade das relações conjugais e em diversos processos de reconfiguração familiar. Isto resulta no surgimento de novas formas de organização familiar, que vão além do modelo tradicional de família nuclear (Oliveira, 2011).

Apesar desta diversidade de modelos familiares, a família mantém-se como uma unidade única, apresentando as suas próprias características em termos de organização, estrutura e funcionamento, moldadas pelas interações entre os seus membros. Estas características estão em constante evolução devido ao

desenvolvimento dinâmico das relações de reciprocidade dentro do contexto familiar (Figueiredo, 2009).

Além disso, a família é o primeiro grupo de pertença de um indivíduo, sendo a base para a socialização e desenvolvimento pessoal. É no seio da família que surgem crises ao longo da vida e é também com ela que se encontram soluções para ultrapassá-las. Assim, a família como uma unidade com capacidade de auto-organização, pode ver essa capacidade comprometida em situações de crise. Nessas circunstâncias, pode ter dificuldade em se reorganizar, o que pode levar a um estado de disfuncionalidade. Daqui decorre a relevância dos cuidados de enfermagem centrados na família, valorizando as interações entre os seus membros (Oliveira, 2011).

A família vai criando padrões de interação que constituem a sua própria estrutura, onde cada membro é uma parte de um todo, interagindo tanto no seio familiar como na sociedade. Assim, pode-se afirmar que a família funciona com base em normas que orientam o comportamento dos seus elementos, reforçando e preservando a sua estabilidade. A família é “vista como um sistema, um todo, uma unidade global, e só com esta abordagem holística pode ser corretamente compreendida” (Relvas, 2000, p. 10). Deste modo, apesar das transformações na estrutura e organização familiar nas últimas décadas, a família continua a ser uma unidade emocional e afetiva, desempenhando um papel central na promoção da saúde (Figueiredo et al., 2012).

Segundo Relvas (2000), o ciclo vital da família é compreendido como um processo dinâmico composto por cinco grandes etapas, cada uma com tarefas específicas de desenvolvimento e reorganização, face às transições normativas que a família enfrenta ao longo do tempo. Este modelo, de inspiração sistémica, ajuda a compreender como as famílias se adaptam a mudanças previsíveis ao longo da vida comportando um conjunto de tarefas e desafios inerentes a cada etapa. As tarefas inerentes às famílias, que de acordo com Relvas (2000), estão na fase do ciclo de vida de famílias com filhos adultos, prendem-se com a redefinição das relações com os filhos, a satisfação com o contacto mantido, a satisfação com a relação mantida com os filhos (Figueiredo, 2012) e também

com as realidades próprias do envelhecimento, do sentido da vida e das reconfigurações que, enquanto pessoas individuais, fazemos da construção do vivido (Fernandes, 2023).

As consequências do fenómeno de envelhecimento demográfico resultam em alterações nas tipologias das famílias e na forma como estas se organizam, por conseguinte justifica-se a necessidade concreta de responder a questões no âmbito da saúde das famílias, particularmente das famílias com membros muito idosos.

A família sofre alterações no seu bem-estar como um todo, provocadas pela personalidade e comportamento de cada um dos seus membros. De facto, alterações no bem-estar num dos seus membros, enquanto ser individual, têm manifestações nos restantes membros e, conseqüentemente, na família em geral. Todas as transformações, às quais a família é exposta, apresentam uma grande variabilidade na forma como podem ser superadas (Peixoto & Santos, 2009). Também as transições desenvolvimentais, ou as transições saúde/doença associadas ao envelhecimento, implicam algumas estratégias de *coping* que contribuem para uma melhor adaptação da família às mudanças. Segundo Peixoto e Santos (2009), a família pode experienciar essas transições com diferentes níveis de tensão, à medida que tenta restabelecer a estabilidade do seu funcionamento interno.

Quando enfrentam situações de stresse, as famílias recorrem a diferentes estratégias de *coping*, que podem ser mais ou menos eficazes na superação desses momentos. As escolhas dessas estratégias têm impacto, tanto no funcionamento familiar, como na saúde global da família. Além disso, estas variam ao longo do ciclo de vida, dependendo da situação de stresse enfrentada e das características específicas de cada família, resultando numa ampla diversidade de abordagens de resolução (Peixoto & Santos, 2009).

3.2. O Processo de envelhecimento: riscos para a saúde

A população em geral vive cada vez mais tempo. A maior parte das pessoas tem uma esperança média de vida igual ou superior a 60 anos. O número de pessoas no mundo com 80 anos ou mais deverá triplicar entre 2020 e 2050, atingindo 426 milhões (OMS, 2024).

O envelhecimento populacional tornou-se uma manifestação de grande relevância na sociedade contemporânea, sendo uma das mudanças sociais mais marcantes do séc. XXI. Esta realidade tem implicações transversais em todos os setores da sociedade, incluindo no mercado de trabalho e financeiro, na procura de bens e serviços, no apoio social, nas próprias famílias e nos laços intergeracionais (Fernandes, 2021).

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento acontece devido ao progressivo acúmulo de alterações e danos moleculares e celulares ao longo do tempo. Estes resultam no gradual declínio das capacidades físicas e mentais, aumentando o risco de doenças e levando progressivamente à cessação das funções vitais. Estas alterações não seguem um padrão linear ou uniforme e a relação destas com a idade cronológica varia bastante (OMS, 2024). O envelhecimento não é igual de indivíduo para indivíduo, na medida em que depende das vivências passadas, hábitos, estilos de vida, género, condicionantes genéticas e da própria sociedade em que vivemos (Fernandes, 2021).

A realidade do envelhecimento reflete-se a vários níveis, tratando-se de um processo universal, inevitável e irreversível, mas diferente entre sujeitos, devido a fatores individuais, sociais e culturais, verificando-se que cada pessoa mostra os sinais de envelhecimento de forma singular, com ritmos de envelhecimento diferentes nas diversas dimensões (biológica, psicológica e social) (Fernandes, 2021). O envelhecimento é, portanto, um processo complexo e multidimensional, mas também um processo individualizado. A diversidade observada na velhice não é uma questão do acaso. Em grande medida deve-se aos ambientes físicos e sociais em que as pessoas se encontram, uma vez que este ambiente influencia as suas oportunidades e hábitos relacionados com a saúde. A relação

que mantemos com o nosso meio ambiente é determinada por características pessoais como a família em que nascemos, o nosso sexo e etnia (OMS, 2024).

Para além de todas as alterações biológicas, psicológicas e sociais, o envelhecimento está relacionado com outras transições de vida como por exemplo a reforma, a adaptação a uma habitação mais adequada ou a morte de amigos ou companheiros (OMS, 2024). No contexto social, o indivíduo liberta-se das obrigações profissionais, passa a ter mais tempo disponível e lida com diferentes responsabilidades. Contudo, isto implica uma perda de oportunidades no âmbito profissional e social, uma redução de contactos sociais e uma aparente limitação de relevância ou poder social (Fernandes, 2021). A sociedade atual privilegia os valores materiais e os interesses económicos e, deste modo, o prestígio social que outrora os idosos retinham, desvanece, resultando eventualmente numa perda de relevância do papel do idoso na sociedade (Nunes, 2017).

As pessoas idosas são muitas vezes consideradas frágeis ou dependentes e um fardo para a sociedade. Os profissionais de saúde, bem como a sociedade em geral, devem enfrentar estas e outras atitudes idadistas, pois podem levar à discriminação e podem afetar a formulação de políticas e a criação de oportunidades para os idosos desfrutarem de um envelhecimento saudável (OMS, 2024).

O envelhecimento ativo em Portugal é afetado pela existência deste fenómeno de idadismo ou ageísmo, associando o estado de dependência e/ou de demência a estas faixas etárias, por nelas serem mais prevalentes. Estas construções afetam não só a sociedade, mas também os indivíduos idosos, o seu autoconceito e autoestima (Nunes, 2017). Os esforços para combater o idadismo estão em amplo desenvolvimento, graças à crescente visibilidade de idosos ativos e saudáveis. Histórias sobre idosos que alcançam idades avançadas são frequentemente divulgadas em meios de comunicação e redes sociais. Estes são cada vez mais apresentados como pessoas protegidas, respeitadas e sábias, em vez de serem retratadas como frágeis e desamparadas.

Essa transformação pode desempenhar um papel significativo na diminuição dos estereótipos negativos associados à idade (Fernandes, 2021).

O aumento da esperança de vida oferece oportunidades, não só para os idosos e as suas famílias, mas também para a sociedade como um todo. Nestes anos adicionais de vida, novas atividades podem ser realizadas, como continuar os estudos, iniciar uma nova profissão ou retomar antigos passatempos. Por outro lado, os idosos contribuem de muitas maneiras para as suas famílias e comunidades. Contudo, a amplitude dessas oportunidades e contribuições depende em grande medida de um fator: a saúde (OMS, 2024).

Embora parte das diferenças na saúde dos idosos esteja relacionada a fatores genéticos, os elementos mais determinantes são: o ambiente físico e social, as condições da habitação, a vizinhança e a comunidade, além de aspetos pessoais. Esses ambientes podem influenciar a saúde diretamente por meio do aparecimento de obstáculos ou estímulos que condicionam as oportunidades, escolhas e comportamentos ligados ao bem-estar. Manter hábitos saudáveis ao longo da vida, como adotar uma alimentação equilibrada, praticar exercício físico regularmente e evitar o consumo de tabaco, contribui para diminuir o risco de doenças crónicas, melhorando a condição física e mental e adiando a necessidade de dependência (OMS, 2024).

Ambientes de apoio, tanto físicos quanto sociais, ajudam as pessoas a continuarem atividades que são importantes, mesmo apesar da perda de algumas capacidades. Exemplos desses ambientes incluem edifícios e transportes públicos seguros e acessíveis, além de espaços que são fáceis de percorrer a pé. Ao desenvolver estratégias de saúde pública voltadas para o envelhecimento, é essencial considerar não apenas os fatores individuais e ambientais que atenuam as perdas relacionadas à velhice, mas também aqueles que promovem a recuperação, a adaptação e o crescimento psicossocial (OMS, 2024).

A Assembleia Geral das Nações Unidas declarou o período 2021-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável e solicitou à OMS que liderasse a sua implementação. A Década do Envelhecimento Saudável proposto pelas Nações

Unidas é um projeto colaborativo global que visa reunir os esforços dos governos, da sociedade civil, de organizações internacionais, de profissionais, da academia, da comunicação social e do setor privado para realizar ações concertadas, facilitadoras e colaborativas ao longo de 10 anos, visando promover o envelhecimento mais longo ativo e saudável (Lumini & Freire, 2016).

Este projeto tem como objetivo diminuir as desigualdades em saúde e melhorar a qualidade de vida dos idosos, das famílias e comunidades, através de esforços conjuntos em quatro áreas principais: transformar a perceção, as atitudes e as ações em relação à idade e ao preconceito etário; criar comunidades que favoreçam as capacidades dos idosos; oferecer cuidados integrados e serviços de cuidados de saúde primários centrados na pessoa, família e comunidade, que respondam às necessidades dos mais velhos; garantir o acesso a cuidados de longa duração para os idosos que deles precisarem (OMS, 2024).

A própria definição de envelhecimento ativo, segundo a OMS, refere-se ao estímulo à participação da pessoa idosa na vida social, cívica e económica da sociedade e representa uma oportunidade para a saúde, que permite reformar os processos de resposta às suas necessidades. Neste processo é fundamental o contributo de toda a sociedade em parceria com a família na busca de uma maior qualidade de vida (OMS, 2023).

Vários grupos de trabalho e organizações de saúde (nacionais e internacionais) têm defendido a promoção de um envelhecimento ativo e saudável como a melhor forma de dar resposta aos desafios relacionados com o envelhecimento populacional. A promoção do envelhecimento ativo, de forma saudável, com autonomia e independência, é ainda hoje uma responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países, que garante valor acrescentado para os próprios idosos, famílias e profissionais de saúde (Nunes, 2017).

Com o objetivo de mobilizar diferentes áreas e setores da sociedade, foi delineada em Portugal a "Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável" para o período de 2017-2025. Esta iniciativa está alinhada com o Plano Nacional de Saúde, os programas prioritários, a Estratégia e o Plano de

Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS, as propostas de ação da União Europeia (EU) para promover o Envelhecimento Ativo e Saudável e a Solidariedade entre Gerações da Rede Europeia Anti-Pobreza, bem como com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU) (European Anti Poverty Network, 2024; Nunes, 2017).

De acordo com esta estratégia, nas medidas a desenvolver no setor da saúde, está presente um claro objetivo de promover a integração do idoso nas atividades da sociedade, adotar estilos de vida saudáveis e adaptar o SNS à pessoa idosa (Nunes, 2017). Em congruência com estas medidas, a fim de minimizar os impactos do declínio das funções motoras e cognitivas associadas ao envelhecimento, encontramos, entre as principais estratégias, a importância de hábitos alimentares saudáveis, evitar o consumo abusivo de álcool e tabaco e a prática regular de exercício físico. Em idosos, a atividade física é capaz de promover alterações a nível cerebral, promovendo um maior aporte de oxigênio para o cérebro influenciando assim na melhoria da cognição (Dias et al., 2022).

O exercício, quando bem instruído, dentro das suas características de resistência e atividade, promovem alterações fisiológicas promotoras de saúde para o corpo em processo de envelhecimento, de modo a prevenir e até tratar doenças. Alguns autores concordam que défices musculares, podem ser minimizados por meio da atividade física, a qual contribui para a função muscular, tornando os idosos menos suscetíveis a quedas e fraturas. A atividade física contribui ainda na saúde cardíaca através da regulação da resistência vascular, além dos benefícios para a saúde mental com estímulo da neurogênese e libertação de neurotransmissores, atendendo a que a atividade física promove a interação social e mostra-se benéfica no tratamento dos sintomas da ansiedade e da depressão (Dias et al., 2022; OMS, 2020).

Com o envelhecimento, muitas pessoas idosas tendem a diminuir a sua participação na comunidade, o que pode levar a sentimentos de solidão e desvalorização, afetando níveis de integração social e familiar, bem como a saúde física e mental. É importante destacar que, ao perderem, total ou parcialmente, as suas referências simbólicas, os idosos acabam por romper com

o seu universo de relações e com a sua própria história. “A solidão é um fenómeno complexo de significado amplo e subjetivo” tendo diferentes causas e manifestações (Fernandes, 2021, p. 10). Na terceira idade ocorrem transformações ao nível dos papéis sociais, que exigem adaptação do idoso às novas condições de vida. Neste ponto as relações sociais têm um papel fundamental na prevenção da solidão e na promoção do envolvimento social.

Com a entrada na reforma, existem consequências específicas deste acontecimento, que são relevantes neste enquadramento, na medida em que o sentido para a vida pode ser posto em causa, levando a que as pessoas se sintam inúteis. As mudanças com a passagem à reforma são inúmeras, e de grandes consequências para a vida da pessoa, podendo ocorrer a diferentes níveis: ao nível financeiro, uma vez que os rendimentos diminuem; ao nível dos estilos de vida, pois na reforma há tendência para um maior isolamento; ao nível do uso do tempo, na medida em que há necessidade de preencher o tempo livre; a nível da vida conjugal, uma vez que a reforma tem efeitos imediatos no cônjuge; nas relações sociais, pois há uma maior dificuldade de se integrar socialmente; no local de habitação, com possíveis mudanças de residência, visto que muitos desejam regressar às origens, o que implica um risco de isolamento social; e a própria identidade (pessoal e social), sendo uma fase em que frequentemente se considera perder importância, poder e reconhecimento social (Fernandes, 2021).

A existência de inúmeras barreiras arquitetónicas contribui para uma maior predisposição ao isolamento social, à depressão, à redução da resistência física e a um aumento dos problemas relativos à mobilidade. As quedas e os acidentes domésticos podem causar lesões irreversíveis e incapacitantes nas pessoas idosas (OMS, 2021).

As quedas são um problema transversal nas pessoas idosas, transformando-se por isso numa questão de saúde pública. Na avaliação do risco de quedas em contexto domiciliário é recomendado, para além da análise de antecedentes de quedas, uma avaliação dos fatores ambientais, características do calçado e confiança no andar (Martins & Gomes, 2016; OMS, 2021).

No contexto domiciliário, a avaliação do risco de queda em idosos pode ser feita através de um instrumento multidimensional desenvolvido por Carmo (2014). Neste instrumento é utilizado o *Mini Mental State Examination*, a *Fall Efficacy Scale*, o Índice de Tinetti, o medo de cair, a força muscular, transtornos do humor, a identificação de medicação associada ao risco de quedas e a avaliação de riscos ambientais. As quedas são eventos multifatoriais e, portanto, neste instrumento existem questões para avaliar os riscos ambientais e comportamentais associados às quedas (Carmo, 2014).

É essencial prestar atenção a estes fatores, uma vez que desempenham um papel crucial no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas idosas, proporcionando-lhes segurança para enfrentar o processo de envelhecimento. Para os idosos, ter a sua residência localizada perto da família, de transportes públicos e outros recursos é particularmente significativo na promoção da interação social (Azevedo, 2015).

A independência é um estado intrinsecamente ligado ao bem-estar e à qualidade de vida, sendo uma característica natural da saúde humana. No entanto, a sua perda ou redução afeta significativamente a autoestima da pessoa, que passa a ver o seu percurso de vida impactado pelas limitações no estado funcional, dificultando a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (Soares, 2016).

Por conseguinte, com o avançar da idade surgem as questões relacionadas com a autonomia e a dependência. Relativamente à autonomia, este é um conceito inerente à capacidade de agir e à capacidade para exercer os direitos fundamentais do Homem. O conceito de dependência está relacionado com o estado, permanente ou temporário, em que uma pessoa se encontra, que por razões de perda de capacidades físicas, psíquicas ou intelectuais, tenha necessidade de assistência ou ajuda, com o objetivo de iniciar ou completar atividades de vida diárias. Estes conceitos estão, portanto, relacionados por estarem inerentes à capacidade de autonomia do indivíduo, não só ao nível do autocuidado, como também na participação social enquanto cidadão (Gomes & Martins, 2016).

4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Neste capítulo são apresentadas as atividades que foram desenvolvidas durante a componente clínica e que visaram a aquisição de competências inerentes a cuidar da família como unidade de cuidados e aos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, bem como liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, de acordo com o preconizado no Regulamento n.º 428/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar é fundamental para a promoção da saúde e bem-estar das famílias. A prática baseada na evidência é um dos pilares desse profissional, que deve procurar constantemente atualizar os seus conhecimentos e técnicas para oferecer uma prestação de cuidados significativa e de qualidade.

Neste estágio pretendeu-se capacitar as famílias na definição de metas, sendo que o enfermeiro não só orienta sobre práticas saudáveis, mas também colabora no conhecimento, capacidades e motivação dos membros da família, para tomarem decisões informadas sobre a sua saúde. Isso incluiu a criação de um ambiente seguro para as questões inerentes ao diálogo sobre áreas como as doenças crónicas, a conjugalidade, a saúde mental, o sentido existencial ou questões sociais que afetam o bem-estar familiar.

O uso do pensamento crítico-reflexivo permitiu entender melhor a dinâmica familiar, identificando crenças, fatores sociais, culturais e emocionais que podem influenciar as famílias e os cuidados. Esse entendimento foi crucial para a personalização das intervenções, que devem sempre ser adaptadas às necessidades específicas de cada família. As intervenções que a seguir se descrevem possibilitaram também ajudar a família a encontrar “caminhos” para a resolução de problemas. Para isso foram incluídas técnicas de comunicação assertiva, técnicas de intervenções familiares como o reenquadramento, conotação positiva, rituais terapêuticos, abordagens orientadas para a solução, entre outras, estratégias de *coping* e o fortalecimento de vínculos familiares. Ao

abordar esses aspetos, o enfermeiro especialista contribuiu para a redução de efeitos negativos na saúde familiar, promovendo um ambiente mais saudável e harmonioso.

As atividades e estratégias que permitiram o desenvolvimento de competências específicas do EEECESF desenvolveram-se de modo muito concreto, no acompanhamento e interação com as famílias incluídas nos critérios previamente definidos, com necessidades de cuidados de enfermagem no âmbito da saúde familiar. Estas famílias foram selecionadas dentro da lista da enfermeira cooperante, sendo que as famílias obtidas aplicando os critérios de inclusão eram em grande número, pelo que pela impossibilidade temporal de se trabalhar com todas elas e pela limitação de disponibilidade das famílias, se selecionou uma amostra de conveniência de 6 famílias. Nestas implementou-se uma prática direcionada à família como unidade de cuidados de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 367/2015, 2015) e segundo o Regulamento das Competências Comuns (Regulamento nº140/2019) e Específicas em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

4.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados e a cada um dos seus membros

Num primeiro momento, as 6 famílias foram contactadas telefonicamente pela enfermeira cooperante, que informou sobre a possibilidade de serem visitadas pela enfermeira, acompanhada por uma estudante de mestrado, salvaguardando desde logo os objetivos, as condições éticas e de confidencialidade inerentes a este acompanhamento. As famílias aceitaram a visita que foi desde logo agendada.

A primeira visita domiciliária foi sempre realizada em conjunto com a enfermeira cooperante que, como profissional de saúde de referência para estas famílias, promoveu e facilitou a criação de uma relação terapêutica e de confiança que se foi progressivamente desenvolvendo.

Nesta primeira visita, as famílias deram o seu consentimento verbal para serem acompanhadas pela mestranda, tendo sido sempre clarificados e salvaguardados os princípios da confidencialidade.

4.1.1. Modelos e recursos utilizados

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária considerou em 2023, o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF), os referenciais teóricos no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prática clínica, em documento próprio na sua tomada de posição n.º 01/2023. No que diz respeito ao MCAF, este foi desenvolvido para favorecer uma estrutura sistemática e abrangente na avaliação de famílias. Este modelo é amplamente utilizado na enfermagem de saúde familiar e destaca-se pela sua abordagem holística considerando diversos aspetos da vida familiar (Wright & Leahey, 2019). Este é um modelo estruturado em três principais categorias, numa perspetiva multidimensional para avaliar famílias, sendo elas as categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional. A categoria estrutural integra a composição familiar, a organização familiar, os papéis e responsabilidades, as características dos membros da família como questões relacionadas à identidade e orientação sexual, as relações entre os membros ou os subsistemas, as redes de suporte ou estruturas externas e o contexto. A nível desenvolvimento, este modelo considera o ciclo de vida familiar e as transições que a família atravessa ao longo do tempo incluindo as etapas, os vínculos e as tarefas próprias do ciclo de vida das famílias. Ao nível funcional este modelo avalia a forma como os indivíduos da família interagem, referindo-se quer à funcionalidade instrumental, que diz respeito às atividades de vida diária, quer à funcionalidade expressiva ligada à comunicação, *coping*, influência, poder, papéis, crenças, regras e alianças. Este referencial teórico fornece uma abordagem para compreender a família como um sistema, permitindo diagnosticar os seus problemas de saúde, identificar os recursos disponíveis para enfrentar desafios e avaliar os suportes sociais e/ou comunitários acessíveis. Assim, a utilização do MCAF oferece aos enfermeiros

uma ferramenta eficaz para conhecer a dinâmica familiar e identificar as necessidades vividas pela família (Cavalcante et al., 2017).

No que diz respeito ao MCIF, este complementa o anterior oferecendo uma estrutura para a intervenção junto das famílias, com o objetivo de promover mudanças positivas. Este modelo é organizado em três estágios principais: o envolvimento, onde se constrói a base de uma relação terapêutica e de confiança entre o profissional e a família, a avaliação, onde através do MCAF se recolhem informações detalhadas sobre a família e a intervenção que pode incluir intervenções cognitivas, comportamentais e/ou afetivas. Nestes modelos, os enfermeiros utilizam entrevistas, observações e questionários para reunir informações sobre a família, promovendo uma compreensão profunda das suas necessidades e desafios. As intervenções neste modelo são centradas nas relações familiares, promovendo comunicação aberta e fortalecimento de vínculos entre os membros da família. Simultaneamente, as intervenções são elaboradas em conjunto com a família, oferecendo suporte emocional e ajudando-as a lidarem com crises e transições. Estes modelos permitem a reflexão dos enfermeiros especialistas sobre a dinâmica familiar e o impacto na saúde da mesma, promovendo um cuidado mais eficaz e centrado na família (Wright & Leahey, 2019).

O MDAIF como referencial teórico e operativo, está sustentado no pensamento sistémico e no Modelo Calgary. Foi desenvolvido na população portuguesa e possibilita identificar precocemente os determinantes de saúde com efeitos na saúde familiar, pois integrando várias ferramentas de avaliação, a sua estrutura conceptual e operativa, permite identificar variadas áreas, que influenciam a saúde familiar, potencialmente modificáveis. Na verdade, a saúde não depende apenas das escolhas individuais, como a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, mas é também influenciada por determinantes sociais mais amplos, como o rendimento e a posição socioeconómica, o nível de educação, as condições laborais, o acesso a infraestruturas de saneamento e as características do ambiente físico (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

A enfermagem de saúde familiar é uma área que se concentra nas famílias, na promoção da saúde e na prevenção de doenças, considerando a família como a unidade central de cuidado. Nesse contexto, o MDAIF (Figueiredo, 2012), destaca-se como uma abordagem valiosa para a prática de enfermagem, pois permite uma compreensão mais profunda das dinâmicas familiares e das interações que influenciam a saúde e o bem-estar das famílias.

Uma das principais contribuições do modelo é a sua ênfase na avaliação holística da família. Ao considerar a família como um sistema interdependente, os enfermeiros podem identificar não apenas as necessidades de saúde dos indivíduos, mas também as relações familiares e os contextos sociais que impactam essas necessidades. Este modelo traduz-se num referencial teórico e operativo que especifica três dimensões de avaliação e intervenção familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012). Esta abordagem permite que os profissionais de saúde desenvolvam intervenções mais eficazes e personalizadas, que levam em conta a singularidade de cada família e tem como finalidade capacitar a família para mudanças no seu funcionamento cognitivo, afetivo e comportamental (Ferreira et al., 2020).

Além disso, o modelo promove a participação ativa dos membros da família no processo de cuidado. A colaboração entre enfermeiros e famílias é fundamental para o sucesso das intervenções, pois fortalece o vínculo e a comunicação, essenciais para a promoção da saúde (Ferreira et al., 2020). Ao envolver a família nas decisões sobre cuidados e intervenções, os enfermeiros podem facilitar mudanças comportamentais e promover um ambiente de suporte que favorece a saúde.

A aplicação do MDAIF também é relevante na identificação de fatores de risco e na promoção de estratégias de prevenção. A utilização do MDAIF na ESF concede novas perspectivas para a prática, servindo de guia orientador para a prestação, investigação e formação no âmbito dos cuidados centrados na família (Pinto et al., 2024). Ao compreender as interações familiares e os padrões de comportamento, os enfermeiros podem antecipar problemas de saúde e implementar ações preventivas que beneficiem toda a família. Isso é

especialmente importante em contextos de saúde comunitária, onde a abordagem familiar pode contribuir para a redução de doenças crónicas e a promoção de estilos de vida saudáveis (Ferreira et al., 2020).

O MDAIF permite que os profissionais de saúde ofereçam cuidados mais eficazes e adaptados às necessidades específicas de cada unidade familiar, promovendo assim uma saúde integral e sustentável. Este modelo é aquele que está parametrizado nos serviços de saúde, para o registo em sistema informático próprio e desenvolvido para o efeito.

Na prestação de cuidados de enfermagem à família foi também utilizado o Modelo de Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças (Gottlieb, 2016), permitindo trabalhar com as forças da família e dos seus membros, capacitando-os, de modo que a família lide, recupere, cure e descubra um novo propósito e significado. Este modelo recria a forma dos profissionais de saúde se colocarem face às famílias e aos seus membros, pois devido ao facto de os profissionais, muitas vezes, se centrarem nos problemas, há uma tendência para enquadrar o comportamento de uma pessoa ou de uma família de forma negativa. Através deste modelo os profissionais usam as forças para construir a confiança de forma a lidar com as preocupações, sendo a família responsável por encontrar as suas próprias soluções; o enfermeiro apoia, cria condições, suporta e incentiva. Trata-se de uma relação colaborativa, em conjunto com a família, cria-se o plano e trabalha-se em conjunto para encontrar soluções. Este modelo é uma abordagem centrada nas capacidades e recursos das famílias, particularmente útil no cuidado de membros idosos (Gottlieb, 2016). Os principais aspetos desta abordagem aplicada às famílias são: o reconhecimento das forças, que podem incluir habilidades, conhecimentos, experiências passadas, redes de apoio e recursos comunitários; a colaboração e parceria, enfatizando as contribuições de todos os envolvidos; o empoderamento, promovendo a autonomia da família e a sua capacidade de lidar com os desafios, incluindo a tomada de decisões e a resolução de problemas; a abordagem positiva, colocando o foco nas potencialidades e no que funciona bem, em vez de se concentrar nos problemas ou défices (Dyess, 2013). É relevante a utilização deste modelo na identificação das forças familiares através do reconhecimento de padrões de comunicação

eficazes, da coesão familiar, tradições e rituais que fortalecem a unidade familiar, e ainda permite a identificação e avaliação das forças comunitárias, como recursos e redes de apoio disponíveis na comunidade (Gottlieb, 2016). A aplicação desta abordagem do cuidar baseado nas forças em famílias com membros idosos, é uma mais-valia no que diz respeito à identificação e mobilização das forças dos idosos e da família.

Ao nível do planeamento e implementação dos cuidados, esta abordagem permite definir objetivos com a família e permite ainda criar estratégias que utilizam as suas forças, fornecendo educação e suporte à mesma, mantendo uma comunicação aberta e dando reforços positivos à família e aos seus membros (Kokorelias et al., 2019). O benefício desta abordagem nas famílias prende-se com o facto de, ao focar-se nas forças, as famílias sentem-se mais capacitadas e confiantes para lidar com os seus desafios, nomeadamente, com os desafios do envelhecimento. Por outro lado, esta abordagem pode reduzir o stresse e a sobrecarga associada ao cuidado, promovendo uma visão mais positiva e construtiva da situação (Kaakinen et al., 2018).

De ressaltar que os vários modelos teóricos ou conceptuais aqui descritos foram recursos utilizados para compreender, explicar e descrever adequadamente as complexas relações entre estrutura, função e processos familiares. A compreensão dos modelos é relevante, permitindo orientar o trabalho enquadrado numa abordagem integrada e plural.

Utilizaram-se vários instrumentos de avaliação familiar, dos quais se faz uma breve descrição. Com o Genograma, foi possível esquematizar e descrever padrões hereditários e comportamentais dos membros da família, os quais impactam a vida de cada pessoa da família (McGoldrick et al., 2012) Como diagrama visual, simplifica a compreensão da composição e dos vínculos entre os membros. Com a representação de pelo menos três gerações sequenciais, revela uma perspetiva transgeracional, englobando as relações interpessoais e entre os subsistemas (Figueiredo, 2012). O genograma utiliza um conjunto de símbolos mais ou menos normalizados onde são salientadas as informações que possibilitam uma visão acerca dos problemas reais e potenciais do sistema

familiar (Figueiredo, 2023). É um instrumento de avaliação e intervenção, representando dados de uma forma estética, possibilitando a identificação de temas relacionados com a saúde (McGoldrick et al., 2012). Ao resgatar essas informações, que possibilitam observar e analisar barreiras e padrões entre as pessoas, explorar aspectos emocionais e comportamentais entre gerações, o genograma pode ser utilizado para reflexões acerca de um problema presente no contexto amplo das relações que se apresentam, além de facilitar propostas sobre possíveis intervenções. Pode ser considerado mais do que um instrumento para colheita de dados, fazendo parte do processo terapêutico (Sousa et al., 2010).

A Psicofigura de Mitchell foi utilizada como uma ferramenta integrada no genograma, permitindo a representação gráfica das relações familiares ao longo de gerações. A Psicofigura ajuda a visualizar e compreender as dinâmicas emocionais e comportamentais dentro da família. Ela consiste em representar graficamente as emoções, conflitos e padrões de relacionamento entre os membros da família, permitindo que o profissional e os clientes identifiquem questões subjacentes que podem estar a afetar a dinâmica familiar. Ao integrar a Psicofigura nos Genogramas, é possível não apenas mapear as relações familiares, mas também explorar as emoções e os padrões que influenciam essas relações. Essa abordagem pode ser muito útil para identificar ciclos de comportamento, traumas familiares e outras questões, conforme percebidas pelos membros da família (Figueiredo, 2012). Assim, a Psicofigura de Mitchell torna-se uma ferramenta valiosa para promover a compreensão das relações familiares.

Através do Ecomapa utilizado, visualiza-se esquematicamente a família no seu contexto ambiental e as suas redes sociais, instituições de referência (de saúde, religiosas ou outras), contextos laborais, serviços comunitários ou relações de amizade significativas, podendo colocar em evidência o equilíbrio entre necessidades e recursos (Figueiredo, 2012).

Utilizou-se a Escala de Graffar Adaptada e foi colhida informação relevante de um conjunto de cinco critérios - o elemento do agregado familiar com o maior

vencimento, profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do local onde habita, constituindo um método de estratificação social. A identificação da classe social permite a compreensão mais aprofundada dos recursos e dos fatores de stresse familiares que podem estar relacionados aos aspetos económicos, de instrução, de grupo profissional e de contexto residencial. Em cada critério são consideradas cinco opções, sendo que cada uma é avaliada de um a cinco pontos, em que o total de pontuação obtida nos cinco critérios relaciona-se com o escalão que a família ocupa na sociedade (classe I/Alta 5-9; classe II/Média alta 10-13; classe III/Média 14-17; classe IV/Média baixa 18-21; classe V/Baixa 22-25) (Silva et al., 2023; Sousa et al., 2010).

A aplicação da escala de Readaptação Familiar de Holmes e Rahe (1967), permite que, pela valorização de determinadas situações de crise que o indivíduo ou família estiveram sujeitos, se determine a probabilidade de aquele vir a desenvolver uma doença somática. Para obter o resultado desta avaliação, adiciona-se as pontuações atribuídas aos acontecimentos constantes da lista que tenham sido experienciados. Uma pontuação entre 150 e 200 pontos corresponde a 37% de probabilidade de ocorrência de doença; pontuação entre 200 e 300 pontos corresponde a 50% de probabilidade de ocorrência de doença; pontuação superior a 300 pontos corresponde a 80% de probabilidade de ocorrência de doença (Sousa et al., 2010).

O uso da Escala do Apgar Familiar de Smilkstein possibilitou quantificar a perceção de funcionalidade familiar que o indivíduo tem da sua família. O princípio fundamental deste instrumento reside no facto de os membros da família perceberem o seu funcionamento e manifestarem o seu grau de satisfação por meio do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrónimo APGAR: A - Adaptação (como os recursos são partilhados ou qual o grau de satisfação dos componentes com a atenção recebida); P - Participação (como as decisões são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar e na resolução de problemas); G - Crescimento (como a promoção do crescimento é partilhada ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade

disponível no ambiente familiar, para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional ou amadurecimento); A – Afeição (como as experiências emocionais são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e interação emocional no contexto familiar); R – Resolução (como o tempo é partilhado ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido estabelecido pelos seus próprios membros). O questionário do APGAR Familiar é constituído por cinco perguntas relativas às funções familiares (APGAR), com três possibilidades de respostas cada uma, sendo que a pontuação varia de zero a dois pontos. O somatório total varia entre zero e dez pontos e a caracterização das famílias resulta em: família altamente funcional (7-10), família com moderada disfunção (4-6) ou família com disfunção acentuada (0-3). Deve ser aplicado a cada membro individualmente (Sousa et al., 2010).

A Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II (FACES II) é um questionário de autoavaliação que mede o funcionamento familiar em duas dimensões, a coesão e a adaptabilidade, de acordo com o Modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson (1982), e foi adaptada para a população portuguesa por Otilia Fernandes (1995). Através da forma como os membros da família percebem as suas vivências no seio da própria família são operacionalizados os conceitos de coesão e adaptabilidade através dos itens da escala. A dimensão da coesão mede os laços emocionais entre cada membro e os restantes, avaliando deste modo, o grau de separação ou ligação de cada elemento à família, enquanto a dimensão da adaptabilidade avalia a capacidade que o sistema conjugal ou familiar tem de mudar, em termos de estrutura, regras ou papéis, em resposta a determinada situação ou a acontecimento stressante. A partir da análise da FACES verifica-se que altas pontuações são reveladoras de sistemas familiares equilibrados, enquanto baixas pontuações, refletem um sistema familiar desequilibrado. As famílias são categorizadas em 4 tipos gerais: extrema, intermediárias, moderadamente equilibradas e equilibradas (Olson, 2000).

A Entrevista Familiar Sistémica foi um dos recursos utilizados nas consultas realizadas. Através desta ferramenta é possível entender as dinâmicas e

padrões de interação familiares, bem como explorar e compreender o funcionamento da família, identificar padrões de comunicação, alianças, conflitos e funções de cada membro, identificar problemas e as suas origens e criar hipóteses sobre o sistema familiar (Ferré-Grau, 2023). A Entrevista Familiar Sistémica está alicerçada em pressupostos da Cibernética, Teoria Geral dos Sistemas e também na Teoria da Comunicação, aplicando a hipotetização, a neutralidade e a circularidade, recorrendo às questões lineares, estratégicas, reflexivas e circulares (Figueiredo, 2023b). No que diz respeito às questões utilizadas, estes recursos pretendem salientar as potencialidades de cada família e as singularidades de cada um dos membros. Permitindo que os membros identifiquem o próprio contexto relacional, as diferentes perspetivas de cada um, a co-construção de novos horizontes e as influências que a visão de cada um pode ter nos restantes elementos, permitindo mobilizar recursos e encontrar soluções co-construídas e identificadas pela própria família na sua globalidade e singularidade.

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar passa por criar condições para que possam surgir novas perspetivas, numa postura de colaboração com as famílias. Realça-se em todo este processo a verificação da realidade de que cada família é perita sobre si própria, nomeadamente no conhecimento que cada membro tem sobre os restantes e a família como um todo, na potencialização das suas forças e competências para ela própria inventar novas formas de interação e comportamentos, que promovam a solução dos problemas identificados, refutados, modificados ou confirmados nas hipóteses sistémicas colocadas (Figueiredo, 2023).

Utilizaram-se técnicas de intervenções familiares como o reenquadramento, que permite utilizar a capacidade da família para redefinir os eventos geradores de stresse, utilizando os recursos presentes no meio familiar, funcionando como uma estratégia de *coping* que confere maior flexibilidade ao sistema familiar; a escultura, que consiste na representação visual e física dos membros da família através dos seus corpos, das expressões, da postura, do uso das distâncias, do toque, bem como a direção do olhar; a conotação positiva, que permite aceder

ao conhecimento dos valores, crenças e significados da família pela compreensão da sua lógica interna, em que comportamentos percebidos como disfuncionais são considerados como necessários para a manutenção do funcionamento familiar; os rituais terapêuticos, que permitem o estabelecimento de novos padrões familiares através de ações nas quais todos os membros são propostos a participar, possibilitando e favorecendo uma maior clareza nas relações familiares; a metáfora, como uma útil ferramenta que contém mensagens para ajudar a família a encontrar novas perspectivas e alternativas para a sua realidade; e a abordagem narrativa que possibilita que a família se visualize para lá do problema, seja através da externalização, dos resultados únicos ou da amplificação da narrativa alternativa, fazendo a reescrita da sua própria história (Figueiredo, 2023a).

Ao nível da prestação de cuidados de enfermagem aos membros das famílias enquanto indivíduos, o referencial teórico utilizado foi a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis em 2000. Neste modelo teórico, a transição é definida como um processo de adaptação desde que a pessoa nasce até que morre. É um processo desencadeado por eventos críticos e mudanças individuais ou ambientais. É dinâmico e caracteriza-se pela existência de diferentes fases, marcos e pontos de viragem (Meleis, 2010). A Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêuticas de enfermagem (Guimarães & Silva, 2016). As transições podem ser do tipo situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) ou organizacional (associadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas ou económicas) (Bastos, 2012; Meleis, 2010).

Foi aplicada na avaliação de cada um dos membros da família idosos, o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). O Índice de Barthel avalia 10 atividades básicas da vida diária (AVD), atribuindo uma pontuação que reflete

o grau de independência da pessoa. A pontuação total varia entre 0 (totalmente dependente) e 100 (totalmente independente). Este é o instrumento de avaliação do grau de dependência das pessoas, disponível no sistema informático de registos existente na USF onde decorreu o estágio. A sua aplicação permite medir a capacidade funcional do indivíduo para a realização de Atividades de Vida Diária (AVDs). O grau de dependência é determinado de forma global e parcelar em cada atividade. A aplicação do Índice de Barthel no contexto da prática clínica, torna mais significativa a avaliação dos itens do que o resultado global, dando relevo a uma planificação dos cuidados de uma forma personalizada porque permite identificar onde estão os compromissos no autocuidado (Martins & Gomes, 2016). Indivíduos com a mesma pontuação total podem necessitar de cuidados distintos de acordo com a(s) atividade(s) onde demonstram maior incapacidade.

Um dos recursos utilizados nos cuidados prestados aos indivíduos foi a entrevista motivacional, que integra um conjunto de técnicas nomeadamente as perguntas abertas, a escuta reflexiva e os resumos. Subjacente ao conceito da entrevista motivacional estavam os princípios da empatia, escuta ativa e apoio à autoeficácia. Verifica-se que as estratégias da entrevista motivacional são mais reflexivas do que coercivas, mais de suporte do que argumentativas, e o principal objetivo é aumentar a motivação interna do cliente para que a mudança se possa efetivar, através da exploração da discrepância e ambivalência que possam existir em relação à adoção de determinados comportamentos de saúde. (Miller & Rollnick, 2017)

4.1.2. Avaliação e Intervenção em Famílias Nucleares com Membros Idosos: Dados, Diagnósticos, Intervenções e Resultados

No presente subcapítulo apresenta-se a descrição da prestação de cuidados realizada às famílias e aos seus membros. Os nomes atribuídos às famílias são fictícios para manter a confidencialidade e anonimato das mesmas. Por uma questão de limitação de páginas deste relatório, apresenta-se a prestação de cuidados a quatro famílias. A prestação de cuidados às duas restantes famílias

está explanada no Anexo I. Salienta-se que 90% das consultas de enfermagem foram realizadas no contexto de visitação domiciliária.

Numa primeira fase apresenta-se o Quadro 2 onde é possível ter uma perspetiva geral das famílias. Neste quadro, expõem-se as forças, as características específicas que permitem operacionalizar essas forças, de acordo com o Modelo de Cuidar baseado nas Forças. Elenca ainda a classe social de cada família porque, embora outros aspetos possam potenciar as forças, a classe social das famílias parece-nos relevante (Lennartsson, C., et al. 2018). Através destes dados, identificados junto das famílias, permitiu-se a adaptação em função dos recursos e de acordo com as diferentes realidades e condições de cada família.

Quadro 2 – Caracterização das forças, características e classe social das famílias

Família	Forças	Características específicas	Classe social
Boavista	Sistema de crenças da família Forças criativas Padrões de organização familiar	Família com capacidade de criar significado na adversidade; Família com capacidade de apreciar arte e aptidão para expressar-se na pintura; Família com flexibilidade, conexão, recursos sociais e económicos.	Graffar adaptado classificação 13, classe II - média alta
Nobre	Forças relacionais e de afeto Padrões de organização familiar Forças de carácter	Família com capacidade de criar relações com significado, capacidade para acarinhar, de empatia e tolerância; Família com flexibilidade, conexão e recursos familiares de sistemas mais amplos e família extensa; Família com características de integridade, honestidade, perseverança e coragem.	Graffar adaptado classificação 18, classe IV - média baixa
Toulouse	Sabedoria e forças espirituais	Família com forças relacionadas com a idade, membros “sábios”;	Graffar adaptado

	<p>Processos de comunicação</p> <p>Forças cognitivas</p>	<p>Família com expressão emocional aberta e resolução colaborativa de problemas;</p> <p>Família com capacidade de tomada de decisão, capacidade para pensar e raciocinar.</p>	<p>classificação 18, Classe IV - média baixa</p>
Porfírio	<p>Forças emocionais</p> <p>Padrões de organização familiar</p> <p>Forças de uso de recursos</p>	<p>Família com capacidade de colocar os problemas em perspetiva, capacidades de introspeção, ter esperança e encontrar um propósito e significado na vida;</p> <p>Família com flexibilidade, conexão, recursos sociais e económicos;</p> <p>Família que faz uso da rede social e acede aos recursos da comunidade.</p>	<p>Graffar adaptado classificação 15, Classe III - média</p>
Miguéis	<p>Forças relacionais e de afeto</p> <p>Processos de comunicação</p>	<p>Família com capacidade criar relações cheias de significado, capacidade para acarinhar, capacidade de empatia e tolerância, demonstra compaixão, perdão e bondade;</p> <p>Família com expressão emocional aberta e resolução colaborativa de problemas.</p>	<p>Graffar adaptado classificação 14, Classe III - média</p>
Miradouro	<p>Sabedoria e forças espirituais</p> <p>Sistema de crença da família</p>	<p>Família com forças relacionadas com a idade, membros “sábios”;</p> <p>Família com capacidade de criar significado na adversidade, com uma visão positiva, transcendência e espiritualidade.</p>	<p>Graffar adaptado classificação 18, Classe IV - média baixa</p>

Posteriormente apresenta-se a prestação de cuidados às famílias de acordo com a matriz operativa do MDAIF, elencando cada família em diferentes subcapítulos.

4.1.2.1. Família Boavista

A família Boavista é constituída pelo senhor A e pela senhora D, casados há 63 anos. O senhor A de 94 anos, profissionalmente foi empreiteiro e trabalhou sempre na construção civil. A senhora D de 85 anos de idade, foi vendedora de frutas e legumes nas feiras. Os elementos deste casal apresentam diagnósticos clínicos que estão assinalados na avaliação da dimensão estrutural da família Boavista, utilizado o Genograma e Psicofigura de Mitchell que ilustra a composição familiar (Figura 1):

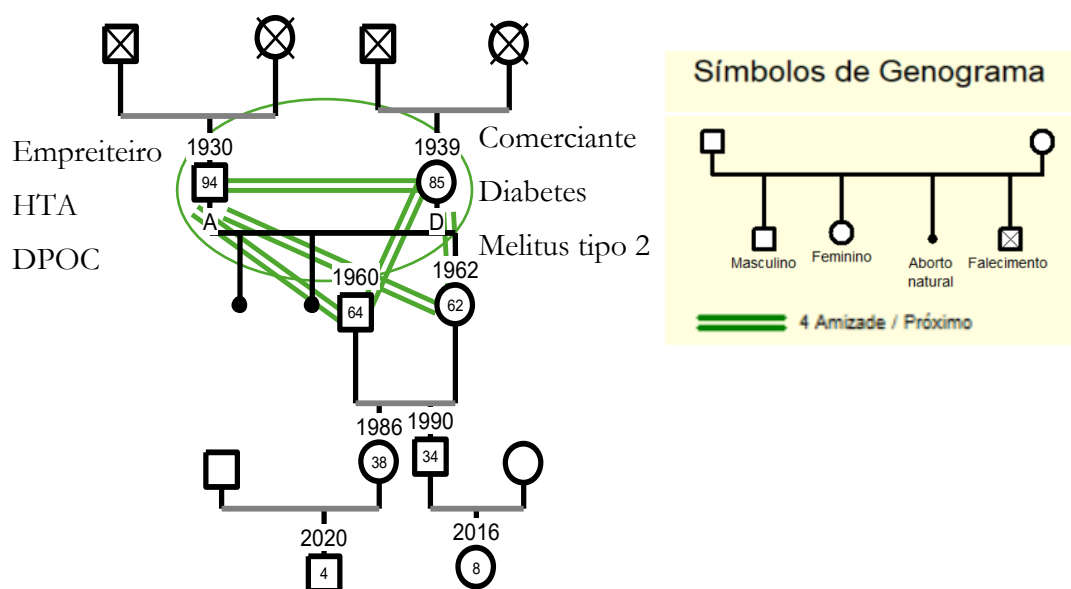


Figura 1 – Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Boavista

A família Boavista é uma família nuclear, composta pelo subsistema conjugal e por cada um dos subsistemas individuais. No que diz respeito à avaliação dos sistemas mais amplos e relações, elaborou-se o ecomapa representado na Figura 2.

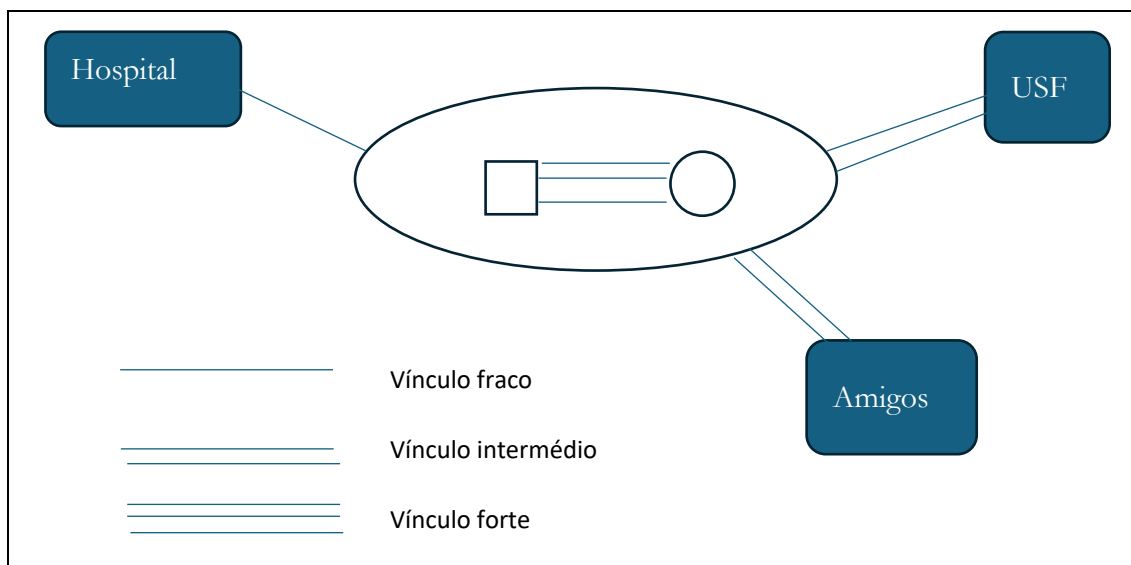


Figura 2 – Ecomapa Família Boavista

Foram realizadas 12 consultas no domicílio desta família, que reside no R/C de um andar-moradia, sendo que a família extensa (filha e genro, neta e bisneto) se encontra a residir noutras frações do mesmo prédio, com entradas independentes, mas muito próximos uns dos outros, enquanto membros de uma família alargada que oferece uma rede de suporte à família Boavista.

Ao nível da avaliação da dimensão estrutural desta família foi realizada a avaliação no âmbito do Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Abastecimento de água, Precaução de Segurança e Animal Doméstico.

O rendimento familiar provém da reforma de cada um dos membros, que consideram ser adequada e proporcional às despesas familiares. A instrução do senhor A corresponde ao 9.º ano e o local de residência é uma zona residencial elegante. Aplicada a escala de Graffar obtém-se um valor de 13, que corresponde à classe II média alta. Assim, os dados colhidos caracterizam um Rendimento Familiar Não Insuficiente.

Quanto ao Edifício Residencial, este apresenta-se limpo, organizado e funcional, sendo que a higiene da residência é assegurada pela senhora D, pela filha e por uma empregada semanalmente. O tipo de habitação é grau 3 (casa de banho, cozinha, sala e quartos, bem conservada, eletrodomésticos essenciais - fogão, frigorífico, cilindro, máquina de lavar roupa - água/saneamento básico/

eletricidade, boa ventilação e luz natural). A atividade diagnóstica permitiu identificar os diagnósticos de Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado.

Relativamente ao Abastecimento de água, não foram identificadas alterações, uma vez que o fornecimento de água e o saneamento básico são realizados através da rede pública. Emergindo o diagnóstico de Abastecimento de água Adequado.

No que diz respeito ao foco de atenção Prevenção de Segurança e dada a idade avançada dos membros desta família, foram observados dados sobre os fatores de risco de queda no domicílio: o casal apresentava-se sempre com calçado apropriado, evitando intencionalmente o uso de chinelos, não existiam tapetes e existia uma iluminação adequada nas várias divisões. Neste contexto e de acordo com a OMS (2021), os fatores de risco para quedas são biológicos, ambientais, comportamentais e socioeconómicos. No caso concreto desta família, os idosos apresentam fatores de risco para queda intrínsecos e comportamentais associados à idade, diminuição do equilíbrio por declínio de capacidades físicas e falta de exercício. O aquecimento em casa era realizado por aparelhos de ar condicionado instalados nas diferentes divisões. O abastecimento de gás era realizado por gás canalizado. Identificou-se adicionalmente a ausência de apoios na região da base do chuveiro e a ausência de corrimões de apoio em três degraus interiores. Com estes dados emerge o diagnóstico Prevenção de Segurança Não demonstrada. As intervenções foram planeadas através do diálogo, verificando que o casal compreendeu e assumiu a necessidade de incrementar a segurança da família diminuindo os riscos. Simultaneamente verbalizou a preocupação com as questões relacionadas com a prevenção de segurança, manifestando a existência de recursos económicos disponíveis o que permitiu implementar as seguintes intervenções:

- Ensinar sobre vantagens de colocação de barra de apoio no chuveiro
- Ensinar sobre vantagens de utilização de banco adaptado para o duche
- Ensinar sobre vantagens na utilização de corrimão de apoio nas escadas.

Após a implementação das intervenções, a família executou medidas como a aquisição e adaptação de estruturas (como barra de apoio no chuveiro e nas

escadas) às barreiras arquitetónicas que identificavam na sua habitação, resultando numa alteração de *status* do diagnóstico, que cerca de dois meses após a intervenção se evidenciou como Precaução de Segurança Demonstrada.

Relativamente ao foco de atenção Animal doméstico, esta família não apresenta animal doméstico.

Segundo as etapas do ciclo de vida familiar propostas por Relvas (1996), a família em análise encontra-se na etapa designada como 'Família com filhos adultos'. Esta fase é caracterizada por tarefas de desenvolvimento específicas, nomeadamente o fomento da autonomia dos filhos, a reorganização das dinâmicas conjugais e parentais, a integração de novos membros no sistema familiar (como cônjuges dos filhos e netos), bem como o início do planeamento da transição para a velhice. Estas tarefas implicam ajustamentos significativos nos papéis familiares e exigem uma reestruturação das fronteiras e das relações entre os subsistemas. Assim, ao nível da avaliação da dimensão de desenvolvimento foram avaliadas as áreas da Satisfação Conjugal e Papel Parental, uma vez que não se adequa avaliar os domínios do Planeamento Familiar ou da Adaptação à Gravidez, nesta família.

No domínio da Satisfação Conjugal foram avaliadas as dimensões da Relação Dinâmica e a Satisfação do Casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas, sobre o tempo que passam juntos e sobre a forma como cada um expressa os sentimentos. As atividades diagnósticas realizaram-se recorrendo às técnicas transversais e a perguntas abertas sobre como cada membro da família se sentia relativamente a diferentes assuntos.

Enf: “Como se sentem em relação às tarefas domésticas e à partilha das mesmas?”

D: “O A já não consegue fazer quase nada...fica muito cansado... Sou eu que faço quase tudo, no dia-a-dia, mas ele ajuda em tudo aquilo que consegue. A minha filha e o meu genro também ajudam nos trabalhos mais pesados, como as compras por exemplo.”

A: “Numa família onde todos ajudam não há problemas”

Enf: “Essa divisão de tarefas foi previamente acordada na família?”

Ambos confirmam abanando a cabeça positivamente.

Enf: “Quem na família tende a iniciar as conversas sobre sentimentos?”

D: “Eu sou mais comunicativa e sim falo mais sobre esse tipo de coisas.”

A: “Eu sou mais reservado, mas também comunico o que sinto”.

Enf: “Como se sentem em relação ao tempo que passam juntos?”

A: “Nós estamos sempre juntos! E eu sinto-me bem com isso”

D: “Eu também me sinto bem com isso, na verdade é bom.”

Enf: “Com o passar dos anos e com a idade a avançar sentiram alguma diferença em relação à satisfação com o tempo que passam juntos?”

Entreolham-se e sorriem um para o outro.

D: “São 63 anos de casamento senhora enfermeira, a diferença está na aprendizagem que vamos fazendo e isso é bom.”

A: “Sim, são muitos anos e o tempo que passamos juntos, com o passar da idade, vai demonstrando o nosso amor. Mesmo nas dificuldades próprias da idade!”

Nestas atividades diagnósticas percebeu-se que o casal se considera satisfeito com a divisão das tarefas domésticas, com o tempo que passam juntos e também com a forma como cada um expressa os seus sentimentos. Estas questões permitiram identificar forças desta família pelas respostas dadas, mas também pela observação da comunicação não verbal estabelecida entre os membros da família (Gottlieb, 2016; Sardinha et al., 2009). De acordo com Domingues et al. (2020) as interações dos casais mais velhos são mais afetivas e estáveis, em comparação com os casais mais novos. Quanto aos conflitos, estes tendem a diminuir ao longo dos anos e a partilha das tarefas domésticas tende a ser mais igualitária. Para além disso, os casais mais satisfeitos partilham mais tempo e interesses (Domingues, 2020). Pode-se então diagnosticar nesta família uma Relação Dinâmica Não Disfuncional.

No que diz respeito à comunicação, nas diversas consultas de enfermagem realizadas, identificou-se a forma como o casal comunicava um com o outro. Existiu nestas consultas, a possibilidade de verificar a complexidade e a sutileza da comunicação entre os membros da família e, mesmo em situações de conflito ou discordância, foi possível analisar que ao falarem sobre motivos de desacordo se abriam a novas perspectivas. Estes dados são corroborados por Sardinha et al. (2009) quando este autor salienta que estes comportamentos permitem um ajustamento conjugal. A este nível observou-se que o espaço pessoal, a proximidade ou a distância entre os membros do casal também foi uma importante fonte de avaliação da comunicação não verbal que pôde ser observada e que deu suporte e congruência às afirmações de cada membro da família em resposta às perguntas lançadas. À pergunta “O que sentem em relação à forma como comunicam no dia a dia?” As respostas foram demonstrativas de satisfação:

D: “Sentimos que é sempre importante dizer o que pensamos e como pensamos.”

A: “Eu sinto que é uma das coisas mais importantes no nosso casamento.”
Verificou-se então uma Comunicação Eficaz.

Relativamente à dimensão da Interação Sexual e da Função Sexual, o tempo de acompanhamento dedicado à família em diversas consultas, permitiu abordar estas questões. Aquando da pergunta:

Enf: “Como se sentem em relação à vivência da vossa sexualidade atualmente?”
As respostas foram:

D: “Ó enfermeira, há idades para tudo. Na nossa idade, a sexualidade vive-se com gestos de carinho, com cumplicidade e cuidado um pelo outro. Eu sinto-me bem com estes aspetos em relação ao meu marido. Eu gosto muito dele e ele sabe disso.”

Enf: “E o senhor A?”

A: “Agora a sexualidade é diferente, mas não deixa de ser boa (risos)”.

Enf: “Sentem que pode existir algum problema ao nível da função sexual?”

D: “Eu penso que está tudo a funcionar normalmente, não é, A?”

A: “Acho que sim. Normalmente e de acordo com a nossa idade (risos)”.

Através da observação do casal, das suas respostas e da sua interação é possível verificar que têm grande cumplicidade no olhar um para o outro, e falam sobre a vivência da sexualidade com ações de carinho e cuidado recíproco. Estes resultados vão de encontro a afirmações de Domingues (2010) sobre a realidade do amor e da intimidade serem fatores-chave na vivência da sexualidade e expressarem-se de formas diferentes. Desta forma, o diagnóstico identificado foi Satisfação Conjugal Mantida, relacionado com Relação Dinâmica não disfuncional, Comunicação Eficaz, Interação Sexual Adequada e Relação Sexual não comprometida, devido à avaliação de todas as áreas aqui descritas.

No que diz respeito ao Papel Parental, nesta família com filhos adultos, avaliaram-se as diferentes dimensões deste foco de atenção sensível aos cuidados de enfermagem, nomeadamente o conhecimento do papel e os comportamentos de adesão (adaptação da família), às tarefas próprias da família relacionadas com o papel parental nesta fase do ciclo de vida da família. Nestas áreas verificou-se que este casal de idosos encontrou novos papéis de avós, sogros, ajustaram-se ao cônjuge da filha e abriu espaço aos netos, cônjuges dos netos e aos bisnetos. Verificou-se ainda que este casal, enquanto avós e bisavós, continuam a participar na educação das crianças, sendo esta uma das formas em que esta família cumpre a tarefa de apoiar a geração seguinte. Por outro lado, estão abertos ao crescimento da família extensa e têm satisfação com o contacto mantido. Existe independência de cada núcleo familiar desta família extensa e, em simultâneo, estão próximos uns dos outros não só geograficamente, como também em partilha de momentos à mesa de forma periódica. As atividades diagnósticas realizadas neste contexto partiram da observação e de perguntas como:

Enf: “Ser pai e mãe nem sempre é fácil, concordam comigo?” ou: “Estão satisfeitos com o vosso papel enquanto pais?”

D: “Sabe enfermeira, nós já não mandamos neles. Fizemos tudo o que pensámos que era o melhor e agora aceitamos a ajuda deles, porque sentimos que estão a fazer connosco tudo, com o mesmo amor com que fizemos com eles.”

Enf: “E o Sr. A o que acha sobre isto? Sente-se satisfeito com o contacto mantido com a filha?”

A: “A nossa filha e o nosso genro são muito presentes na nossa vida e para nós isso é maravilhoso”.

Enf: “Como avaliam a proximidade geográfica existente? É proporcional com o contacto e apoio que sentem da filha e dos netos?”

D: “Sim, é muito bom porque assim eles ajudam-nos e nós também os conseguimos ajudar a eles!”

As respostas a estas questões, bem como a observação no decurso das consultas, a relação terapêutica estabelecida para partilhar angústias ou inquietações, permitiu perceber o sentido de flexibilidade de ajuste aos papéis das diferentes gerações e promover uma avaliação e constatação da sabedoria dos idosos. Assim, o diagnóstico identificado é Papel Parental Adequado.

Ao nível da avaliação da Dimensão Funcional, verifica-se que não existe nesta família nenhum membro da família dependente. Foram realizadas questões sobre o futuro, em que o horizonte de declínio físico e/ou cognitivo é encarado pelos dois membros da família e revelam, em várias afirmações, a presença próxima e diária da filha única do casal.

Na dimensão da comunicação familiar, foram elaboradas perguntas como:

Enf: “Quem na família, tende a iniciar as conversas sobre sentimentos?”

Ao que os membros da família responderam:

D: “Penso que eu sou a pessoa que mais expressa os sentimentos na família e sinto que o A aceita e que essa expressão é bem acolhida por ele”.

Enf: “E o senhor A o que pensa sobre isto?”

A: “A D fala com mais facilidade sobre os sentimentos, de facto. Já é dela.”

Verifica-se neste casal uma sintonia emocional que de acordo com Noller et al. (2014) passa pela presença de comportamentos de comunicação positiva entre o casal reveladores de empatia, tomando cada um a perspetiva do outro, tendo-a em consideração e realmente ouvindo e respondendo a cada uma das necessidades relativamente a um futuro partilhado. Por conseguinte, esta família apresenta o diagnóstico Comunicação Emocional Eficaz. No que diz respeito à Comunicação Verbal/ Não Verbal foram aplicadas questões como:

Enf: “Qual dos dois comunica verbalmente de forma mais clara e direta?”

Ao que o sr A responde: “Nós os dois entendemo-nos bastante bem senhora enfermeira.”

D: “Acho que eu comunico melhor um tipo de coisas e ele comunica melhor outro tipo de coisas. Por exemplo, eu comunico melhor aquilo que eu sinto por palavras, já o A comunica muito bem o que sente por gestos, comportamentos e atitudes”.

As consultas realizadas permitiram verificar que uma comunicação positiva é marcada pela presença de validação, suporte e afeto positivo também manifestado por comportamentos não-verbais, como a qualidade e o tom de voz, a expressão facial e a posição corporal. Deste modo, foi diagnosticada Comunicação Verbal/Não Verbal Eficaz. Em relação à comunicação circular verifiquei também que a mesma é eficaz porque na atividade diagnóstica realizada se realizaram questões como: “Costumam conversar sobre a forma como comunicam? Foram obtidas as seguintes respostas:

A: “Temos uma vida em comum, conhecemo-nos bem porque comunicamos um com o outro, o que implica também escutarmo-nos um ao outro.”

Enf: “Partilham as vossas expectativas ou receios em relação ao futuro?”

D:” O futuro a Deus pertence, mas costumamos fazer planos para o futuro em conjunto e tentamos também preparar-nos para o futuro em conjunto.”

Verificou-se que os membros da família se referem disponíveis à aceitação do ponto de vista do outro. De acordo com Bertoni & Bodenmann (2010), através da comunicação os casais manifestam a influência que o comportamento de cada um tem no seu próprio comportamento e demonstram se estão recetivos à influência um do outro nas suas próprias perspectivas. Em suma, esta família apresenta o diagnóstico Comunicação Familiar Eficaz porque os itens de caracterização (comunicação emocional, comunicação verbal/não verbal e comunicação circular) não estão alterados ou ineficazes.

No que diz respeito ao *coping* familiar, esta categoria refere-se à capacidade da família para dar uma solução eficaz aos próprios problemas. Na atividade diagnóstica desta área questionou-se os membros da família sobre como eram habitualmente resolvidos os problemas familiares:

A: “Normalmente conversamos, pedimos ajuda à nossa filha e costumamos arranjar uma forma de resolver as coisas.”

D: “Por exemplo, agora mais recentemente, apareceu-me um problema no coração e eu terei que ser internada para ser operada, então o A não vai ficar aqui completamente sozinho, pois a nossa filha e genro como moram aqui em cima podem vir ver como ele está e se precisa de alguma coisa.”

A solução do problema familiar é bastante influenciada pelas próprias convicções a respeito das suas capacidades e êxitos no passado. O padrão de comunicação de casais satisfeitos é caracterizado por ser construtivo, ou seja, evita padrões negativos de resolução de divergências, enquanto os casais mais insatisfeitos manifestam estilos de resolução de problemas recorrendo a evicção e à ofensa (Bertoni & Bodenmann, 2010). Verificou-se que esta família apresenta Coping Familiar Eficaz.

No que diz respeito à dimensão da Relação Dinâmica não foram identificadas alterações ou disfuncionalidades através de questões como:

Enf: “Nas tomadas de decisão para a resolução de problemas, algum dos dois tem maior participação e influência na decisão final?”

A: “A minha mulher costuma ter maior urgência em tomar as decisões, eu costumo precisar de mais tempo para pensar no que será melhor...”

D: “Acabamos por decidir em conjunto, senhora enfermeira.”

Enf: “Sentem união entre vocês e satisfação relativamente à forma como cada um apoia o outro?”

Os dois abanam a cabeça numa afirmação de resposta positiva.

A observação das dinâmicas do subsistema conjugal e as respostas, permitiram verificar que a família manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos do outro (Influência e Poder) e os membros da família encontram-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união.

Relativamente à dimensão de Interação de Papéis, verificou-se que o Papel Provedor é Eficaz, o Papel Gestão Financeira também Eficaz e o Papel de Parente também se demonstra Eficaz. Isto porque em relação ao Papel de Provedor, este é partilhado segundo a família, relativamente à questão “quem é responsável pela gestão financeira do vosso orçamento familiar?” A resposta foi de que é a senhora D a responsável e estão estabelecidos (existe consenso) comportamentos constantes nas situações específicas em causa, sem que haja sinais de conflito ou saturação destes papéis. No Papel de Parente a senhora D também se assume como principal responsável e o senhor A corrobora esta afirmação. Já relativamente ao Papel Recreativo, este foi considerado Não Eficaz por se ter verificado na avaliação diagnóstica que nos membros do casal não havia Consenso do Papel Recreativo. Isto porque ao longo das várias visitas domiciliárias realizadas houve algumas afirmações relacionadas com o papel recreativo que careceram de um maior aprofundamento desta dimensão, por exemplo, a senhora D verbalizou afirmações como:

D: “... parece que estou sempre ocupada a fazer coisas em casa e faz-nos falta distrairmo-nos com coisas que nos façam bem à cabeça.”

A: “A minha esposa acha que consegue fazer tudo, mas a nossa cabeça já não dá para tudo, nem a nossa cabeça nem o nosso corpo!”

Enf: “Quem programa os convívios e encontros com o resto da família?”

A: “Há muitos anos era eu...agora ninguém tem feito nada...”

Enf: “Como organizam os tempos livres e o que fazem para passarem momentos que vos agradem?”

A: “Não fazemos nada, mas sinceramente neste momento da nossa vida eu acho que não dá muito para sairmos...”

D: “Eu por acaso acho que nos faz falta algumas atividades para nos distrairmos...”

As afirmações do casal, relativamente a passatempos e tempo lúdico em conjunto, demonstravam alguma nostalgia. O senhor A verbalizava alguma tristeza por, em tempos, ter sido ele a dinamizar esse tipo de atividades e agora dizia não se sentir com a mesma utilidade.

Identificou-se então o diagnóstico Processo Familiar Disfuncional relacionado com Interação de Papéis Não Eficaz (manifestado por Papel Recreativo Não Eficaz). A família encontra-se num ciclo de sobrecarga funcional e emocional, marcado por uma perda progressiva de momentos de partilha lúdica e afetiva. A esposa assume um papel altamente funcional, tentando dar resposta a todas as exigências de cuidado doméstico, enquanto o marido, que outrora era agente dinamizador das atividades de lazer, expressa agora sentimentos de inutilidade e cansaço, revelando um possível reposicionamento no sistema familiar. Este afastamento de atividades prazerosas poderá estar a gerar uma crescente tensão emocional e nostalgia, sinalizando a necessidade de reequilibrar os papéis familiares e de resgatar espaços de bem-estar conjunto. No sentido de intervir neste diagnóstico de enfermagem foram realizadas intervenções que utilizaram como recurso as técnicas transversais, o reenquadramento e a conotação positiva. As perguntas foram elaboradas com a intenção de promover a partilha e reflexão acerca de pontos de vista e possibilidades a seguir, de acordo com as forças e recursos da família. Elaborou-se um guião de suporte à entrevista familiar sistémica, foram construídas questões circulares, reflexivas, perspetivando-se também a normalização e o elogio às forças da família.

Na consulta realizada, a entrevista familiar decorreu da seguinte forma:

Enf.: “Estão aqui uns desenhos pintados muito bonitos, quem tem tanto jeito para pintar?”

A.: “Fui eu que no outro dia estive a pintar com o meu bisneto e agora isso ficou para aí espalhado, é preciso arrumar isso.”

Enf.: “O senhor A costuma pintar? Tem imenso jeito!”

D: “Ele às vezes pinta e eu por acaso também acho que ele pinta muito bem e fica entretido a fazer este trabalho.”

Enf.: “É um trabalho muito bonito, podia estar exposto para toda a gente poder ver. O que vos parece utilizar estes desenhos e outros para fazer um mural da família?”

A: “Era capaz de dar para fazer isso aqui nesta parede.”

Enf.: “Acham boa ideia? O que vos parece?”

D: “Eu acho uma ideia muito engraçada, eu encarrego-me de colar aqui as pinturas, até vão decorar este espaço da cozinha!”

Nestas consultas, as intervenções foram colocadas em prática tendo sido adquiridos novos comportamentos ao nível do Papel Recreativo tais como pintar mandalas e outros, afixando-os posteriormente num painel da família. Os resultados desta intervenção podem ser visualizados na Figura 3 que apresenta fotos do mural da família. Apresenta-se no Anexo II fotos de murais que foram sendo atualizados pela família ao longo do tempo de estágio.



Figura 3 – Fotos do mural da família Boavista

Com a avaliação dos resultados das intervenções implementadas verificou-se alteração no *status* do diagnóstico para Processo Familiar Funcional por Interação de Papéis Familiares Eficaz.

Ao nível dos cuidados de enfermagem prestados aos indivíduos avaliou-se o foco envelhecimento nos dois membros do casal. Observou-se que à questão: “O que é para si, ser idoso?” o senhor. A responde:

- “É normal e é um bom sinal, significa que já fizemos e construímos muito, ao longo da nossa vida”.

A senhora A refere: “Ser idoso representa algumas situações menos boas, algumas dificuldades que vão surgindo com a idade, mas também vamos

aprendendo a lidar com esta realidade que é a nossa vida... tudo faz parte da vida!”

Estas afirmações revelam que estes indivíduos já apresentam uma integração fluída no conceito de si, das realidades próprias da transição para o envelhecimento.

Através da aplicação da escala de Barthel, encontram-se ambos os membros do subsistema conjugal com o valor 100 e, portanto, o diagnóstico individual de Autocuidado independente em cada um dos membros do casal.

No que diz respeito à senhora D, uma vez que esta apresenta o diagnóstico clínico de diabetes mellitus tipo 2, foi avaliada a gestão do regime terapêutico. A este nível verificou-se que a senhora D possui conhecimento e capacidades para gerir o regime medicamentoso, evidenciando uma gestão eficaz. No entanto, no que diz respeito à alimentação e ao exercício físico, verificaram-se algumas oportunidades de melhoria. A senhora D referiu comer sobremesas açucaradas diariamente, referiu que gostava de aprender a comer melhor de forma a ter benefícios na sua saúde e na gestão da doença, porque também apresentava frequentemente hiperglicemias aquando da autovigilância que realizava de forma frequente. A relação terapêutica estabelecida ao longo do tempo permitiu identificar que existia potencial para melhorar o conhecimento sobre a alimentação mais adequada para pessoas com diabetes. A senhora D apresentava capacidade cognitiva, consciencialização das mudanças no seu estado de saúde, força de vontade expressa na aprendizagem e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem. Foi então avaliado o conhecimento sobre o regime dietético, sendo identificado que a senhora D demonstrava conhecimento sobre a dieta recomendada (horário, quantidade), descrevia também as orientações para a preparação dos alimentos, no entanto, não demonstrava conhecimento sobre os alimentos a evitar e, portanto, no âmbito do foco de atenção Gestão do Regime Terapêutico e do diagnóstico Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético, a intervenção implementada foi:

- Ensinar sobre dieta. Como atividade com integridade para esta intervenção foi explicada a importância de reduzir o consumo de açúcar,

maioritariamente nas sobremesas habitualmente ingeridas após as principais refeições.

No que diz respeito ao exercício físico, foi avaliado o conhecimento sobre o regime exercício. A senhora D não descreveu o tipo, frequência e intensidade de exercício, nem descreveu equipamentos de proteção e segurança adequados ao tipo de exercício. A senhora D afirmava que, na idade dela, não era relevante realizar qualquer exercício físico, desvalorizando a realização do mesmo e desconhecendo o seu real valor e importância. Assim, emergiu o diagnóstico Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício. Uma vez que a senhora D se encontrava na fase de pré-contemplação, foram implementadas as intervenções:

- Ensinar sobre os benefícios do exercício físico. A atividade física em idosos proporciona benefícios: diminui a mortalidade por todas as causas, diminui a incidência de hipertensão, em pessoas que vivem com diabetes mellitus tipo 2 reduz as taxas de mortalidade por doença cardiovascular e os indicadores de progressão da doença, reduz a incidência de alguns tipos de cânceres, melhora a saúde mental (redução dos sintomas de ansiedade e depressão), a saúde cognitiva e o sono. A adiposidade corporal também pode melhorar. Em idosos, a atividade física ajuda a prevenir quedas e lesões relacionadas, o declínio da saúde óssea e da capacidade funcional (OMS, 2020).
- Ensinar sobre os riscos do sedentarismo. A inatividade física de pessoas idosas está associada a perda de massa muscular (sarcopenia), diminuição da capacidade funcional, maior risco de quedas, maior risco de fraturas e perda de independência (OMS, 2020)
- Ensinar sobre hábitos de exercício. Os idosos com condições crônicas devem fazer pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade por semana, ou uma combinação equivalente de atividades físicas de moderada e vigorosa intensidade ao longo da semana para benefícios substanciais à saúde. A caminhada, natação,

pilates ou yoga, exercícios de resistência, equilíbrio ou alongamento são adequados (OMS, 2020).

As intervenções implementadas permitiram sensibilizar para a importância do exercício físico na gestão da diabetes mellitus, bem como para a necessidade de alterar a dieta. Compreendendo a situação e sentindo-se então motivada para a mudança, a utente alterou alguns hábitos alimentares em concreto, tais como o consumo de sobremesas açucaradas, que foram substituídas pelo consumo de fruta. Em relação ao exercício físico, a senhora D iniciou a implementação de alguns exercícios adequados à sua faixa etária, aquando da visualização de um programa televisivo da manhã em conjunto com o marido.

Relativamente ao senhor A este apresenta o diagnóstico clínico de DPOC e HTA. Tem como medicação crónica Atorvastatina 40 mg, Acetilcisteína 600mg e Brometo de ipratrópio 20 ug/dose. Foi avaliada a capacidade para gerir o regime medicamentoso, sendo observados os seguintes dados: o senhor providencia o medicamento, ajusta horário e dose do medicamento de acordo com as indicações médicas e prepara o medicamento para a sua auto-administração. Assim, apresenta o diagnóstico de Conhecimento e capacidade Demonstrada sobre Regime Medicamentoso. Foi avaliado o Conhecimento sobre Regime Dietético do senhor A. Verificou-se que este descreve a dieta recomendada, os alimentos adequados e descreve as orientações para a preparação dos alimentos. Deste modo, o senhor A apresenta Conhecimento Demonstrado sobre Regime Dietético e uma gestão eficaz do regime dietético. No que diz respeito ao Conhecimento sobre Regime de Exercício, este foi avaliado e verificou-se que o senhor A não descreve o tipo, frequência ou intensidade do exercício, nem o equipamento de proteção adequado ao tipo de exercício. Emerge o diagnóstico de enfermagem Potencial para melhorar o Conhecimento sobre o Regime Exercício, sendo implementadas as intervenções:

- Ensinar sobre exercício em idosos, pois a atividade física proporciona benefícios para os seguintes desfechos de saúde: diminui a mortalidade por todas as causas, mortalidade por doenças cardiovasculares, incidência de hipertensão, incidência de alguns tipos de cancro, incidência

de diabetes tipo 2; melhora a saúde mental (redução dos sintomas de ansiedade e depressão), a saúde cognitiva e o sono. A adiposidade corporal também pode melhorar. Em idosos, a atividade física ajuda a prevenir quedas e lesões relacionadas; o declínio da saúde óssea e da capacidade funcional (OMS, 2020).

- Ensinar sobre hábitos de exercício. Os idosos com condições crônicas devem fazer pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade por semana, ou uma combinação equivalente de atividades físicas de moderada e vigorosa intensidade ao longo da semana para benefícios substanciais à saúde. Tais como caminhada, exercícios de resistência, equilíbrio ou alongamento são adequados, e podem ser realizados em casa (OMS, 2020).

Após a implementação destas intervenções o senhor A ficou sensibilizado para a importância da prática de exercício, tendo verbalizado que começou a praticar durante a visualização do programa de televisão Praça da Alegria, onde demonstraram alguns exercícios adequados à população idosa, sendo que ele referiu conseguir implementar esses exercícios.

4.1.2.2. Família Nobre

A família Nobre é constituída pelo senhor H e pela senhora L de 83 e 81 anos respectivamente, conforme se pode observar na Figura 4 que representa o genograma e psicofigura de Mitchell. A senhora L tem como antecedentes clínicos Diabetes Mellitus tipo 2, HTA e teve um AVC há cerca de 12 anos do qual ficou dependente em grau elevado nas diferentes AVDs. Há cerca de 5 anos foi-lhe diagnosticada uma demência. O senhor H tem antecedentes de Neoplasia da Próstata e Dislipidemia, sem nenhum grau de dependência no autocuidado.

Profissionalmente, o senhor H trabalhou nos caminhos de ferro e a senhora L dedicou-se ao cuidado doméstico e dos filhos.

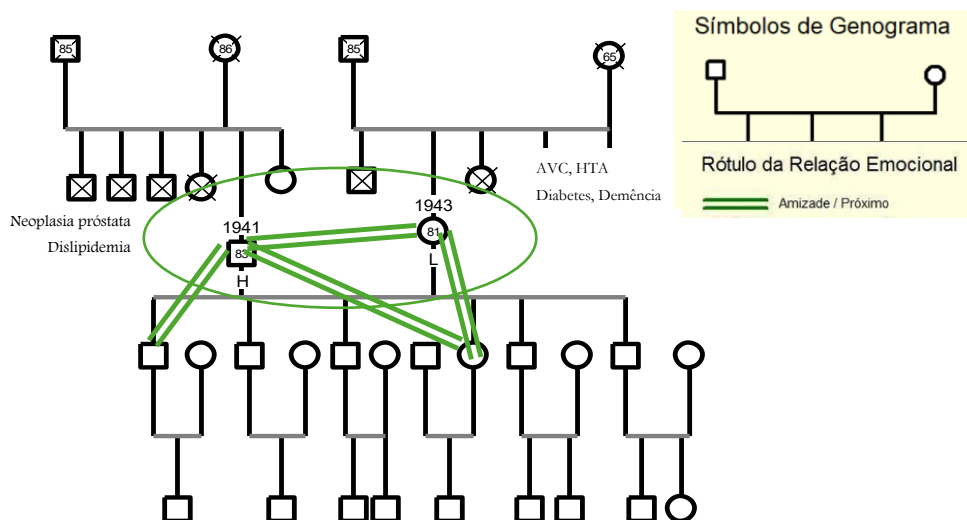


Figura 4 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Nobre

No que diz respeito à avaliação dos sistemas mais amplos e relações que esta família detém, verificou-se que devido à dependência em grau elevado no autocuidado (Índice de Barthel de 10) apresentada pela senhora L, a família alargada recorreu à contratação de uma cuidadora formal, que reside no domicílio desta. Ao fim de semana aquando da folga da cuidadora formal, os cuidados são realizados por uma filha. Quando esta filha não tem disponibilidade, um dos seus irmãos assume este cuidado ao fim de semana. A cuidadora formal presta cuidados de higiene pessoal e habitacional, apoio na confeção das refeições, acompanhamento e vigilância permanentes. De acordo com as informações colhidas junto da família no seu domicílio, elaborou-se o ecomapa que se apresenta na Figura 5.

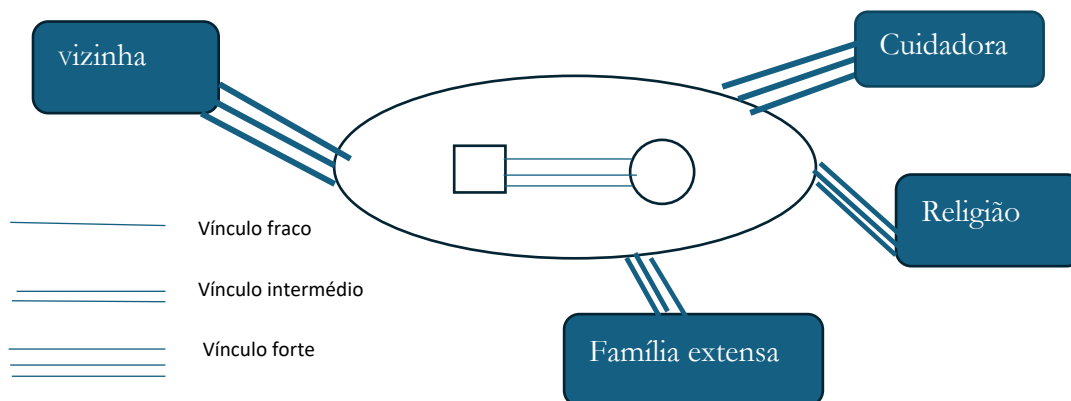


Figura 5 – Ecomapa da Família Nobre

Verificam-se relacionamentos com uma forte ligação desta família à cuidadora formal, aos dois filhos que maioritariamente prestam assistência aos fins-de-semana e a uma vizinha de longa data, que frequenta o domicílio com regularidade, dá apoio emocional e companhia à família. Os contactos desta família com a família extensa são, segundo o senhor H, quase diários através do telefone. Foi verificado em duas visitas domiciliárias a presença de filhos e o senhor H refere contactos telefónicos semanais com os netos. O senhor H apresenta um vínculo muito forte com a religião o que lhe dá alguns recursos ao nível da aceitação de situações mais difíceis e da resolução de problemas.

Ao nível da avaliação da dimensão estrutural desta família foram realizadas questões sobre o Rendimento Familiar, observações e questões sobre o Edifício Residencial, Abastecimento de água, Precaução de Segurança e Animal Doméstico. Nestes domínios as informações colhidas vieram permitir uma atividade diagnóstica que identificou os diagnósticos Rendimento Familiar Não Insuficiente. Esta família apresentou uma classificação na escala de Graffar adaptada de 18 (classe IV média baixa), tipo de habitação: grau 3, local de residência: próximo a bairro social, profissão: operário semi-qualificado, grau de instrução: 9.º ano e a origem do rendimento familiar é a reforma. O senhor H refere que toda a vida soube poupar e trabalhar para que o dinheiro fosse suficiente e permitisse adquirir o necessário para a família ter conforto e as necessidades colmatadas. A atividade diagnóstica relativa ao foco Edifício Residencial permitiu identificar a habitação com casa de banho, cozinha, sala e quartos, bem conservada, eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, cilindro, máquina de lavar roupa), água/saneamento básico/ eletricidade, boa ventilação e luz natural. O Edifício Residencial encontrava-se sempre limpo, organizado e funcional, portanto o diagnóstico que emergiu desta avaliação foi Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado. Em relação ao Abastecimento de Água este é adequado por ser servido pela rede pública e com Saneamento Básico da rede pública. Esta família não tem Animal doméstico. Quanto ao foco Precaução de Segurança, a atividade diagnóstica permitiu verificar a existência de sistema de aquecimento (ar condicionado e equipamentos elétricos) e conhecimentos demonstrados pelo senhor H sobre a manutenção e utilização

segura dos mesmos. Quanto às barreiras arquitetônicas, foram identificadas escadas no interior e exterior da residência, ausência de tapetes nas diferentes divisões, existiam suportes como apoios na região da base de chuveiro, existência de cadeiras de banho, corrimões nas escadas e grua de transferência para transferir a senhora L. Assim o diagnóstico que emergiu foi Precaução de Segurança Demonstrada e Conhecimento demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas.

Ao nível da avaliação da dimensão de desenvolvimento, nomeadamente a área da Satisfação conjugal e do Papel Parental, verificou-se que pela situação de demência diagnosticada à senhora L, o compromisso cognitivo limitou este tipo de avaliação. No entanto esta dimensão foi concretizada com o senhor H, não sendo identificadas alterações ou necessidades.

A senhora L apresenta autocuidado dependente em grau elevado. Nesta família, existe um prestador de cuidados formal, uma cuidadora com tarefas atribuídas no âmbito da manutenção do autocuidado da senhora L e ao nível das tarefas domésticas, são tarefas contratadas e claramente definidas. Assim, ao nível das dimensões de conhecimento do papel e dos comportamentos de adesão, foram realizadas questões lineares e circulares e foram também realizadas observações locais da prestação de cuidados ao membro da família dependente, que permitiram aferir que os conhecimentos e a aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados estão demonstrados. Verifica-se que o senhor H é o cuidador familiar da esposa em algumas áreas, nomeadamente ao nível do autocuidado comportamento sono-reposo e gestão do regime terapêutico. As atividades diagnósticas permitiram identificar que o senhor H apresentava problemas emocionais associados ao desempenho do papel, isto porque a questões como: “Como se sente em relação ao período de descanso, da sua esposa? Dormem bem?”

O senhor H responde: “Eu durmo muito mal. Dormimos no mesmo quarto em camas separadas, mas é como se sentisse que devo estar sempre a ver se ela está bem e não consigo descansar. Às vezes até durante o dia... Há noites mais calmas e há outras em que ela tem dificuldade em dormir, não parece ter dores

nem nada disso, mas chama por mim ou pela minha sogra que já morreu há muitos anos.”

Aplicou-se então a escala de sobrecarga do cuidador disponível no sistema de registos informático dos CSP (escala de Zarit de 22 questões), nesta escala o senhor H apresentou um *score* de 58, que corresponde a sobrecarga moderada a grave. Identifica-se, portanto, o diagnóstico Papel de Prestador de Cuidados Não adequado por Saturação do papel Sim. Isto porque apesar da cuidadora formal passar também a noite a prestar cuidados à senhora L, o senhor H afirma estar cansado por a esposa chamar por ele durante a noite. Diz também estar triste por ver as manifestações da demência da esposa em alguns comportamentos da mesma. Foram avaliadas as situações geradoras de saturação de papel manifestadas pelo senhor H e ele refere que durante a noite a cuidadora formal também tem de descansar e por isso ele assume o exercício do papel durante a noite. O senhor H manifesta problemas associados ao desempenho desse papel, demonstrando dificuldades na delegação de tarefas de cuidado e referindo problemas físicos (cansaço) e psicológicos (tristeza) associados ao desempenho do papel.

No sentido de trabalhar o diagnóstico de Papel de Prestador de Cuidados não adequado, realizaram-se as seguintes intervenções nesta família:

- Promover a comunicação expressiva das emoções
- Promover estratégias de *coping* para o papel
- Promover o envolvimento da família alargada
- Promover atividades não relacionadas com o cuidar da esposa.

Como estratégia específica recorreu-se ao reenquadramento para tentar interromper os ciclos que mantêm o problema, pretendendo-se desta forma, introduzir maior flexibilidade no sistema familiar. No total foram realizadas 10 visitas domiciliárias, com a periodicidade semanal ou quinzenal. Implementaram-se entrevistas onde se permitia escutar o senhor H e procurar em conjunto, formas de utilizar os recursos e as forças identificadas na família. Desta forma, foi possível clarificar as funções atribuídas à cuidadora formal e reforçar a

confiança que a família depositava na mesma, devido aos vários motivos que justificavam a delegação das tarefas que o senhor H identificava como geradoras de maior saturação e stresse para si próprio. Como avaliação do resultado das intervenções verificou-se que após várias semanas de consultas de enfermagem, realizadas no domicílio desta família, o senhor H encontrou um livro que manifestou ter interesse em ler e começou a dedicar tempo à leitura. Verificou-se o envolvimento da família extensa nas folgas da cuidadora formal. Foi realizado o planeamento do Natal em família alargada. O senhor H foi manifestando de forma consciente e gradual a perceção de a esposa estar dependente, mas não em exclusivo de si próprio.

Ao nível dos cuidados prestados individualmente aos elementos desta família, os cuidados de enfermagem prestados ao senhor H incidiram no foco de atenção Stresse do Prestador de Cuidados e foram trabalhados conforme se explanou nos cuidados prestados à família. Aplicou-se novamente, numa das últimas visitas domiciliárias, a escala de sobrecarga do cuidador informal e este valor total reduziu para 40, correspondendo a sobrecarga moderada. O senhor H apresentava como medicação crónica Tapentadol 100mg 1 comprimido por dia, Sinvastatina, 20 mg 1 comprimido por dia, Colecalciferol 1 vez por dia, Pentoxifilina 400 mg 2 vezes por dia, Carvedilol, 6.25 mg 2 comprimidos por dia. Foi avaliada a capacidade para gerir o regime medicamentoso, sendo encontrados os seguintes dados: o senhor providencia o medicamento, ajusta horário e dose do medicamento de acordo com as indicações médicas e prepara o medicamento para a sua auto-administração. Assim, apresenta o diagnóstico de Conhecimento demonstrado sobre Regime Medicamentoso

Em relação à senhora L, verificou-se que esta apresentava Autocuidado Dependente em grau elevado. O índice de Barthel nas primeiras consultas, era o seguinte: alimentação dependente/incapaz (zero pontos), transferências necessita de ajuda de outra pessoa (5 pontos), higiene pessoal dependente, necessita de alguma ajuda (zero pontos), utilização do WC dependente (zero pontos), banho dependente, necessita de alguma ajuda (zero pontos), mobilidade imóvel (zero pontos), subir e descer escadas dependente (zero pontos), vestir precisa de ajuda (5 pontos), controlo intestinal incontinente (zero

pontos) e controlo urinário incontinente (zero pontos). A senhora L é habitualmente substituída, no autocuidado alimentar-se e beber, embora apresentasse potencial para executar algumas tarefas do autocuidado alimentar-se e beber. Foram realizadas intervenções de estimulação junto da senhora L, aquando de visitas domiciliárias realizadas no horário das refeições. Estas intervenções permitiram estimular o potencial da senhora L em realizar o autocuidado alimentar-se e beber de forma quase independente. A cuidadora formal foi verificando através das minhas intervenções, que após algumas consultas em que a senhora L foi estimulada, bastava colocar o prato à frente da senhora L com a comida fracionada em pequenos pedaços e a mesma começou a alimentar-se e a beber sozinha. As intervenções de enfermagem permitiram que a senhora L fosse capaz de descascar frutas, comer e beber de forma independente. Esta intervenção permitiu alterar o índice de Barthel desta senhora para 15, verificando-se ganhos em saúde. Ao nível dos restantes autocuidados, a deterioração cognitiva impedia o potencial de desempenho das atividades ou de colaboração a estes níveis.

Adicionalmente, foram também trabalhados focos de atenção relacionados com a Adesão à Vacinação uma vez que as visitas domiciliárias foram realizadas em plena época de vacinação sazonal a esta família com membros muito idosos, e por isso mais suscetíveis e com indicação para realizarem a prevenção das doenças víricas respiratórias como a gripe e a covid, através da vacinação. O senhor H manifestou conhecimento sobre as vantagens da vacinação sazonal e manifestou também adesão à mesma, pelo que foram administradas as vacinas anti-gripal e anti-covid, bem como alertado para os efeitos pós-vacinais e vigiadas reações vacinais adversas.

4.1.2.3. Família Toulouse

A família Toulouse é constituída pelo senhor A de 86 anos e a senhora T de 84 anos e, de forma a promover a abordagem em saúde familiar no contexto dos cuidados de enfermagem, foi elaborado o seguinte genograma e psicofigura de Mitchell (Figura 6), onde se pode verificar a composição, os vínculos e relações interpessoais numa perspetiva transgeracional da família.

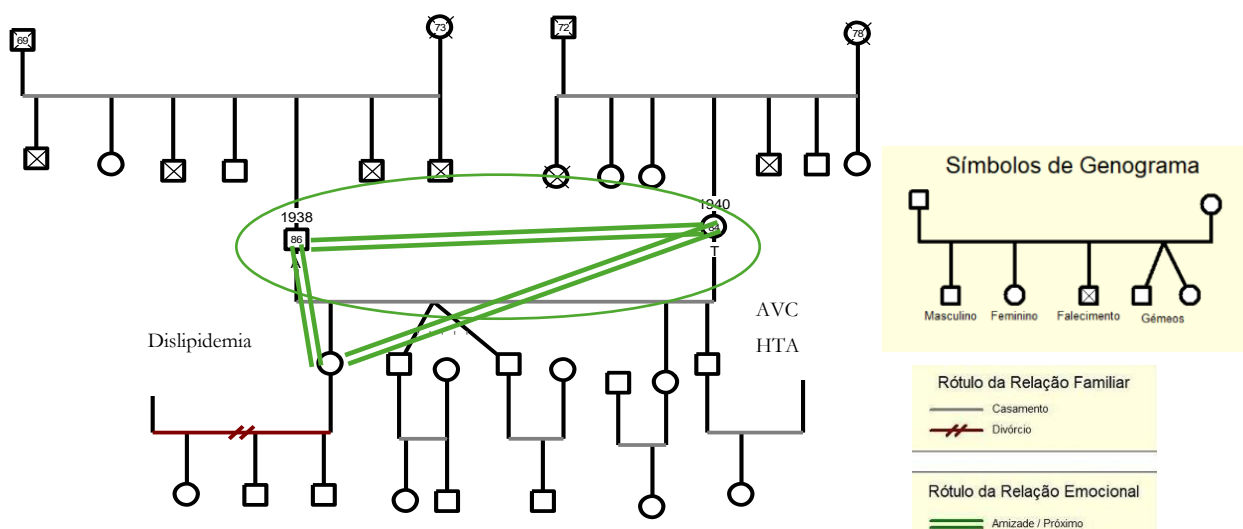


Figura 6 – Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Toulouse

Relativamente à avaliação dos sistemas mais amplos e relações que esta família detém, verificou-se que existem vínculos fortes entre os membros do subsistema conjugal e também com membros da família extensa, nomeadamente com a filha mais velha do casal. A senhora T apresenta como antecedentes um AVC há 19 anos, que teve como sequelas uma hemiparesia à esquerda que condiciona dependência moderada no autocuidado higiene, vestir e despir, transferir-se e uso do vaso sanitário, pelo que o senhor A se apresenta como o prestador de cuidados informal da esposa. De seguida apresenta-se o ecomapa (Figura 7) que aponta a rede de recursos desta família, através da identificação de pessoas e instituições de referência da mesma.

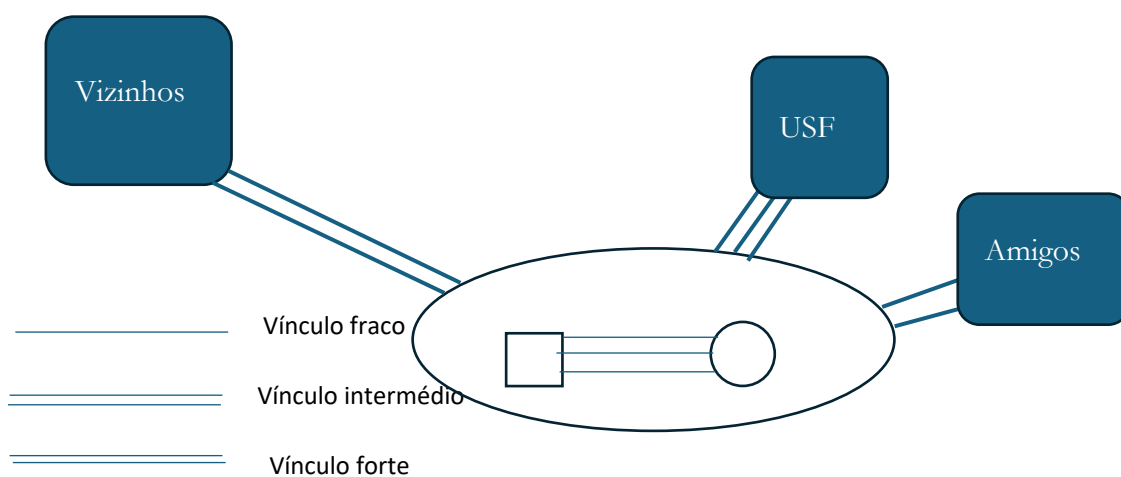


Figura 7 – Ecomapa da Família Toulouse

Conforme representado no ecomapa esta família tem vínculos fortes com a equipa de saúde familiar e vínculos intermédios com os amigos e vizinhos. A família extensa no que à geração seguinte diz respeito, mantém visitas regulares aos pais, principalmente os filhos que residem geograficamente mais próximos destes.

Foram realizadas 8 consultas em visitação domiciliária a esta família. Cada consulta teve a duração média de 1h30.

Neste momento, a origem dos rendimentos familiares é a pensão ou reforma do senhor A. O senhor A trabalhou na exploração de um café/snack-bar próprio, a esposa manteve-se doméstica, colaborando na cozinha do mesmo café, na confeção de refeições.

A habitação possui sala, cozinha, casa de banho, quartos e despensa. Está bem conservada, tem eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, cilindro e máquina de lavar roupa), luz natural e boa ventilação. O Edifício Residencial encontra-se limpo, organizado e funcional. Existe abastecimento de água de rede pública e saneamento básico também de rede pública. O domicílio possui aquecimento através de ar condicionado, abastecimento de gás com botija (uma empresa vem fazer a substituição e manutenção das mesmas).

Ao nível da avaliação da dimensão estrutural desta família, a atividade diagnóstica realizada nas consultas de enfermagem no domicílio da família, permitiram identificar os seguintes diagnósticos: Rendimento Familiar Não Insuficiente (uma vez que os membros da família referem que os rendimentos são suficientes para as despesas que apresentam), Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado, Abastecimento de água adequado e Ausência de Animal Doméstico.

Ao nível da Prevenção de Segurança foram identificados: tapete não fixo ao chão no corredor, na sala de estar/jantar tapete, tapetes na casa de banho, banheira de difícil acesso e ausência de barras de apoio. Quando questionada a família sobre a adaptação às barreiras arquitetónicas identificadas, esta desconhece estratégias de adaptação, não sendo capazes de sugerir-las, no entanto

manifestam preocupação relativamente a estas barreiras identificadas pelos próprios. Verifica-se, portanto, o diagnóstico de Precaução de Segurança Não Demonstrada relacionada com Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónica. Com o objetivo de melhorar o conhecimento da família sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas existentes no edifício residencial, foi realizada a intervenção:

- Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónica.

Esta intervenção foi implementada com as seguintes atividades: explicar à família que existem vantagens na deambulação e segurança da mesma eliminando ou fixando os tapetes que se encontram nas divisões da casa, explicar à família que a colocação de barras de apoio na casa de banho é uma estratégia que pode ser adotada e que promove a segurança através da sua utilização, explicar à família que, para ser mais fácil e seguro aceder e manterem-se em segurança no interior da banheira, existem cadeira/banco de chuveiro, em alternativa a substituição da banheira por uma base de duche poderá ser equacionada.

Após 8 consultas de enfermagem realizadas no domicílio verificou-se que a família já conhecia todas as estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas, tinha eliminado os tapetes e fixado o tapete da sala. Ao nível da casa de banho, pediram orçamentos e negociaram a adaptação deste espaço para melhorar a segurança da família. Na última visita domiciliária realizada já estavam a ocorrer obras de adaptação na casa de banho.

Ao nível da dimensão de desenvolvimento, foram avaliadas as áreas da Satisfação Conjugal e do Papel Parental. Ambos os membros se apresentavam sem alterações cognitivas, o que permitiu esta avaliação e, em simultâneo, iam demonstrando interesse em partilhar, o que sentiam, fazendo-o de forma espontânea, sem haver constrangimentos ou barreiras. Foram utilizadas questões lineares, de escala e circulares. Assim, no que diz respeito à satisfação conjugal foram realizadas perguntas como:

Enf: “Como se sentem em relação à divisão das tarefas domésticas?”

T: “Eu pouco ajudo, porque este lado do meu corpo não me obedece, mesmo após todos os anos de reabilitação que fiz, agora parece que os anos também começam a pesar!”

A: “Mas a minha esposa ajuda em muitas tarefas simples cá em casa, em que não necessita do lado esquerdo! Ela tem esta limitação, mas essa limitação física não a impede de me ajudar nas tarefas domésticas de outras formas. Por exemplo, ajuda-me a dobrar roupas, a pôr e levantar a mesa...”

Enf: “É muito interessante ver como se entendem. Numa escala de 0 a 10 em que 0 é sinal de que não estão mesmo nada satisfeitos e 10 é sinal de que não podiam estar mais satisfeitos, quanto é que se sentem satisfeitos com o tempo que passam juntos?”

A: “Eu estou 10 satisfeito! Estamos sempre juntos, mas às vezes a T fica por períodos sozinha em casa para eu ir fazer algumas compras, ou assim”.

T: “Eu também estou muito satisfeita, talvez 9.”

Enf: “Porquê 9?”

T: “Porque o meu marido está sempre comigo e eu só tenho pena de me ser difícil de o acompanhar nas compras, então optamos por eu ficar em casa, mas não temos culpa disto é só porque tenho pouca força nas pernas e tenho que me sentar muitas vezes.”

Enf: “Costumam falar sobre os vossos sentimentos?”

T: “Sim, falamos sobre tudo.”

A: “A T ouviu um pouco mal por isso eu tenho de falar bem alto para que ela me compreenda (risos)”

Enf: “E quando não estão de acordo em algum assunto, como é habitual resolver isso?”

A: “A chave para resolvermos essas coisas está no diálogo. Nem sempre conseguimos resolver à primeira conversa, sabe enfermeira, é preciso dar

tempo, dormir sobre o assunto e assim depois costumamos chegar a um consenso”.

T: “Quando não concordamos basta refletirmos sobre a situação e normalmente encontramos um acordo. Às vezes levamos mais tempo, outras vezes somos mais rápidos!”

Enf: “E em termos da vivência da sexualidade do casal, como se sentem?”

T: “É muito interessante descobrir novas formas de viver a sexualidade, mesmo na nossa idade existem descobertas no casal. Eu sinto-me feliz mesmo nesse aspeto.”

A: “Quando as coisas funcionam a gente fica feliz, quando não funcionam tão bem, ficamos felizes na mesma, porque apesar de tudo se partilha afeto, ternura e amor.”

Nas famílias com membros idosos, vivenciam-se transformações relacionadas com perda de papéis, perdas relacionadas com a saúde, alterações físicas e preocupações com a integridade. Nesta fase do ciclo de vida das famílias, a intimidade revela ser um fator crucial de segurança e apoio perante essas mudanças (Domingues, 2020).

De acordo com esta atividade diagnóstica podemos identificar o diagnóstico Satisfação Conjugal Mantida por Relação Dinâmica Funcional, Comunicação eficaz, Interação Sexual Adequada e Função Sexual Não Comprometida.

No que diz respeito ao Papel Parental, esta família está na etapa de família com filhos adultos que já saíram de casa há alguns anos. No âmbito dos comportamentos de adesão verificou-se que existia verbalização de saudades dos membros do casal sobre alguns filhos, ou seja, nos itens de satisfação com o contacto mantido em relação aos filhos, verificou-se que esta não estava assegurada. Isto porque dois dos filhos do casal estão emigrados em França e, portanto, não visitam os pais com a mesma frequência que os restantes filhos a residir na mesma freguesia ou nas freguesias próximas à residência dos pais. Nesta situação realizaram-se intervenções para o diagnóstico Papel Parental Não adequado por Comportamentos de adesão Não demonstrado, por na

avaliação diagnóstica, ter sido verbalizada a não satisfação com o contacto mantido com os filhos, nesta família com filhos adultos, no que concerne à sua adaptação à saída dos filhos de casa. As intervenções específicas passaram pela conotação positiva e pela implementação de rituais terapêuticos familiares. A concretização destas intervenções foi realizada com entrevista familiar sistémica da seguinte forma:

Enf.: “Vejo que sentem muitas saudades dos filhos que estão emigrados em França”.

A: “Sim, temos muitas saudades, mas temos de respeitar, eles estão a fazer a vida deles e estão bem, daquilo que sabemos. Temos pena por não podermos estar próximos.”

T: “Sabem enfermeira custa-me muito, mas eu também já fiz o mesmo. Eu e o meu marido também estivemos cerca de 15 anos a trabalhar em França, só depois regressamos, já os nossos filhos andavam lá na escola e tiveram de adaptar-se às mudanças de país.”

Enf. “Então no fundo esses filhos que estão a trabalhar em França, seguiram as pisadas dos pais, não é verdade?”

A: “Sim! Agora não sabemos se eles vão voltar como nós voltamos, ou não?”

Enf: “Eles costumam vir a Portugal algumas vezes?”

T: “Sim, agora acho que é mais fácil para eles viajar do que era para nós, costumam vir pelo menos duas vezes por ano.”

Enf: “Devem ser uns dias de grande partilha e felicidade, quando eles estão por cá...”

A: “Nem imagina, enfermeira! É muito bom”

Enf: “Mesmo quando eles estão em França, existem formas de os pais se sentirem mais próximos dos filhos, uma delas é uma videochamada, por exemplo. Já alguma vez fizeram?”

T: “Falar pelo telemóvel, a ver a cara deles, enfermeira? É isso, não é?”

Enf: “Sim, já experimentaram?”

T: “Já sim. E foi muito bom!”

A: “Pois foi, havíamos de o fazer mais vezes.”

Enf: “Esse comportamento de fazer uma videochamada de família, podia passar a fazer parte dos vossos rituais familiares, por exemplo.”

A: “Estarmos juntos pelo menos uma vez por semana, numa videochamada, não é?”

Enf: “Porque não? Podiam falar com os vossos filhos e ver se lhes é possível, se querem, se podem...”

T: “Não sei, temos que lhes perguntar...”

Algumas semanas após esta intervenção, verificou-se que a família aderiu a este ritual familiar e passaram a realizar ao domingo, após o almoço, uma videochamada com os filhos emigrantes e às vezes também com os filhos que estão a morar em Portugal, pois segundo o senhor A, quando falou aos filhos desta ideia, estes disseram que eles próprios também queriam estar mais vezes com os irmãos e por isso trataram de dinamizar esta ritual familiar alargado. Desta forma, em novembro 2024 houve alteração do status do diagnóstico inicialmente estabelecido relativamente ao Papel Parental, passando a Adequado. Nas consultas realizadas após a implementação deste ritual familiar, verificou-se a verbalização frequente dos membros do casal, sobre a satisfação e a partilha que este momento lhes proporcionava.

Relativamente à dimensão funcional foram avaliadas as áreas do Papel de Prestador de Cuidados e do Processo Familiar. Na área do Papel de Prestador de cuidados como atividades diagnósticas foram realizadas questões transversais e lineares, foram também observados comportamentos relacionados com a prestação direta de cuidados do marido à esposa. Esta atividade diagnóstica permitiu identificar os diagnósticos Papel do Prestador de Cuidados Adequado por Conhecimento do Papel Demonstrado,

Comportamentos de Adesão Demonstrado, Consenso do Papel Sim, Conflito do Papel Não e Saturação do Papel Não.

No que diz respeito à área do Processo Familiar, foi utilizado um instrumento de avaliação da funcionalidade da família: *Apgar Familiar de Smilkstein* (1978) cujas respostas podem ser consultadas no Anexo III. Os membros desta família demonstravam capacidade e interesse em participar, responder e em escrever eles próprios. O instrumento permitiu manifestar o grau de satisfação dos membros da família, sendo que os dois membros desta família avaliaram a família como altamente funcional. Foram ainda realizadas questões circulares sobre as áreas da comunicação e *coping* familiar, interação de papéis e relação dinâmica, sendo que se estabeleceu o diagnóstico de Processo Familiar não Disfuncional, pois os membros do subsistema conjugal não manifestaram qualquer problema ou inquietação relativamente à comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis e relação dinâmica.

Ao nível da prestação de cuidados aos membros da família foram identificados diagnósticos ao nível da Adesão à Vacinação nos dois membros e Autocuidado dependente em grau moderado, no caso da esposa.

Relativamente à monitorização da dependência, a senhora T apresenta um índice de Barthel de 55, na escala modificada de Barthel que está parametrizada no sistema informático dos CSP: na alimentação precisa de alguma ajuda, por exemplo para cortar os alimentos (5 pontos), nas transferências precisa de alguma ajuda (10 pontos), na higiene pessoal, dependente e necessita de alguma ajuda (0 pontos), na utilização do WC precisa de alguma ajuda a limpar-se, a vestir-se e despir-se (5 pontos), no banho está dependente, necessita de alguma ajuda (0 pontos), na mobilidade caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda (10 pontos), no subir e descer escadas precisa de ajuda (5 pontos), no vestir necessita de ajuda (5 pontos), no controlo intestinal controla perfeitamente (10 pontos) e no controlo urinário ocorre um acidente ocasional, no máximo uma vez por semana (5 pontos).

O percurso de reconstrução da autonomia de cada pessoa é essencial para a qualidade de vida da pessoa que experimenta a dependência no autocuidado.

(Brito, 2016). No caso da senhora T a alteração na sua independência ocorreu após o AVC de há 19 anos. De acordo com a senhora T, neste percurso desde o evento até à atualidade, o nível de independência evoluiu gradualmente, de um nível mais baixo para um nível mais elevado de independência. A senhora demonstra nas suas palavras a consciencialização destas mudanças sabendo definir o que mudou e referindo ter melhorado na satisfação das suas necessidades de autocuidado. O facto de a instalação da dependência no autocuidado ter sido súbita, interferiu com a forma como a senhora T percecionou as mudanças que aconteceram. No entanto, o senhor A relata que ao longo do tempo, a senhora T demonstrou envolvimento na reconstrução da autonomia. Segundo Chick & Meleis (1986) esta reconstrução da autonomia é influenciada por fatores extrínsecos e intrínsecos. Entre os aspetos extrínsecos estão os recursos, o suporte social, a família, a comunidade e a sociedade. Os fatores intrínsecos são a condição de saúde, as crenças, a motivação, a consciencialização, a atitude face ao cuidado e os significados atribuídos (Brito, 2016). Verificou-se que a senhora T apresentava confiança em si e empenho para tentar realizar as atividades de autocuidado. No sentido de intervir no diagnóstico de Autocuidado comer e beber dependente em grau moderado, realizaram-se intervenções como:

- Ensinar sobre estratégias adaptativas que promovam maior independência,
- Ensinar sobre dispositivos ou equipamentos que promovem a independência (talheres adaptados com cabo ergonómico)
- Elogiar os progressos.

Nestas intervenções foi possível observar em consultas subsequentes que a senhora T teve acesso a alguns destes equipamentos, realizou a integração gradual das adaptações, alterando o valor do índice de Barthel para 60. Foi possível observar ao longo destas consultas que o significado atribuído pela senhora T sobre a dependência em relação ao seu marido, é encarado de forma positiva, porque a ajuda é prestada por “alguém muito significativo” para ela,

demonstrando muita proximidade, fortes laços de afeto e partilha entre pessoa dependente e familiar cuidador.

Relativamente à Adesão à Vacinação foram realizadas intervenções de planejar a vacinação sazonal de acordo com a vontade expressa de cada um dos indivíduos que já possuíam conhecimentos sobre a sua importância, foram administradas as vacinas anti-gripais e anti-covid e ensinados sobre efeitos pós-vacinais mais frequentes, bem como realizada a vigilância das reações imediatas.

4.1.2.4. Família Porfírio

A família Porfírio é constituída pelo senhor C de 93 anos que apresenta um síndrome demencial, caracterizado por um comprometimento cognitivo global, de evolução progressiva, que afeta funções como memória, linguagem, orientação, atenção, raciocínio, julgamento e capacidade de aprendizagem. A senhora L de 94 anos tem antecedentes clínicos de HTA, glaucoma e insuficiência cardíaca. No genograma apresentado de seguida (Figura 8) explicita-se a composição da família e as suas relações.

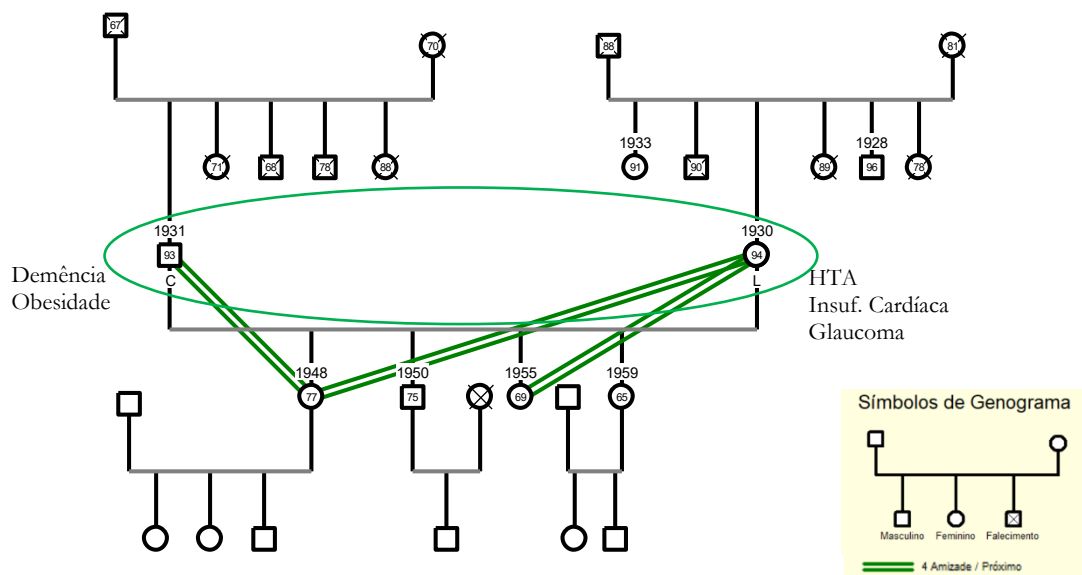


Figura 8 – Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Porfírio

Relativamente ao ecomapa verifica-se que esta família apresenta como rede de recursos externos o serviço de uma IPSS que presta apoio domiciliário (higiene

peçoal e refeições), vizinhos bastante próximos e com contacto diário conforme representado na Figura 9.

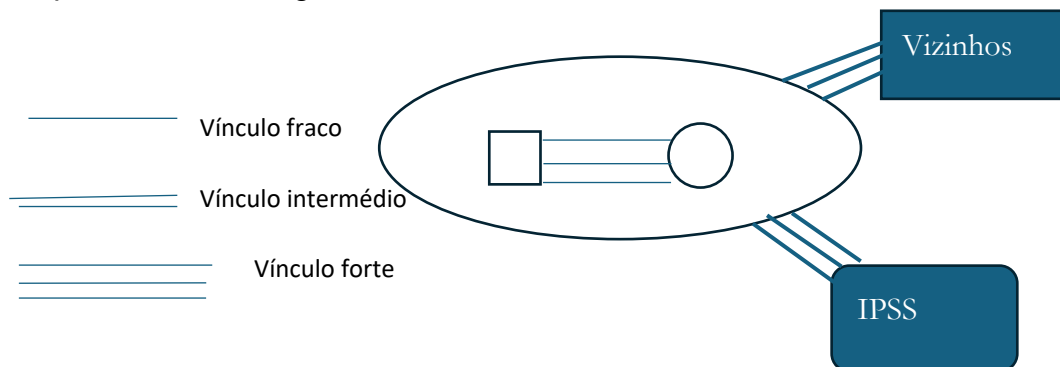


Figura 9 – Ecomapa Família Porfírio

A família tem contacto diário com a família extensa (filhos) presencialmente ou por telefone.

Foram realizadas 8 visitas domiciliárias com a duração média de 1h30. O senhor C e a senhora L foram empregados fabris numa empresa de malhas local, estando aposentados há 20 anos.

No que diz respeito à dimensão estrutural da família, a origem do rendimento familiar é a reforma dos dois membros da família, que segundo a senhora L é suficiente para dar resposta às necessidades da família. O local da residência é considerado um bom local, o tipo de habitação grau 3 por apresentar casa de banho, cozinha, sala e quartos, eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador, máquina de lavar roupa), água da rede pública, saneamento básico, eletricidade, boa ventilação, luz natural e bom estado de conservação. A família apresenta pontuação de notação social da família (Graffar adaptado) de 15, que corresponde a classe IV média. Assim, de acordo com estes dados os diagnósticos identificados foram Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado, Abastecimento de água Adequado e Ausência de Animal Doméstico. Quanto à área de atenção Prevenção de Segurança, a atividade diagnóstica permitiu verificar a existência de sistema de aquecimento realizado através de aquecedores elétricos (a óleo), e fornecimento de gás por empresa responsável pela sua manutenção e segurança. Identificaram-se escadas para entrar no domicílio, no entanto existiam estratégias de adaptação às mesmas, como cadeiras elevatórias, na casa de

banho observaram-se estruturas adaptadas como base de duche, cadeira de banho e barras de apoio. Existia espaço para passar uma cadeira de rodas nas diferentes divisões e na casa de banho, não existiam tapetes, o mobiliário não impedia a passagem e não existiam fios elétricos soltos. Deste modo, o diagnóstico identificado foi Precaução de Segurança Demonstrada.

No que concerne à dimensão de desenvolvimento desta família, havia barreiras ligadas ao diagnóstico de demência do senhor C, que limitavam a abordagem à área da Satisfação Conjugal e do Papel Parental. No entanto, a senhora L referia satisfação no tempo que passavam juntos em casal, demonstrava manifestações de carinho e afeto para com o senhor C. Este porém, estava habitualmente desorientado, nunca manifestando agressividade ou posições hostis. A abordagem de avaliação diagnóstica do Papel Parental foi direcionada à senhora L. Os resultados desta avaliação não identificaram alterações com necessidade de intervenções de enfermagem.

As visitas domiciliárias realizadas, permitiram identificar que nesta família ambos os elementos do casal apresentavam dependência no autocuidado, sendo que o senhor C apresentava Índice de Barthel 45 – alimentação independente (10 pontos), higiene pessoal necessita de ajuda (0 pontos), controlo vesical incontinente (0 pontos), controlo intestinal continente (10 pontos), transferência necessita de muita ajuda (5 pontos), mobilidade independente em cadeira de rodas (5 pontos), utilização de WC necessita de ajuda (5 pontos), vestir-se necessita de ajuda (5 pontos), banho necessita de ajuda (0 pontos), subir e descer escadas necessita de ajuda (5 pontos). Este valor da escala corresponde a uma dependência moderada no autocuidado. Já a senhora L apresentava uma dependência ligeira, fruto essencialmente da diminuição da acuidade visual decorrente do glaucoma, com um Índice de Barthel de 80. Aquando das visitas domiciliárias foi possível avaliar que o Papel de Prestador de Cuidados era realizado pela senhora L, no entanto já ela própria manifestava necessitar de ajuda e sentir-se debilitada para o continuar a exercer referindo:

L: “Sabe senhora enfermeira, já não consigo fazer isto de cuidar do meu marido, estou cansada, ficam coisas por fazer porque eu já não consigo”.

Verifica-se que o apoio domiciliário de que beneficiavam era para a higiene pessoal e alimentação de ambos os membros da família. Ao avaliar a saturação do papel e explorando quais as situações geradoras de saturação, verificou-se que a senhora L referia sentir que ela própria necessitava de ser cuidada, sentia necessidade de saber que existia alguém por perto que visse se o marido estava bem, que já não se sentia capaz de continuar a cuidar, porque ela se esquecia de algumas coisas às vezes, ou não reparava noutras coisas como por exemplo se o marido se tinha sujado a comer. A senhora L referia medo durante a noite pela possibilidade de necessitar de chamar ajuda e dificuldades em assegurar os cuidados ao marido ao nível da transferência e troca de fralda do mesmo. As afirmações da senhora L iam de encontro à vivência de uma situação de crise, pela transição que se encontravam a viver face à doença de um dos seus membros. Neste contexto, a adaptação da família resulta dos esforços mobilizados, no sentido da coconstrução de um novo nível de funcionamento face à situação de crise familiar, suscitando respostas adaptativas dos indivíduos, a que acrescentamos as forças do sistema familiar (Gottlieb, 2016). Inciei a intervenção para o diagnóstico Papel de prestador de cuidados Não adequado por saturação do papel, pelo que implementei as seguintes intervenções:

- Promover a comunicação expresiva de emoções
- Promover estratégias de *coping* para o papel como o recurso a atividades de lazer outrora realizadas pela senhora L como ouvir rádio
- Promover o envolvimento da família alargada
- Requerer e orientar para serviços sociais

Estas intervenções foram realizadas com recurso às técnicas transversais, à entrevista familiar sistémica e à abordagem orientada para a solução.

A escuta ativa da senhora L permitiu identificar expressões emocionais associadas ao desafio entre cuidar e renunciar a si própria, ao seu bem estar. A complexidade emocional relacionada com esta ambivalência provocava na senhora L sentimentos de angústia, ansiedade e culpa. A senhora L chorava com

frequência verbalizando o medo do futuro enquanto família, designadamente por o seu marido demonstrar cada vez maiores dificuldades e incapacidades. Assim a senhora L questionava-se sobre como iria fazer para prestar os cuidados necessários e apoiar o seu marido. Recorreu-se à normalização para que a senhora L compreendesse que toda a ambivalência que sentia, é frequente em situações similares e em simultâneo desenvolveu-se a abordagem orientada para a solução. Através de competências de diálogo, a senhora L foi construindo soluções e com esta intervenção o processo de mudança baseou-se na coconstrução de objetivos e recursos. A questão milagrosa adotada foi: “O que seria diferente se a senhora L, não tivesse que cuidar do seu marido?” Esta abordagem permitiu a reflexão da senhora L e posteriormente ela abordou a família extensa para esta problemática. Numa visita domiciliária seguinte, a senhora L pediu-me se poderia falar com uma das filhas por telefone. Acedi ao pedido e ao falar com ela, pude informar sobre os recursos da comunidade existentes, nomeadamente sobre os serviços sociais do centro de saúde, orientando para uma consulta com a assistente social. Após estes contactos, uma das filhas veio passar algumas noites a casa dos pais e estabeleceram uma escala entre os irmãos para pernoitarem junto dos pais de forma a que estes pudessem repousar com maior segurança. Posteriormente a família extensa em conjunto e de acordo com a família nuclear alargaram o serviço de apoio domiciliário diurno que tinham, optando por uma situação de apoio domiciliário diferente, que inclui a permanência constante de uma auxiliar de saúde durante um período fixo de horas por dia.

Ao nível do Processo Familiar não foram identificadas alterações nas áreas de comunicação familiar, coping familiar, interação de papés familiares, relação dinâmica ou crenças familiares, pois a única preocupação da senhora L residia na dimensão instrumental do funcionamento familiar.

Ao nível da prestação de cuidados aos membros da família individualmente foi diagnosticado o Risco de úlcera de pressão no senhor C, através da escala de Braden, verificou-se que este apresentava um risco moderado de úlcera de pressão (14): percepção sensorial ligeiramente limitada (3 pontos), pele ocasionalmente húmida (3 pontos), atividade sentado (2 pontos), mobilidade

muito limitada (2 pontos), nutrição adequada (3 pontos), problema de fricção e forças de deslizamento (1 pontos), pelo que foi avaliado o conhecimento da prestadora de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão e a capacidade da prestadora de cuidados para prevenir úlcera de pressão. A prestadora de cuidados não demonstrava conhecimento sobre o processo patológico, sobre os fatores de risco, sobre a importância do estado nutricional, demonstrava conhecimentos sobre os cuidados a ter com a pele, não demonstrava conhecimento sobre a necessidade de alternância de decúbitos, sobre dispositivos para alívio da pressão nem sobre sinais de úlcera de pressão, também não demonstrava conhecimento sobre forma de atuação em caso de aparecimento de úlcera de pressão. Quanto à capacidade do prestador de cuidados, esta não demonstrava capacidade para cuidar da pele, pela limitação da diminuição da acuidade visual, demonstrava capacidade para alternar decúbitos e demonstrava capacidade para usar dispositivos para alívio da pressão. Desta avaliação emergiu o diagnóstico Potencial para melhorar o conhecimento da prestadora de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão. Foram instituídas as seguintes intervenções:

- Ensinar a prestadora de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão (nomeadamente condições de risco para o aparecimento de úlceras de pressão)
- Ensinar a prestadora de cuidados sobre dispositivos de prevenção de úlcera de pressão.
- Ensinar a prestadora de cuidados sobre técnica de posicionamento.

Estas intervenções foram implementadas à senhora L. Posteriormente foram avaliadas uma das filhas do casal e a auxiliar de saúde que foi contratada para prestar cuidados ao senhor C, no sentido de dar continuidade a estes cuidados preventivos.

Ao nível da Adesão à Vacinação foram implementadas atividades diagnósticas, verificando-se a adesão dos indivíduos à vacinação sazonal, planearam-se as intervenções de vacinação anti-gripal e anti-covid, foram administradas as

vacinas, vigiadas as reações vacinais e ensinados sobre efeitos secundários mais frequentes da vacinação.

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

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o regulamento nº 428/2018 integra as competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária na área da saúde familiar, sendo que uma das competências se prende com a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Neste contexto, verifica-se que a prestação de cuidados especializados às famílias se reveste de uma grande complexidade e necessidade de aperfeiçoamento e atualização constantes. Foram implementadas, na USF onde decorreu o estágio, medidas de promoção de uma cultura organizacional de formação e a participação em processos de formação/treino aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Neste subcapítulo pretende-se descrever as atividades desenvolvidas no sentido da gestão do sistema de cuidados de saúde da família nos diferentes níveis de prevenção, através da articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, através da promoção e da colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde e instituições.

Ao longo do estágio existiu trabalho em equipa, nomeadamente com a equipa de médicos, enfermeiros e secretários clínicos da USF onde decorreu o estágio. Este contacto permitiu clarificar dados sobre as famílias e colaborar com processos de melhoria contínua da qualidade da USF, nomeadamente no Plano de Melhoria da Satisfação dos Profissionais definido em Plano de Ação e Carta de Compromisso da USF.

A colaboração interdisciplinar e a articulação com outras equipas de saúde concretizaram-se solicitando apoio ao nível da URAP, nomeadamente ao nível do serviço social, sinalizando famílias à equipa de assistentes sociais. Desta

forma permite-se a referenciação para intervenção dos profissionais diferenciados, que estão habilitados a dar a resposta mais integrada e informada relativamente às necessidades sociais, ou outras identificadas. Para além do serviço social existente na URAP, também foi possível articular com o serviço de nutrição. No contexto de membros da família Miguéis com o diagnóstico de obesidade, que se encontravam motivados e aceitaram o acompanhamento nutricional realizado por um nutricionista. Neste caso houve referenciação do indivíduo para este recurso assistencial existente no centro de saúde. Na mesma forma, houve possibilidade de referenciação para o serviço de saúde oral existente no centro de cuidados de saúde primários, devido à identificação de problemas de saúde oral num dos membros da família Miradouro.

A gestão dos cuidados de saúde da família nos diferentes níveis de prevenção, foi implementada através da identificação dos recursos da comunidade, o seu conhecimento e divulgação. A existência de grupos e de respostas sociais ao nível da comunidade como a Universidade Sénior, os Vicentinos ou Seniores em Movimento, permitiu ampliar as forças das famílias que se envolveram nestes projetos (concretamente a família Miguéis aderiu à proposta da Universidade Sénior) e permitiu através da divulgação, sensibilizar a equipa de enfermagem para os meios existentes na sua área geográfica de abrangência e que podem dinamizar, difundir e em última instância podem funcionar como apoios em dinâmicas de educação para a saúde ou outras.

Tendo presente a relevância do processo formativo, procurou-se identificar as necessidades formativas e/ou as oportunidades existentes na USF. Para tal, elaborou-se um documento que avaliou as necessidades formativas em saúde familiar disponível no Anexo IV. Na Carta de Compromisso da USF existe um Plano Anual de Formação que tem explanadas as necessidades formativas identificadas pela equipa durante o ano 2024. Neste documento público destaca-se que nenhuma das necessidades formativas integrava a temática da saúde familiar. Com a perspetiva de contribuir para o planeamento do Plano de Formação do ano seguinte desenvolveu-se um plano formativo capaz de estimular a equipa de enfermagem no sentido de aprofundar temáticas da saúde familiar.

Com base nos resultados obtidos, concretizou-se o objetivo de liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, sendo planeada uma formação onde foi utilizado o Modelo Multinível de Kirkpatrick (1959), para a sua avaliação. Este modelo apresenta uma estrutura de trabalho para a avaliação da eficácia de uma formação e do desenvolvimento de competências das organizações. O modelo propõe quatro níveis de avaliação que permitem monitorizar o impacto da formação, desde a participação imediata dos participantes até aos resultados organizacionais. Os quatro níveis do Modelo de Kirkpatrick (2006) são: a reação (que mede a satisfação dos participantes com a formação), a aprendizagem (avalia se os formandos adquiriram conhecimentos, competências ou atitudes durante a formação), o comportamento (observa se houve mudanças ou não nas práticas no local de trabalho após a formação) e os resultados (que afere o impacto global da formação nos resultados organizacionais). Este Modelo é amplamente utilizado em organizações e apresenta vantagens como ser simples e estruturado, permitir identificar o retorno sobre o investimento da formação e ajudar a alinhar a formação com os objetivos ou os indicadores de desempenho da instituição (Miranda et al., 2025).

A formação em serviço dos profissionais de saúde assume-se como essencial para garantir qualidade, segurança e inovação nos cuidados prestados às famílias e aos seus membros. Como a área da saúde está em constante evolução, a aprendizagem contínua é fundamental para acompanhar novas práticas, tecnologias e evidências científicas (Chaghari et al., 2017). A formação em serviço promove a garantia de uma cultura organizacional de formação, de prática e de investigação interprofissionais, mas também cria e suporta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. A formação em serviço permite recorrer às tecnologias de informação e comunicação promovendo e dando visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar e sobre os sistemas de informação e tecnologias disponíveis, para melhorar os resultados em saúde familiar.

Aplicando o questionário de identificação das necessidades formativas (Anexo IV), que contemplava 5 questões acerca da ESF, ressaltou a unanimidade de

respostas positivas à questão “Tem necessidade de ter formação na área da Enfermagem de Saúde Familiar?”

Relativamente à questão sobre os temas específicos que gostariam de ver aprofundados na área da enfermagem de saúde familiar, as respostas foram divididas em: três enfermeiros da equipa gostariam de aprofundar conhecimentos no âmbito dos registos clínicos, dois enfermeiros expressaram interesse na aprendizagem através de estudos de caso e outro elemento manifestou interesse na área da utilização do programa de Saúde da Família.

Em relação à pergunta “Conhece o programa de Saúde da Família disponível no S.Clínico?” 5 em 6 enfermeiros responderam que sim e apenas 1 afirmou não conhecer.

Ressalta-se ainda a resposta à pergunta “Alguma vez realizou a avaliação e intervenção numa família nuclear com membros muito idosos” em que 4 em 6 respostas foram negativas e as respostas positivas (2), referiram dificuldades nos registos dessas avaliações e intervenções: “dificuldade em identificar diagnósticos e em registar intervenções”, “dificuldade em realizar registos e défices da parametrização disponível”.

Realizaram-se duas perguntas de escala de 1 (nada capaz) a 10 (totalmente capaz): uma sobre como cada enfermeiro perceciona a sua capacidade de avaliação e intervenção numa família. Os resultados estão representados no gráfico 6.

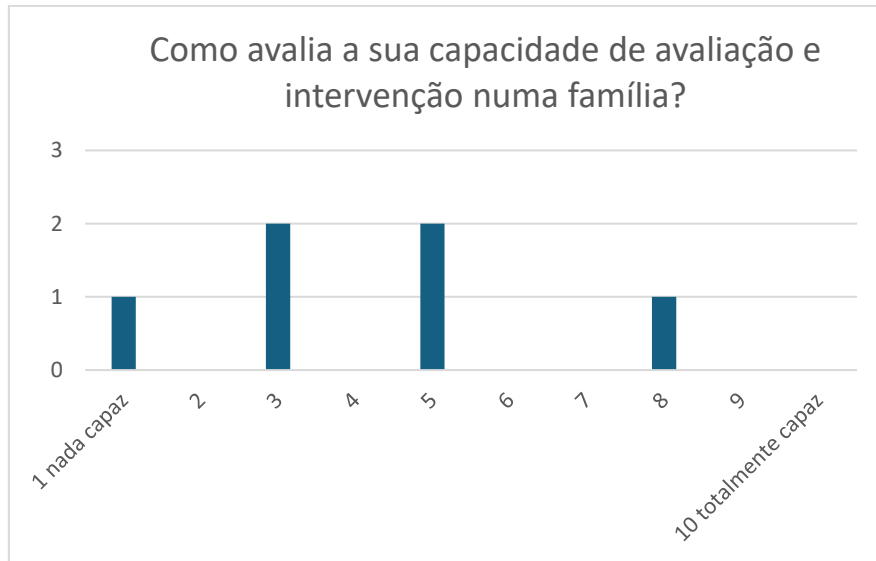


Gráfico 6: Perceção do enfermeiro em relação à sua capacidade de avaliação e intervenção familiar

Nesta questão um enfermeiro atribuiu o valor 8, um enfermeiro atribuiu o valor 1, dois enfermeiros atribuíram o valor 3 e dois enfermeiros atribuíram o valor 5.

A segunda pergunta de escala, referia: "Como avalia a sua capacidade de avaliação e intervenção em famílias com membros muito idosos (≥ 80 anos)?". Os resultados apresentam-se esquematizados no Gráfico 7.

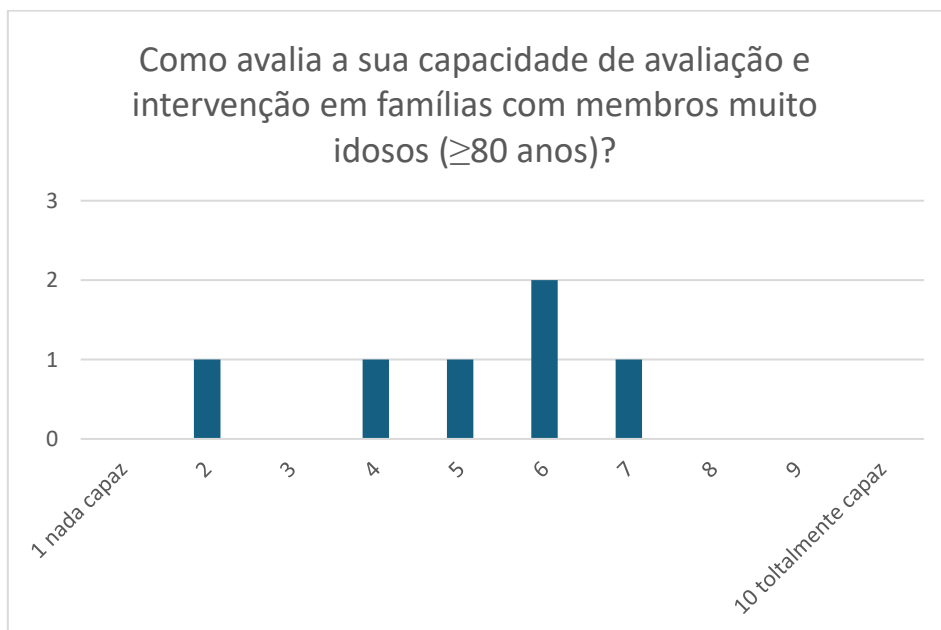


Gráfico 7: Perceção do enfermeiro em relação à sua capacidade de avaliação e intervenção em famílias com membros muito idosos

Teve como resultado uma resposta no nível 7, duas respostas no nível 6, uma resposta no nível 5, uma resposta no nível 4 e outra resposta no nível 2.

Obtidos estes resultados na avaliação das necessidades, elaborou-se um Plano da Sessão Formativa que se apresenta no Anexo V. Neste documento está descrito o planeamento da formação com objetivos gerais e específicos definidos, os conteúdos programáticos, a metodologia técnico-pedagógica adequada e os recursos didáticos.

O momento formativo decorreu com a participação da equipa de enfermagem, havendo flexibilidade e ajuste às características do espaço e às condições disponíveis. A apresentação realizada disponibiliza-se no Anexo VI.

No final da formação foi distribuído um questionário que tinha o objetivo de fazer a avaliação da sessão formativa (Anexo VII), cumprindo o primeiro nível de avaliação do Modelo de Kirkpatrick relativamente à satisfação dos participantes com a formação. Este questionário foi anónimo e avaliava a satisfação dos participantes relativamente a diferentes parâmetros. As respostas a este questionário foram unânimes em todas as dimensões, avaliadas com a classificação máxima (Muito bom).

Após uma semana, foi aplicado um outro documento que repetia as questões de escala que tinham sido colocadas na avaliação das necessidades formativas, permitindo aferir se houve mudanças e/ou aprendizagens decorrentes desta formação em serviço. Verificou-se que os enfermeiros assumiram estar motivados, com mais conhecimentos e capacidades para realizar avaliação e intervenção familiar após a sua participação nesta formação, pois passaram a perceber maior capacidade para avaliar e intervir numa família, bem como para avaliar e intervir em famílias nucleares com membros muito idosos.

Este momento de aplicação do questionário, pretendeu cumprir o segundo nível do Modelo de Kirkpatrick que se refere à aprendizagem dos indivíduos sujeitos à formação. Para monitorização do terceiro nível de Kirkpatrick: mudanças nas práticas, optou-se por, após quatro semanas da realização da formação em serviço, verificar no sistema de monitorização MiMuf, informações sobre o tipo

de Programa de Saúde ativo em Consultas de Enfermagem na USF, para perceber se houve um aumento na identificação do Programa de Saúde: Saúde da Família, após a formação. Em junho de 2024 o Programa de Saúde da Família tinha sido ativado em 10 consultas de enfermagem. Verificou-se nesta altura (janeiro de 2025), que o número de Programa de Saúde ativo: Saúde da Família aumentou para 38.

Relativamente ao quarto nível do Modelo de Kirkpatrick, que se refere aos resultados, seria importante comparar indicadores relativos à saúde familiar. No entanto, no que concerne à especialidade de enfermagem de saúde familiar, quase não existem indicadores definidos capazes de mensurar os ganhos em saúde direcionados à unidade família, mas sim apenas direcionados à saúde dos seus membros. Desta forma, seria importante existirem indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde familiar para a saúde da população, sendo estes fundamentais para integrar programas de melhoria contínua e avaliação de ganhos em saúde. No futuro, seria importante equacionar e testar diversos indicadores que viessem a dar a visibilidade e o valor aos cuidados de enfermagem que são significativos para as pessoas, famílias e comunidades. A limitação temporal do estágio condicionou a investigação e proposta destes indicadores, neste contexto.

Para além da atividade da formação em serviço realizada na USF durante o estágio, participei em eventos científicos e outros com o propósito de desenvolver e promover a visibilidade do conhecimento em Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente através da participação no First International Congress of Family Health, com a comunicação oral intitulada: “Causas de Burnout nos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários”, realizado nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Também participei como palestrante no encontro Centros de Preparação para o Matrimónio com a comunicação oral intitulada: “Família, Fertilidade e Planeamento” no dia 30 de março de 2025, dinamizado pela Federação Portuguesa dos Centros de Preparação para o Matrimónio e como oradora no webinar Open Days sobre o Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da

Saúde Familiar no dia 16 de abril de 2025 dinamizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (Anexo VIII).

Houve também a participação em outros eventos científicos como:

- Webinar Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica, realizado a 15 de junho de 2023, organizado pela Ordem do Enfermeiros;
- Webinar Hipertensão Arterial: intervenção de enfermagem, realizado a 17 de maio de 2023, organizado pela Ordem do Enfermeiros;
- Webinar Como escrever um Artigo Científico, realizado a 12 de julho de 2023, organizado pela Ordem do Enfermeiros;
- Webinar Elaboração e apresentação de Estudos de Caso, realizada a 5 de julho de 2023, organizado pela Ordem dos Enfermeiros;
- Webinar Enfermagem às Quintas: O Papel da Direção de Enfermagem nas ULS, realizado no dia 22 de junho de 2023, organizado pela Ordem dos Enfermeiros;
- Webinar Lado a Lado.Com: Promoção do equilíbrio e da Saúde Mental, realizado a 26 de junho de 2023, organizado pela Ordem dos Enfermeiros;

5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo visa fazer uma reflexão sobre todo o processo de aprendizagem vivido durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, mais especificamente as aprendizagens desenvolvidas durante as UCs Estágio de natureza profissional com relatório – Módulo I e Módulo II. Este caminho foi percorrido com algumas intercorrências, não obstante, houve em todos os momentos, pontos-chave de melhoria pessoal e profissional e por tudo isso foi um percurso extremamente gratificante.

De acordo com a OE, que regulamenta as competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e as competências específicas (Regulamento n.º 428/2018) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar, vai explanar-se a reflexão crítica do trabalho realizado que se traduziu no desenvolvimento de capacidades e competências, enriquecimento e aprofundamento de conhecimentos, práticas e técnicas.

5.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

No que diz respeito às competências comuns aos enfermeiros especialistas, salienta-se que a responsabilidade profissional, ética e legal foi uma constante transversal e presente em todos os domínios de intervenção durante o estágio. Prestar cuidados é um serviço de grande responsabilidade e relevância, sendo essencial que todas as decisões clínicas estejam assentes na responsabilidade ética e deontológica. O respeito pelos direitos humanos foi um alicerce basilar de toda a práxis desenvolvida, desde o planeamento à avaliação sistemática das melhores práticas e em estreita colaboração com o cliente. O cuidado humano é um dos fios condutores na disciplina e na essência da enfermagem, pelo que toda a prática preconizou uma atuação que garantisse a integridade e a humanização na prestação de cuidados (Palheta et al., 2020). Também o valor do sigilo clínico foi preservado, sendo que todas as informações relativas aos clientes foram mantidas em anonimato e a vontade das famílias e dos seus membros foi sempre respeitada, bem como a sua privacidade e consentimento.

5.2. Melhoria contínua da qualidade

As USF elaboram um regulamento interno, uma carta de qualidade, um plano de ação e têm objetivos e metas a atingir (Silva, 2023). Ao nível da melhoria contínua da qualidade, verificou-se a colaboração da mestranda nos planos de auditoria interna do serviço e na dinamização da área de governação clínica ligada à formação e à segurança. Enquanto profissional em formação em contexto de estágio, a participação em reuniões de serviço, possibilitou a reflexão sobre o processo de trabalho, as exigências de transformações de práticas e a utilização do saber para alcançar a missão da instituição alinhando com o preconizado por Souza et al. (2022). No grupo de governação clínica de formação foi dinamizado o levantamento das necessidades formativas e a concretização da formação em serviço. Com respeito à segurança foi apoiada a implementação de estratégias para a identificação inequívoca do utente, para a redução dos riscos promovendo o ambiente terapêutico e seguro.

5.3. Gestão dos cuidados

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, houve a constante articulação com o serviço e as suas equipas multiprofissionais, permitindo as deslocações em visitas domiciliárias e a referenciação para as equipas da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, garantindo a qualidade dos cuidados e a melhor gestão dos recursos. A concretização desta competência revela a importância da interdisciplinaridade e o papel do enfermeiro especialista enquanto agente colaborativo em processos de mudança, na construção de novas realidades individuais e familiares (Ferreira et al., 2022). Em concreto um membro da família Miguéis foi referenciado para a consulta de nutrição, enquanto a família Porfírio foi orientada para o Serviço Social e um membro da família Miradouro foi orientado para a consulta de medicina dentária. Simultaneamente, a visibilidade do trabalho desenvolvido no estágio e a formação em serviço implementada, permitiram promover mudanças, agregar valor às competências e atitudes dos profissionais assegurando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e dos resultados em saúde. Deste modo, foi

possível influenciar processos de melhoria, fomentando a vontade de aprofundamento e especialização profissional dos colegas.

5.4. Desenvolvimento de aprendizagens profissionais

O domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais revelou-se concretamente na postura da mestranda no serviço onde se desenvolveu o estágio. O respeito, o sigilo e a empatia para com os profissionais do serviço que recebem os profissionais em formação, foi fundamental, bem como o reconhecimento da noção de si, que interfere no estabelecimento da relação terapêutica, mas também multiprofissional. A autonomia do profissional está intimamente ligada ao conhecimento para a tomada de decisão, neste sentido foi desenvolvida a capacidade de aprender a aprender, ampliando capacidades de análise e decisão (Palheta et al., 2020). Neste nível de competência salienta-se ainda a preocupação constante em centrar todo o exercício profissional na evidência científica disponível e em participar em formações relacionadas com a ESF como formanda e como oradora.

5.5. Cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

A especificidade do trabalho a ser desenvolvido por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar abrange uma pluralidade de situações, dinâmicas e problemáticas deveras desafiantes. A prestação de cuidados é realizada à família como unidade de cuidados, unidade esta que é concomitantemente a unidade básica da sociedade. Porém esta unidade que consiste na família, ao longo dos anos, está a sofrer mudanças consideráveis, quer na sua estrutura, quer nas suas funções e interações (Sousa, 2023). Estas mudanças estão relacionadas com diversos fatores, como por exemplo: os padrões de fertilidade, as taxas de natalidade, o aumento do número de solteiros, divorciados e de famílias reconstruídas, também o grande número de crianças que vivenciam a situação de divórcio na família ou integram uma família monoparental liderada pelo homem ou pela mulher e o crescente número da população idosa. De facto, independentemente da estrutura e destas

modificações, todas as famílias mantêm determinadas funções: manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às necessidades familiares, às necessidades dos seus membros individualmente e ser o que cada família pretende ser.

De uma forma global, a reflexão das competências desenvolvidas e aprendizagens feitas neste contexto, nomeadamente a prestação de cuidados a famílias com membros muito idosos, refletem a riqueza, muitas vezes escondida, que a nossa sociedade e cultura insiste em ignorar. O problema é olharmos para o idoso como alguém que já foi, e não como alguém que ainda é. Este pensamento de Costa (2020) desperta para o facto de na sociedade atual, o envelhecimento ser frequentemente visto como uma inevitabilidade acompanhada de rótulos. Este fenómeno, manifesta-se como um preconceito estrutural e simbólico que tem impacto nas pessoas idosas de maneira abrangente, afetando as suas relações interpessoais e o modo como são tratadas pelas instituições e pela sociedade. Além de influenciar o olhar da sociedade sobre os idosos, este preconceito pode afetar profundamente a forma como os próprios idosos percebem a sua identidade e o seu valor. No plano intrapessoal e familiar, os estereótipos negativos associados ao envelhecimento agravam o isolamento social e dificultam a participação ativa na comunidade (Oliveira, 2025).

A opção pela visitação domiciliária foi uma iniciativa com o intuito de compreender estas famílias na sua complexidade e meio envolvente. No seu edifício residencial, existiu a possibilidade de realizar as consultas num meio mais acolhedor e propenso ao fortalecimento da relação terapêutica, simultaneamente permitiu uma avaliação das necessidades e uma intervenção mais sustentada através da recolha de dados por observação, crucial na avaliação das interações entre os membros da família e, igualmente, na avaliação da dimensão estrutural do MDAIF. Estar junto das famílias com membros muito idosos, no seu contexto real, permite reconhecer que a interiorização de perceções preconceituosas pode levar a uma desvalorização pessoal. Este ciclo de interiorização não só limita a autoestima, como também cria barreiras para que os idosos possam contrariar a visão estereotipada que a

sociedade projeta sobre eles. Muitos acabam por se afastar gradualmente das esferas sociais, dificultando ainda mais a sua integração e reforçando as ideias pré-concebidas sobre a velhice. Nas famílias trabalhadas, percecionei esta realidade, que apenas através da dedicação de tempo nas consultas, na constante aplicação de técnicas transversais como as questões lineares, de escala, circulares e reflexivas, a escuta ativa, a relação terapêutica criada e a atenção dedicada aos testemunhos destas famílias permitiram avaliar, intervir e avaliar o resultado das intervenções. Deste modo, deu-se cumprimento à unidade de competência de estabelecimento de uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas (Regulamento n.º 428/2018).

As intervenções específicas utilizadas, como por exemplo o reenquadramento, a conotação positiva, a abordagem orientada para a solução, os rituais terapêuticos ou a escultura permitiram que a própria família encontrasse dinâmicas suas e recursos internos e externos que se traduziam em forças familiares capazes de transformar problemas, em novos caminhos e em superação. Pude testemunhar como as intervenções familiares podem destacar, neste tipo de famílias, áreas como a inovação, o empreendedorismo e as artes, facilitando que os idosos desempenhem papéis de grande relevância social e familiar. Estes exemplos mostram que o envelhecimento e a intervenção especializada de enfermagem de saúde familiar, são uma oportunidade para redescobrir e criar individualmente ou em família. Neste contexto, comprova-se a unidade de competência relativa a intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.

Ao realizar as consultas no domicílio das famílias houve vantagens claras no que diz respeito à observação do ambiente familiar, a avaliação das barreiras arquitetónicas, a localização e o tipo de habitação. Ao mesmo tempo, o facto de as consultas decorrerem no ambiente das próprias famílias permitiu avaliar de uma forma mais contextualizada as interações entre os membros da família (Egry & Fonseca, 2000). As consultas realizadas em contexto de visita domiciliária foram propostas e aceites pelas famílias, sendo que foram sempre salvaguardados os princípios éticos e deontológicos profissionais.

Os cuidados prestados às famílias e aos seus membros, assentes em evidência científica, possibilitaram a capacitação da família para a definição de metas e para o desenvolvimento de um plano de cuidados colaborativo. O que se reflete na aquisição da competência inerente ao desenvolvimento da prática de enfermeira de família baseada na evidência científica.

A função do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar é ajudar as famílias a enfrentar os desafios suscitados pelas mais variadas transições familiares, mobilizando o apoio da família e reduzindo a hostilidade e o sofrimento intrafamiliar, recorrendo a estratégias e técnicas próprias e propícias ao bem-estar familiar (Figueiredo, 2023a). Dentro destas técnicas destaco a circularidade como forma de envolver todos os membros da família nas intervenções familiares específicas. Desta forma, foi dada resposta à unidade de competência de facilitar a resposta da família em situações de transição complexa.

Fundamental em todo este processo, foi o registo das avaliações e intervenções realizadas, indo de encontro à unidade de competência de formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem. O registo sistemático em sistemas de informação preparados e desenhados para este fim, é fulcral, pois permite dar continuidade aos cuidados e quantificar ganhos em saúde, dando maior visibilidade ao trabalho desenvolvido pela enfermagem de saúde familiar. A matriz operativa MDAIF, apresenta-se como um recurso extraordinário para a operacionalização de dados avaliativos e de intervenções com integridade referencial aos diagnósticos identificados nas famílias, no entanto, esta matriz operativa não está completamente disponível e integrada (a todos os níveis) no programa de registos informáticos. Assim, permanecemos no impasse de não estar facilitada a monitorização e a contratualização de indicadores direcionados especialmente para os cuidados prestados às famílias.

Em praticamente todos os diagnósticos intervencionados houve mudança de status, verificando-se ganhos em saúde para as famílias. O mesmo se verificou

a nível individual nos diagnósticos e nas intervenções dirigidas aos indivíduos e à promoção da sua saúde aos diferentes níveis de prevenção.

5.6. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

No âmbito da competência liderar e colaborar nos processos de intervenção na área da Enfermagem de Saúde Familiar, foi desenvolvida a unidade de competência referente à articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família. Esta competência foi concretizada na referenciação de membros de diferentes famílias (consoante as necessidades identificadas), para distintos serviços: serviço social, nutrição ou serviço de saúde oral. Este processo demonstrou a fundamental colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde, no que se refere aos cuidados de saúde à família. Em simultâneo, existiu a colaboração entre a mestranda, as famílias e os seus membros, nas tomadas de decisão relativas ao estado de saúde dos indivíduos e das famílias. Os cuidados colaborativos visaram a potenciação das forças e competências das famílias, em que a intervenção da mestranda constituiu uma atividade dialógica, numa perspetiva sistémica (Ferreira et al., 2022).

Quanto à unidade de competência: “Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento nº 428/2018), a concretização deste objetivo foi viabilizada através da realização da formação em serviço e da participação em eventos científicos.

A sessão de formação em serviço realizada teve como objetivo promover uma cultura organizacional baseada na formação, na prática e na investigação interprofissionais. Os objetivos específicos desta formação, passaram por apresentar a especificidade da Enfermagem de Saúde Familiar, explorar a aplicação prática da matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e apresentar um caso clínico motivando a avaliação e intervenção familiar em famílias nucleares com membros muito idosos.

No contexto da formação em serviço desenvolvida, salientou-se que a ausência de registos ou a falta de uniformização dos mesmos, dificulta a monitorização e continuidade dos cuidados prestados, o que pode comprometer a segurança, qualidade, eficácia e visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados às famílias. Dessa forma, ao incentivar a implementação dos registos de enfermagem, pretendeu-se não apenas aperfeiçoar a transmissão de informação dentro da equipa para assegurar uma continuidade eficaz dos cuidados, mas também capacitar e motivar os profissionais para que a qualidade dos seus cuidados se reflita na documentação realizada. Para tal, foram utilizados os sistemas de informação e as tecnologias disponíveis, com o intuito de otimizar os resultados na área da saúde familiar. O desenvolvimento desta competência de promoção de uma cultura organizacional de formação, de prática e de investigação interprofissional, resultou no aumento significativo da quantidade de consultas com registos no Programa de Saúde da Família, na unidade onde decorreu o estágio.

A avaliação dos resultados obtidos, decorrente do processo formativo e do acompanhamento dos enfermeiros na documentação dos cuidados, permitiu consolidar uma visão partilhada da importância e valor da Enfermagem de Saúde Familiar enquanto área especializada. Além disso, a utilização dos sistemas de informação, nomeadamente o S.Clínico-CSP para registar os cuidados prestados às famílias, contribuiu para a valorização e maior visibilidade da ESF, através da aplicação das tecnologias de informação e comunicação.

6. CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório retrata as vivências, as atividades realizadas e os resultados obtidos, no que diz respeito ao desenvolvimento de competências específicas e comuns do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da saúde familiar.

Na UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, foram dados os primeiros passos no conhecimento da área geográfica e dos seus recursos, na população abrangida pelo serviço e na lista de famílias da enfermeira cooperante. A análise da amostra de 60 famílias foi o primeiro contacto com as famílias através da lente da enfermagem de saúde familiar, permitindo distinguir características das mesmas. Nesta UC foram também iniciados os cuidados às famílias, alicerçados em referenciais teóricos norteadores. Foi a apropriação do MDAIF como modelo teórico de referência que permitiu desenvolver a prestação e o registo dos cuidados às famílias num paradigma centrado na família, perspetivando-a como cliente.

A UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II revelou-se muito positiva e gratificante dada a aprendizagem, o contacto com as famílias, a utilização dos meios e recursos disponíveis para otimizar os cuidados prestados e os ganhos em saúde. Mas também pelo trabalho desenvolvido no seio da equipa que me acolheu, em contexto de colaboração no processo de aprendizagem. De ressaltar a abertura e disponibilidade da equipa multidisciplinar para a concretização de processos de formação em serviço, enquanto aprofundamento profissional, e a constatação da abertura da equipa para as realidades (singularidades e especificidades) e os conhecimentos inerentes à enfermagem de saúde familiar.

A análise de todo este percurso, e de acordo com os objetivos definidos inicialmente, permitiu verificar que estes foram atingidos, através do desenvolvimento das competências supracitadas.

No entanto, surgiram desafios relacionados com as limitações de tempo, essencialmente para poder dar continuidade ao trabalho iniciado.

Em suma, recomenda-se a continuidade da implementação de estratégias que favoreçam a documentação estruturada dos cuidados, garantindo uma prática clínica baseada em evidências. Além disso, seria muito benéfico e relevante alargar a investigação nesta área, analisando de forma aprofundada o impacto das intervenções na saúde das famílias.

A experiência adquirida neste estágio reforça a importância da enfermagem de saúde familiar na promoção do bem-estar e na adaptação das famílias às complexidades inerentes ao ciclo de vida e às suas transições, evidenciando a necessidade de abordagens holísticas e interdisciplinares, de uma enfermagem especializada, baseada na evidência e significativa para as famílias e para os seus membros.

O maior desafio no contexto da prática clínica foi sem dúvida, alterar a perspectiva pessoal (com anos de prática exercida na comunidade), centrada no indivíduo e nas suas respostas às situações, habituada a ver a família como contexto. Adotar uma nova perspectiva sistémica, centrada na família enquanto unidade em transformação e sistema autopoietico foi desafiante e, em simultâneo, apaixonante e valioso.

Concluindo, o estágio proporcionou uma experiência enriquecedora no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem às famílias. A compreensão da estrutura, do desenvolvimento e dos padrões funcionais das famílias permitiu o desenvolvimento de uma prática direcionada para a sua capacitação face aos seus processos de transição, normativos ou acidentais. Permitiu uma abordagem colaborativa, flexível e dialogante que reconhece a complexidade das famílias e a sua unicidade. O desenvolvimento de competências na documentação dos cuidados, aliado à utilização dos sistemas de informação, revelou-se essencial para assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Assim, esta experiência reforçou a importância da enfermagem de saúde familiar e da sua atuação na resposta às complexidades da saúde familiar, consolidando conhecimentos e práticas que contribuirão para um exercício profissional mais qualificado e humanizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad, O. B., Boschi-Pinto, C., Lopez, C. A. D., Murray, J. L., Lozano, R., & Inoue, M. (2001). *Age standardization of rates: A new WHO standard*. World Health Organization.
- Azevedo, M. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: Uma revisão integrativa* [Dissertação de mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica – Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* [Dissertação de mestrado]. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica do Porto.
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81–95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>
- Bertoni, A., & Bodenmann, G. (2010). Satisfied and dissatisfied couples: Positive and negative dimensions, conflict styles, and relationships with family of origin. *European Psychologist*, 15(3), 175–184. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000015>
- Borges, G., Guimarães, C., Campos, A., Fonseca, L., Mata, S., & Takara, T. (2023). *Diagnóstico de situação de saúde*. Colaborações.
- Brandão, D., Ribeiro, Ó., & Paúl, C. (2017). Functional, sensorial, mobility and communication difficulties in the Portuguese oldest old (80+). *Acta Médica Portuguesa*, 30(6), 463–471. <https://doi.org/10.20344/amp.8060>
- Brito, M. (2016). Reconstrução da autonomia – uma teoria explicativa. In *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 59–71). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Caldeira, S., & Timmins, F. (2016). *Cuidado espiritual em enfermagem: Princípios, valores e prática*. Loures: Lusociência.
- Campbell, T. L., McDaniel, S. H., Cole-Kelly, K., Hepworth, J., & Lorenz, A. (2002). *Family interviewing: A review of the literature in primary care*.

- Carmo, I. (2014). *Risco de queda em idosos na comunidade: contributo para a construção de um instrumento de avaliação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cavalcante, A., Rodrigue, A., Paiva, G., Netto, J., & Goyanna, N. (2017). Aplicação do Modelo Calgary para Avaliação Familiar na Estratégia Saúde da Família. *Enfermagem Brasil*, 16(2), 105–119.
- Chaghari, M., Saffari, M., Ebadi, A., & Ameryoun, A. (2017). Empowering education: A new model for in-service training of nursing staff. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 5(1), 26–32.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology – Issues and implementation*. New York: Aspen.
- Costa, J. (2020). *O valor da sabedoria: Paradoxos do aprender até morrer*. <https://jpintodacosta.com/wp-content/uploads/2020/10/O-VALOR-DA-SABEDORIA.pdf>
- Dias, B. L., Porto, A. L. D., & Andrade, D. L. M. de. (2022). Exercício físico e envelhecimento: uma perspectiva muscular, cardiovascular e psicológica. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(2), 6706–6721. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-240>
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139–156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Domingues, C. L. (2020). *Sexualidade e intimidade no processo de envelhecimento – uma perspetiva masculina* [Tese de mestrado, Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2502/1/Cristiana_Domingues.pdf
- Dyess, S., & Gottlieb, L. (2013). Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family. *Nursing Forum*, 48(1), 2–2. <https://doi.org/10.1111/nuf.12011>

- Egry, E., & Fonseca, R. (2000). Family, home visiting and nursing: Reviewing the collective health nursing labour process. *Journal of School of Nursing USP*, 34(3). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000300002>
- European Anti Poverty Network. (2024). *Dia Europeu da Solidariedade entre Gerações*.
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Estado da Saúde na UE*.
- Fernandes, M. (2023). Cuidando da pessoa idosa. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1.ª ed., pp. 204–208). Lidel.
- Fernandes, R. (2021). *Envelhecimento e qualidade de vida – Visão do utente de centro de dia*. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais.
- Ferré-Grau, C. (2023). Entrevista familiar sistémica. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 403–406). Lidel.
- Ferreira, M. M. H. P., Figueiredo, M. H., Guedes, V. M. S., Marques, A. F., Lopes, A. R., Moreira, A. R., Santos, M., Lopes, M., Gomes, T. V., & Peixoto, M. J. (2022). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 77–90. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.187>
- 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. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família* (Lusociência, Ed.). Lusociência.
- Figueiredo, M. (2023a). *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª Ed.). Lidel.
- Figueiredo, M. (2023b). Princípios da entrevista familiar sistémica. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 407–416). Lidel.

- Figueiredo, M., Grau, C. F., Andrade, C., Santa, L., Monteiro, M. J., & Charepe, Z. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em cuidados de saúde primários.
- Figueiredo, M. (2023). Pressupostos e etapas da entrevista familiar sistémica. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 417–421). Lidel.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2010). Avaliação familiar: Do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.12559>
- Gomes, B., & Martins, M. (2016). Funcionalidade, autonomia e dependência. In *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 29–39). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças* (Lusodidata, Ed.). Lusodidata.
- Guerra, M., Porto, M., Araujo, A., Souza, J., Santos, G., Santana, W., Andrade, W., Santana, A., Silva, S., & Nascimento, M. (2021). Envelhecimento: Interrelação do idoso com a família e a sociedade. *Research, Society and Development*, 10(1), e3410111534. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11534>
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem.
- Ho, A. (2020). Taking family-centered care seriously. *The American Journal of Bioethics*, 20(6), 65–67. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1754521>
- Imaginario, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021*. Lisboa: INE. <https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6th ed.). Linfield Authors Book Gallery.
- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). *Evaluating training programs: The four levels* (3rd ed.). Berrett-Koehler Publishers.

- Kokorelias, K., Gignac, M., Naglie, G., & Cameron, J. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>
- Kraus, T., & Silva, M. (2023). Enfermagem baseada nas forças. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (1.ª ed., pp. 392–397). Lidel.
- Lennartsson, C., Eyjólfssdóttir, H., Celeste, R., & Fritzell, J. (2018). Social class and infirmity: The role of social class over the life-course. *SSM - Population Health*, 4, 169–177. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.12.001>
- Lumini, M., & Freire, R. (2016). As novas tecnologias no processo de cuidar. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 143–159). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Martins, M., & Gomes, B. (2016). Avaliação multidimensional da pessoa. In *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 41–57). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Martins, M., & Ribeiro, O. (2023). Famílias e envelhecimento. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (1.ª ed., pp. 200–203). Lidel.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2012). *Genogramas: Avaliação e intervenção familiar* (3.ª ed.). Artmed.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2017). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança* (3.ª ed.). Climepsi Editores.
- Ministério da Saúde. (2008). *Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro*. Diário da República nº 38 – I Série, páginas 1182 - 1189
- Ministério da Saúde. (2017). *Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho*. Diário da República n.º 118 – I Série, páginas 3128 – 3140
- Ministério da Saúde. (2023). *Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro*. Diário da República, I série, n.º 215, pp. 4–20.

- Miranda, F., Santos, B., Kristman, V., & Mininel, V. (2025). Employing Kirkpatrick's framework to evaluate nurse training: An integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 33, e4431. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7250.4431>
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543–552. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009226>
- Moreira, M. J. (2020). *Como envelhecem os portugueses – envelhecimento, saúde, idadismo*. <https://www.pordata.pt/Publicacoes/Livros/Como+envelhecem+os+portugueses+-196>
- Nóbrega, M., Silva, K., & Toso, B. (2021). Enfermagem de família: Avanços e desafios na consolidação do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 6), e20210090. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0090>
- Noller, P., Feeney, J., & Ward, C. (2014). Determinants of marital quality: A partial test of Lewis and Spanier's model. *Journal of Family Studies*, 3(2), 226–239. <https://doi.org/10.5172/jfs.3.2.226>
- Nunes, A. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: Desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós - Gerontologia*, 20(4), 49–71. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71>
- Oliveira, I. (2025). Há tesouros por descobrir: Outra faceta da inclusão. *Ponto SJ*. <https://pontosj.pt>
- Oliveira, P. (2011). *Competência percebida para agir em Enfermagem de Família – Avaliação do impacto do uso do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no processo formativo*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144–167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: Web annex. Evidence profiles*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Step safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240021914>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021–2023*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde. (2024). *Envelhecimento e saúde*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho. Diário da República n.º 124 – II série, páginas 17384 – 17391
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Diário da República n.º 135 – II Série*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26 – II Série*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar – Tomada de posição n.º 01/2023 da mesa do colégio da especialidade de comunitária*. <https://internationalfamilynursing.org/2015/07/31/ifna-position-statement-on->
- Palheta, A. M. da S., Cecagno, D., Marques, V. de A., Biana, C. B., Braga, L. R., Cecagno, S., Moura, P. M. M., & Porto, A. R. (2020). Formação do enfermeiro por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizado: Influências no exercício profissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190368. <https://doi.org/10.1590/interface.190368>
- Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (2016). A sobrecarga e o stress do cuidador. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 95–111). Lusodidacta.
- Peixoto, M. J., & Santos, C. (2009). Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos de Saúde*.
- Pinto, L., Leal, F., Soares, L., Reis, L., Carvalho, D., Paiva, B., & Figueiredo, M. H. (2024). Aplicabilidade do MDAIF na enfermagem: Uma scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(2), 1–12. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i2.328>

- Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Edições Afrontamento.
- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. (2023). Entrevista motivacional. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 459–462).
- Rodrigues, R., Kusumota, L., Santos, E., Fhon, J. R. S., & Fabrício-Wehbe, S. (2018). A família e o cuidado ao idoso: Realidade e desafios. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(1), 10–19. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170141>
- Sardinha, A., Falcone, L., & Ferreira, M. C. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 395–402. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300013>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Quarteto Editora.
- Silva, M. A. (2023). Os cuidados de saúde primários em Portugal: Uma história de mais de 50 anos – A perspectiva de um futuro médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 39(4), 355–359. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i4.13732>
- Silva, M., Kraus, T., & Figueiredo, M. (2023). Ciclo Vital da Família. In Editora Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 152–158).
- Soares, S. (2016). Gestão da intolerância à atividade. In *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 183–195). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Sousa, E. (2023). As políticas sociais. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 29–32).
- Sousa, F., Figueiredo, M., & Erdmann, A. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista Pesquisa em Saúde*, 2179–6238, 60–63.
- Souza, G. P., Beltran, R. I. L., Figueiredo, K. C., Trigueiro, T. H., Siqueira, C. P. de, Pol, T. A. da S., & Figueredo, A. S. (2022). Estratégias para o desenvolvimento da liderança de enfermeiros nos serviços de saúde: Revisão de escopo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 21, e6598. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226598>

- Souza, R., Alvarenga, M. R. M., Amendola, F., Silva, T. M. R., Yamashita, C. H., & Oliveira, M. A. de C. (2015). Vulnerability of families of elderly citizens cared for by the Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680209j>
- Spínola, A., & Figueiredo, M. (2023). Conceito de Família. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 92–95). Lidel.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2019). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7.^a ed.). F. A. Davis.

ANEXOS

ANEXO I

Prestação de Cuidados às famílias Miguéis e Miradouro

Família Miguéis

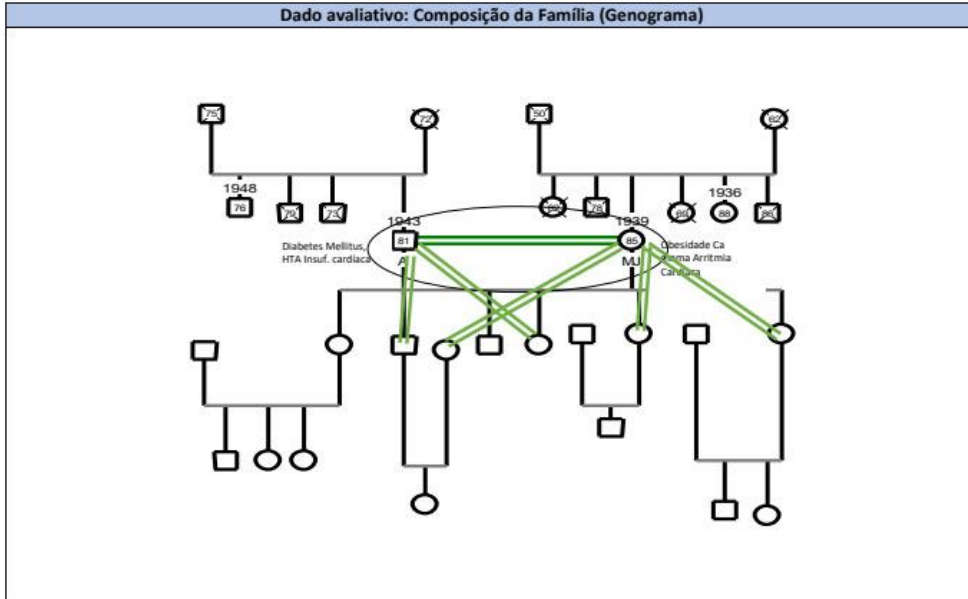
Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)



Dado avaliativo: Tipo de Família

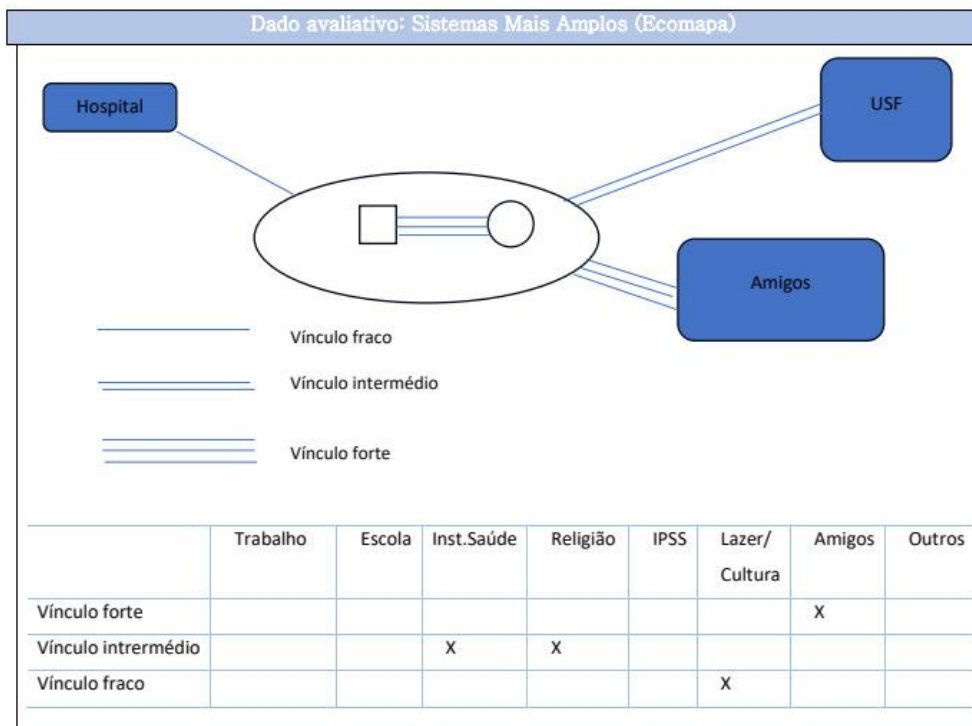
Família nuclear	X	Coabitação	
Família reconstruída		Família Institucional	
Família monoparental		Comuna	
Monoparental liderada pelo homem		Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher		Alargada	

Dado avaliativo: Família Extensa

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Tipo	Nome(s)				Parentesco(s)
	Filhos, Genros, Noras e Netos				
Pessoal	X	X	X	X	
Telefónico	X	x	x	x	
Carta/e-mail	_____				
Outro:					
Intensidade de contacto	Diário ou quase diário				
Semanal					
Quinzenal					
Mensal					
Outro:					
Função das relações					
Companhia social					X
Apoio emocional					X
Guia cognitivo e conselhos					X
Regulação social					X
Ajuda material e de serviço					X



Dado avaliativo: Classe social

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)									
GRANIS	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) - Brigadiiro/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 e 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 equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, 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 1) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível 1	- 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) - Coabitação 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" Courner, Septembre, 1956, Vol. VI - n° 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Graffar classificação 14, classe média a 30 de Set 2024

Profissão: Pequenos industriais (3)

Instrução: 6º ano (4)

ORF: Pensionistas ou Reformados (4)

Tipo de Habitação: Casa ou andar bastante espaçosa e confortável (2)

Local de Residência: zona residencial elegante (1)

Rendimento Familiar Suficiente

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	A ORIGEM DO RENDIMENTO É A PENSÃO OU REFORMA DO CASAL ↓ - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <i>A família demonstra conhecimento sobre a gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares. "O nosso rendimento não tem sido um problema para nós, tudo o que precisamos temos tido oportunidade de adquirir"(sic)</i>
Critérios diagnósticos	Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Demonstrado</u>
Diagnóstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

--	--

Dado avaliativo: Edifício Residencial						
					Sim	Não
Tipo	Barraca		Divisões	Cozinha	X	
	Habitação social			Sala	X	
	Apartamento			Quartos	X	
	Vivenda ou moradia	X		Casas de Banho	X	
	Outro (especificar)			Barreiras Arquitetônicas		X
Tipo de aquecimento		Abastecimento de gás		Higiene da habitação		
				Sim	Não	
Aquecedor a gás		Gás canalizado		Habitação espaçosa	X	
Aquecedor elétrico		Botija		Habitação Conservada	X	
Lareira		Nenhum		Ventilação	X	
Cobertor elétrico				Luz Natural	X	
Central	X					
Outro						
Nenhum						

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação: Grau 2: - água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural - Higiene da Habitação Presente - Conhecimento Demonstrado sobre governo da casa - Conhecimento Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional Dados observados no domicílio: Edifício Residencial limpo, organizado e funcional.
Critérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro Edifício residencial Não Negligenciado

Dado avaliativo: Abastecimento de água

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

			Controlo da qualidade da água (rede privada)	
Abastecimento de água	Não tem			
	Rede Pública	X	Sim	Não
	Rede Privada (poço)			
	Rede Mista			
Serviço de Tratamento de resíduos (Saneamento básico)	Rede Pública	X		
	Fossa Séptica			
	Não tem			

Foco	Abastecimento de Água	
Juízo	Adequado	X
	Não Adequado	
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado Se: <ul style="list-style-type: none"> Utilização da água de rede privada para consumo humano e a família <u>NÃO</u> efetua o controle de qualidade e/ou Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade e/ou Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água 	

Dimensões	Juízo	
	Demonstrado	Não Demonstrado
Conhecimento sobre controlo da qualidade da água	X	
Conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água	X	

Dado avaliativo: Precaução de Segurança		
	Sim	Não
Presença de barreiras arquitetónicas		X
Presença de Aquecimento e conhecimento sobre utilização de equipamento de aquecimento	X	
Presença de gás doméstico e conhecimento sobre utilização de equipamento	X	
Observações: Apresentam tapetes no quarto, sala e cozinha, no entanto estão fixos ao chão. Apresentam casa de banho espaçosa, base de duche e apoios.		

Foco	Precaução de Segurança	
Juízo	Demonstrado	X
	Não Demonstrado	
Critérios diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada se: <ul style="list-style-type: none"> Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou Utilização de gás doméstico Sim e Conhecimento não demonstrado sobre 	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

	utilização de equipamento e/ou <ul style="list-style-type: none"> Equipamento elétrico Sim e Conhecimento não demonstrado sobre manutenção de equipamento elétrico e/ou Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
--	--

Dimensões	Juízo	
	Demonstrado	Não Demonstrado
Conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento	X	
Conhecimento sobre utilização de equipamento	X	
Conhecimento sobre manutenção de equipamento elétrico	X	
Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	X	

Dado avaliativo: Animal doméstico		
	Sim	Não
Presença de animal doméstico		X
Vacinação		
Desparasitação		
Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.):		

Foco	Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	- Ausência de <u>Animal doméstico</u>

Adaptado de Figueiredo (2012)
 Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)	
Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	X

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	Atividade diagnóstica <i>Como se sentem em relação às tarefas domésticas e à partilha das mesmas?</i>	Resultados MJ: "Sinto-me bem. Um faz umas coisas o outro faz outras. Eu já fiz mais, agora é o A que me substitui quando já me sinto cansada ele termina algumas tarefas." A: "Sim, por exemplo é a MJ que costuma cozinhar e sou eu que costumo arrumar a cozinha".
	Fundamentação "A grande maioria dos homens e das mulheres da atualidade concordam que o trabalho doméstico deve ser partilhado, no entanto, são poucos os homens que, de facto, partilham as tarefas domésticas de forma igual e que assumem também uma responsabilidade pelas atividades a ser realizadas em casa" (Rilhó, 2011)	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.2- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
<u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>Como se sentem em relação ao tempo que passam juntos?</i>	Resultados A: "Eu sinto-me bem" MJ: "Eu também, até porque passamos imenso tempo juntos"
	Fundamentação "Esta sintonia emocional passa pela presença de comportamentos de comunicação positiva entre o casal reveladores de empatia, tomando cada um a perspetiva do outro, tendo-a em consideração e realmente ouvindo e respondendo a cada uma das necessidades relativamente a um futuro partilhado" (Silva, 2016)	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
<u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	Atividade diagnóstica Costumam conversar sobre os vossos sentimentos?	Resultados MJ: "Eu costumo falar sobre o que sinto. Sempre nos entendemos, e já é assim há muitos anos" A: "Eu talvez seja mais reservado... não gosto muito de falar, mas a minha mulher compreende-me."
	Fundamentação "No entanto, é necessário que os casais sejam capazes de comunicar e metacomunicar sobre as suas relações porque, no processo comunicacional, além de sentimentos e conteúdos diz-se, sempre, qualquer coisa sobre o interlocutor"(Silva, 2016)	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Critérios diagnósticos	Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Relação dinâmica Não Disfuncional	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um	
<u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	Atividade diagnóstica Costumam conversar sobre as expectativas e receios de cada um?	Resultados MJ: "u sou mais comunicativa e sim falo mais sobre esse tipo de coisas." A: "Eu sou mais reservado mas também comunico o que sinto".
	Fundamentação "No entanto, é necessário que os casais sejam capazes de comunicar e metacomunicar sobre as suas relações porque, no processo comunicacional, além de sentimentos e conteúdos diz-se, sempre, qualquer coisa sobre o interlocutor"(Silva, 2016)	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
<u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	Atividade diagnóstica e resultados E quando não concordam com algo, como é?	Resultados A: "Quando não concordamos falamos sobre o assunto até chegarmos a um entendimento" MJ: "Às vezes sou eu que cedo outras vezes é ele, depende..."
	Fundamentação "...apreciar a complexidade e sutileza da comunicação em situações de conflito é indispensável. Aliás, em certos casos a comunicação pode contribuir para a divergência de perspetivas. Contudo, falar acerca do conflito tem sempre o potencial de trazer mais perspetivas, tornar explícitas as perceções e assunções do outro e do próprio, ainda que existam exceções em que a comunicação reforça pensamentos divergentes" (Silva, 2016)	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	Atividade diagnóstica Como se sentem em relação à forma como comunicam um com o outro?	Resultados A: "Sentimo-nos bem"
	Fundamentação "A comunicação como chave-mestra na resolução positiva e construtiva dos desacordos parece constituir assim um dos fatores fundamentais que predizem o ajustamento conjugal nesta fase" (Silva, 2016)	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz	
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
<u>Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</u>	Atividade diagnóstica Em relação à vivência da vossa sexualidade enquanto casal, como se sentem?	Resultados MJ: "Eu sinto-me bem, houve um crescimento da nossa relação a vários níveis e este ponto não é excepção" A: "Sim, eu concordo com a MJ".

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade	
	Não foi avaliado	
<u>Conhecimento do casal sobre sexualidade</u>	Atividade diagnóstica e resultados Souberam sempre lidar com as mudanças a nível da sexualidade?	Resultados MJ: "Penso que sim" A: "Sim, primeiro sempre que acontecem dificuldades, procuramos o nosso médico de família, em quem confiamos e que nos tem sempre ajudado a todos os níveis"
Critérios diagnósticos	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não	
Subdiagnóstico	Interação Sexual Adequada	
Dimensão	B.1.3- Função Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
<u>Disfunções Sexuais</u>	Atividade diagnóstica Existe neste momento algum problema ao nível da vossa sexualidade?	Resultados A: "Já houve e mais uma vez, o médico ajudou a resolver. Neste momento, penso que não há." MJ: "Sim, temos nos sentido bem".
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
	Não foi avaliado	
<u>Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais</u>	Atividade diagnóstica e resultados Não foi avaliado por a família manifestar a ausência de disfunções sexuais	Resultados A família não manifestou interesse em aprofundar estas questões da sexualidade.
Critérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim <u>ou</u> Item 1: Sim e Item 2: Não	
Subdiagnóstico	Relação Sexual Não Comprometida	

Foco	Satisfação Conjugal	
Juízo	Mantida	X
	Não Mantida	
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: <ul style="list-style-type: none"> • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida 	

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
	Atividade diagnóstica <i>Como é a vossa relação com os vossos</i>	Resultados A: "Cada um tem a sua vida, mas continuamos a partilhar

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	filhos?	ajuda e apoio uns com os outros" MJ: "Uns estão mais próximos, outros estão mais afastados, mas somos uma família feliz"
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	Atividade diagnóstica <i>Como é a vossa relação com os vossos filhos?</i>	Resultados MJ: "Damo-nos muito bem sra enfermeira. Os que moram mais perto, estamos mais vezes juntos." A: "Os que estão mais longe, falamos mais vezes por telefone com eles."
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
<u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	Atividade diagnóstica <i>E a vossa relação com genros e noras, como é?</i>	Resultados A: "Damo-nos todos muito bem"
	Fundamentação "A coesão familiar não é sinónimo de fechamento, mas de abertura ao exterior, possibilitando o envolvimento nas questões comuns a outros cidadãos e maior capacidade de gerir múltiplos estímulos" (Figueiredo, 2023a)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.3- Satisfação com o contacto mantido	
<u>Satisfação com o contacto mantido</u>	Atividade diagnóstica <i>Como se sentem em relação ao tempo que passam juntos em família mais alargada?</i>	Resultados MJ: "Gostamos muito de estar todos juntos, nem sempre é possível, mas..." A: "Os nossos filhos vão organizando uns encontros esporádicos da família toda completa, e isso é muito bom."
	Fundamentação "As mudanças funcionais, estruturais e internacionais específicas desta etapa, incidem nas questões da conjugalidade, do envelhecimento e na redefinição relacional com a geração dos filhos e dos pais, caso estes ainda sejam vivos." (Figueiredo, 2023a)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.5- Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	
<u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	Atividade diagnóstica <i>Como é a vossa relação com os vossos genros e noras?</i>	Resultados A: "É uma boa relação" MJ: "Não nos metemos demasiado na vida deles e eles também não se metem demais na nossa (risos)"
	Fundamentação "As mudanças funcionais, estruturais e internacionais específicas desta etapa, incidem nas questões da conjugalidade, do envelhecimento e na redefinição relacional com a geração dos filhos e dos pais, caso estes ainda sejam vivos." (Figueiredo, 2023a)	
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.3- Existência de consenso do papel	
<u>Consenso do Papel</u>	Atividade diagnóstica Estão satisfeitos com o vosso papel enquanto pais?	Resultados MJ: "Sim estamos"
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.4 – Conflito do papel	
Atividade	B.7.4- Não existência de conflitos de papel	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Diagnóstica do item <u>Conflitos do Papel</u>	Atividade diagnóstica Ser pai e mãe nem sempre é fácil, concordam comigo?	Resultados A: “Pois claro que há momentos mais complicados mas graças a Deus nunca tivemos assim problemas muito grandes ou difíceis de resolver.”
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Não	
Dimensão	B.7.5 – Saturação do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Saturação do Papel</u>	B.7.5- Não existência de saturação do papel	
	Atividade diagnóstica	Resultados MJ: “Acho que apesar de todas as dificuldades conseguimos transmitir aos nossos filhos os valores que achamos mais importantes”
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Não	

C-DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente (eliminar o que não se adequa)	
SIM	
NÃO	X

PROCESSO FAMILIAR

COMUNICAÇÃO FAMILIAR

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Comunicação Emocional		
Quem na família expressa mais os sentimentos?	A esposa	
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (Se NÃO, especificar)	x	
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (Se NÃO, especificar)	x	
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (Se NÃO FAVORÁVEL, especificar)	x	
Comunicação Verbal/ Não Verbal		
	SIM	NÃO
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem	X	
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros	X	
Comunicação Circular		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família	x	
Impacto que tem na família a forma como cada um se	x	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Coping Familiar		
Solução de Problemas		
1. Quem na família expressa mais os sentimentos? A esposa		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas? Ambos		
	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família	X	
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (Se NÃO, especificar)	X	
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (Se SIM, especificar)	X	
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (Se SIM, especificar)	X (o sr. A já estava dependente no autocuidado em grau reduzido e a Sra MJ teve que ser internada para uma cirurgia à mama, durante o internamento um filho e a nora arranjaram estratégias para dar o apoio necessário até o regresso da esposa.)	
Papéis Familiares		
Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor? Ambos		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	X	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		X
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		X
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira? Ambos		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	X	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		X
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		X
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico? Ambos		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	X	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		X
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		X
4. Quem desempenha Papel Recreativo? MJ		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)		X
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)	X	
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		X
5. Quem desempenha Papel de Parente? Ambos		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	X	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		X
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		X
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família? Poder explícito o senhor A, poder implícito MJ. Assumem partilha do poder.		

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros	X	
Alianças e Uniões		
	SIM	NÃO
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros		
Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião	X	

1. Coesão e adaptabilidade da família

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 Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.				X	
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.				X	
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.			X		
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.				X	
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.				X	
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.				X	
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.				X	
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				X	
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.			X		
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família		X			
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.				X	
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.				X	
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					X
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	X				
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					X
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.				X	
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.			X		

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.		X			
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.			X		
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.				X	
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.				X	
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros		X			
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.			X		
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	X				
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.		X			
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.				X	
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.		X			
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros				X	

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Coesão familiar																	
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazer		Score
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30	60
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	49	5	

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			
6	70	65	Ligada	6	54	50	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
5	64	60		5	49	46			
4	59	55	Separada	4	45	43	Estruturada	4	Intermédia
3	54	51		3	42	40			
2	50	35	Desmembrada	2	39	30	Rígida	2	Extrema
1	34	15		1	29	15			

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

2. Funcionalidade da família – percepção dos membros

APGAR Familiar de Smilkstein

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.		X			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.		X			
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.		X			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X			
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	A	MJ			
Família com moderada disfunção					
Família com disfunção acentuada					

3. Crenças familiares

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – CRENÇAS FAMILIARES	
Religiosas	Católicos não praticantes
Espirituais	Falam sobre espiritualidade e sentido para a vida, leem sobre o assunto (principalmente a esposa)
Valores	Prezam os valores da família, do respeito, da entreajuda e do amor.
Culturais	Apreciam dança e história
Intervenção dos profissionais de saúde	Facilidade no acolhimento de sugestões, integram os profissionais com facilidade no seio familiar e procuram essa interação.

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz	
<u>Comunicação Emocional</u>	<p>Atividade diagnóstica <i>Estão satisfeitos com a forma como cada um expressa os sentimentos e qual o impacto dessa expressão na família?</i></p>	<p>Resultados <i>MJ: "Penso que eu sou a pessoa que mais expressa os sentimentos na família e sinto que o A aceita e que essa expressão é bem acolhida por ele".</i></p>
	<p>Fundamentação "Casais com relacionamentos saudáveis exibem um estilo de comunicação conhecido como sintonia emocional. Esta sintonia emocional passa pela presença de comportamentos de comunicação positiva entre o casal reveladores de empatia, tomando cada um a perspetiva do outro, tendo-a em consideração e realmente ouvindo e respondendo a cada uma das necessidades relativamente a um futuro partilhado". (Silva, 2016)</p>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz	
<u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u>	<p>Atividade diagnóstica <i>Sentem que quando comunicam são compreendidos e compreendem o outro?</i></p>	<p>Resultados <i>A: "Sim, no fundo é isso sra. Enfermeira."</i></p>
	<p>Fundamentação "Uma comunicação positiva é marcada pela presença de validação e suporte, e afeto positivo (também manifestado por comportamentos não-verbais, como a qualidade e o tom de voz, a expressão facial e a posição corporal)". (Silva, 2016)</p>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz	
<u>Comunicação Circular</u>	<p>Atividade diagnóstica <i>Qual o impacto que tem na família a forma como cada um se expressa?</i></p>	<p>Resultados <i>MJ: "Ora bem, tem o impacto de nos entendermos uns aos outros o que é muito importante, se não nos entendemos um como outro, está tudo estragado."</i></p>
	<p>Fundamentação ..."naturalmente indivíduos mais interdependentes se caracterizam por uma abordagem mais positiva dos conflitos, comunicação mais eficaz, maior disponibilidade e permeabilidade à aceitação e à procura da influência do outro"... (Silva, 2016)</p>	
Crítérios diagnósticos	<p>Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)</p>	
Subdiagnóstico	Comunicação Familiar Eficaz	
Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.2.1- Solução de problemas Eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>	<p>Atividade diagnóstica <i>Como fazem quando há algum problema para resolver?</i></p>	<p>Resultados <i>A: "Normalmente conversamos, às vezes pedimos ajuda aos nossos filhos e costumamos arranjar uma forma de resolver as coisas." MJ: "Por exemplo um de nós já teve que ser operado a um joelho, e foi preciso pedir a ajuda dos nossos filhos, para resolver algumas limitações da altura e eles foram impecáveis e ajudaram em tudo."</i></p>
	<p>Fundamentação "Os casais podem utilizar a comunicação para reforçar construtivamente a sua relação, evitando a comunicação negativa durante o conflito e demonstrando sintonia emocional através da empatia e da</p>	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

	capacidade de escuta ativa e interesse genuíno no outro.” (Silva, 2016)	
Critérios diagnósticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver e os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Eficaz	
Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz	
<u>Papel provedor</u>	Atividade diagnóstica <i>Consideram o vosso rendimento é suficiente?</i>	Resultados A: “Sim, recebemos cada um a nossa reforma e tem sido suficiente”
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz	
<u>Papel gestão financeira</u>	Atividade diagnóstica	Resultados MJ: “ <i>Eu faço a gestão das compras e tudo mais e graças a Deus considero que não nos falta nada daquilo que consideramos essencial.</i> ” A: “Eu também vou às compras com a minha mulher e tratamos de tudo”
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz	
<u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Atividade diagnóstica Quem habitualmente realiza as tarefas domésticas?	Resultados MJ: “Depende das tarefas domésticas, algumas sou eu, outras é o A”
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz	
<u>Papel Recreativo</u>	Atividade diagnóstica Costumam sair ou fazer algumas atividades lúdicas em família?	Resultados A: “ <i>Nem por isso, e eu tenho pena</i> ” MJ: “O A acha que devíamos sair mais e talvez tenha razão, mas não temos nada que nos interesse aos dois.”
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz	
<u>Papel de Parente</u>	Atividade diagnóstica Mantém contacto com a vossa família mais alargada?	Resultados A: “Sim regularmente”
Critérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Papel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Não Eficaz Interação de Papéis Conflitual (em relação ao Papel Recreativo)	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional	
<u>Influência e Poder</u>	Atividade diagnóstica	Resultados O Sr. A é quem decide a maioria das questões e a D. MJ aceita de bom grado essas decisões.
	Fundamentação “A questão do poder está relacionada com as crenças (...), sendo por isso difícil abordar a temática das relações de poder entre casais devido à falta de consenso sobre a definição do poder familiar.” (Figueiredo, 2023b)	
Atividade	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Diagnóstica do item <u>Alianças e Uniões</u>	Atividade diagnóstica <i>Família apenas com 2 membros que têm sinais de afeto e respeito mútuo</i>	Resultados Observam-se atitudes de carinho e atenção principalmente da D. MJ para com o sr. A.
	Fundamentação "Desde os seus primórdios que a enfermagem tem privilegiado focar-se nas forças, potencialidade e recursos da família e da comunidade, ao invés de nos seus défices, problemas e fragilidades". (Kraus, et al, 2023)	
Atividade Diagnóstica do item <u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional	
	Atividade diagnóstica <i>Observam-se sinais de afeto e respeito mútuo. Foi aplicada a escala FACES II.</i>	Resultados Os membros da família demonstram uma Família ligada, flexível e moderadamente equilibrada
	Fundamentação "Desde os seus primórdios que a enfermagem tem privilegiado focar-se nas forças, potencialidade e recursos da família e da comunidade, ao invés de nos seus défices, problemas e fragilidades". (Kraus, et al, 2023)	
Atividade Diagnóstica do item <u>Funcionalidade da Família</u>	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional	
	Atividade diagnóstica <i>Sentem que a vossa família dá resposta às vossas necessidades? Aplicado individualmente o APGAR Familiar de Smilkstein</i>	Resultados MJ: "Sim, vamo-nos adaptando às diferentes situações da vida, como é normal." Resultados do APGAR Familiar de Família Altamente Funcional para os dois membros da família.
	Fundamentação "As funções correspondem ao que a família, enquanto grupo, desenvolve no sentido de sobreviver como sistema social e simultaneamente, contribuir para a sociedade." (Figueiredo, 2023b)	
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamento dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional	

Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação Não Eficaz e/ou • Coping Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Processo Familiar Disfuncional por interação de Papéis não eficaz e conflitual

Resultados Desejados	Diminuir o conflito na Interação de Papéis
	Promover a comunicação expressiva das emoções

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

	<p>Avaliar os conflitos do Papel Avaliar as dimensões não consensuais do Papel Promover estratégias de coping para o papel Motivar e negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família. Orientar para serviços e instituições de apoio</p>
<p>Atividades que concretizam as intervenções (ACI): Realizada escultura onde os membros da família verificaram que estão juntos e olham juntos na mesma direção. Portanto os papéis que assumem na família devem dar uma resposta que satisfaça os dois. Falei-lhes da Universidade Sénior, recurso da comunidade onde residem. Verbalizaram que uns amigos frequentavam a Universidade Sénior na freguesia de residência, colocaram a hipótese de ver se era adequado para os seus interesses. Apresentei a Universidade Sénior como uma resposta social da Junta de Freguesia destinada a todos os cidadãos a partir dos 50 anos de idade. Esta resposta social foi fundada em 2014, visa promover o envelhecimento ativo através do convívio entre os indivíduos e da prática de atividades físicas, pedagógicas, culturais e de cidadania. Têm uma oferta multidisciplinar variável, como por exemplo Costura, Danças de Salão, Teatro, Ioga, Internet, Pintura, Arraiolos, Inglês e Francês.</p>	
<p>Avaliação de resultados das intervenções</p>	
<p>Foram realizadas algumas visitas domiciliárias para avaliar a situação familiar e verificar os resultados obtidos face às intervenções</p>	<p>A família foi procurar a Universidade Sénior, acompanhada pelos Amigos já frequentadores que utilizaram como um recurso para aumentar a oferta cultural da família e os interesses comuns dos seus membros. Inscreveram-se em algumas disciplinas da Universidade Sénior como por exemplo: Danças Populares e Histórias do Porto e Outros lugares.</p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Processo familiar funcional</p>

Cuidados de enfermagem prestados aos membros da família

O senhor A apresenta antecedentes clínicos de HTA, Diabetes Mellitus, Dislipidemia e insuficiência cardíaca, não tem hábitos de uso de tabaco, álcool ou drogas, tem plano vacinal atualizado, segundo a norma da DGS, 100 pontos na escala de Barthel que representa independência para as atividades de vida diárias, sem risco de quedas. Como regime medicamentoso faz AAS 100 mg 1 comprimido por dia, ramipril 1,25 mg ao almoço, rosuvastatina 10 mg após o jantar, metformina + sitagliptina 1000 mg + 50 mg após o almoço e o jantar que segue de acordo com a prescrição médica, referindo saber para que efeitos e o motivo de ter iniciado a medicação. Avaliaram-se os focos da Gestão do Regime Terapêutico e foi diagnosticado Potencial para melhorar a gestão do regime terapêutico alimentação e exercício físico, por o senhor A referir algumas dificuldades em saber o que deve comer e que exercícios estariam adequados a si e à sua doença. As intervenções realizadas foram no sentido de ensinar sobre alimentação saudável, utilizando o elogio e panfletos existentes na USF sobre alimentação na gestão da diabetes. Foi sensibilizado para a importância do exercício físico. Apesar da limitação temporal do estágio e disponibilidade da família só ter permitido 6 consultas de enfermagem com esta família, avalio o resultado das intervenções individuais de forma positiva em relação ao exercício físico, devido à inscrição do senhor A na disciplina de Danças Populares na Universidade Sénior da freguesia de residência, integrando uma atividade física regular na gestão do seu regime terapêutico.

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

A senhora MJ apresenta antecedentes clínicos documentados em SClínico, de Obesidade, Cancro da Mama e Arritmia Cardíaca. Como regime medicamentoso ácido alendrónico + colecalciferol 70 mg + 5600 U.I. 1 comprimido por semana, bisoprolol 10 mg ao pequeno-almoço, identifica os medicamentos e sabe como tomar de acordo com a prescrição médica. Na primeira consulta realizada avaliou-se o peso – 72 kg, altura – 153 cm; índice de massa corporal (IMC) – 30,8 Kg/m²; perímetro abdominal – 105 cm; tensão arterial – 122/71 mmHg; frequência cardíaca – 58 bpm. Dada a situação de obesidade foi avaliado o foco gestão do regime terapêutico e foi diagnosticado Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético. As intervenções realizadas foram ensinar sobre regime dietético, ensinar sobre a importância dos horários de refeições, na gestão do regime terapêutico. Recorreu-se ao conhecimento sobre Modelo Transteórico de Mudança Comportamental proposto a par com a entrevista motivacional. A senhora MJ. encontra-se na fase de pré contemplação, ou seja, não tem consciência do comportamento nocivo que deve modificar (faz poucas refeições por dia, com intervalos grandes entre as mesmas), nem das suas consequências. Nesta fase sensibilizou-se e informou-se sobre o problema. Informe também sobre os recursos existentes na comunidade como a possibilidade de referência para o nutricionista. A senhora MJ aceitou a referência e posteriormente iniciou consultas de nutrição. A limitação temporal e o número de consultas efetuadas à senhora MJ não permitiu avaliar o resultado das intervenções de enfermagem executadas.

Família Miradouro

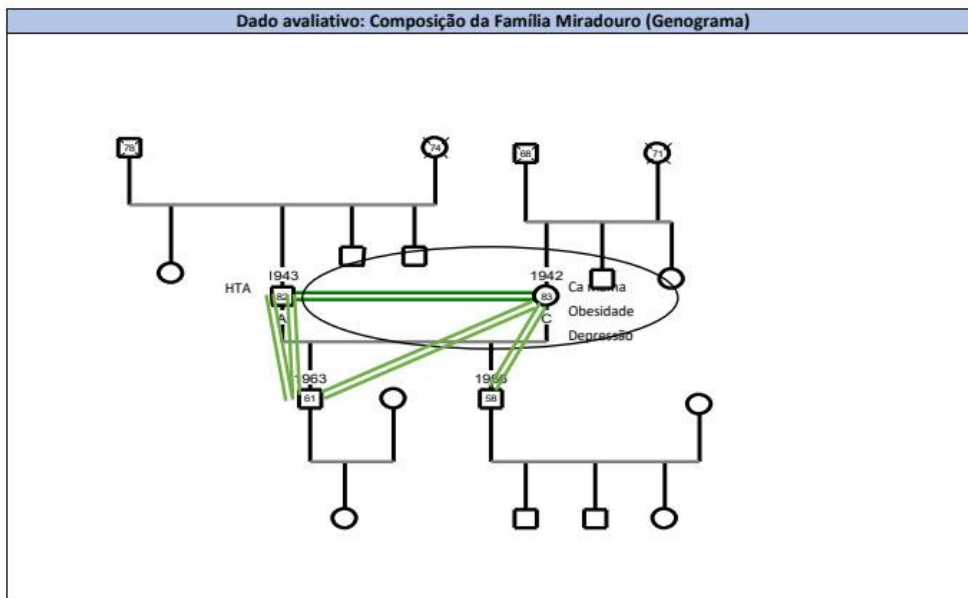
Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Família Miradouro

DIMENSÃO ESTRUTURAL



Dado avaliativo: Tipo de Família

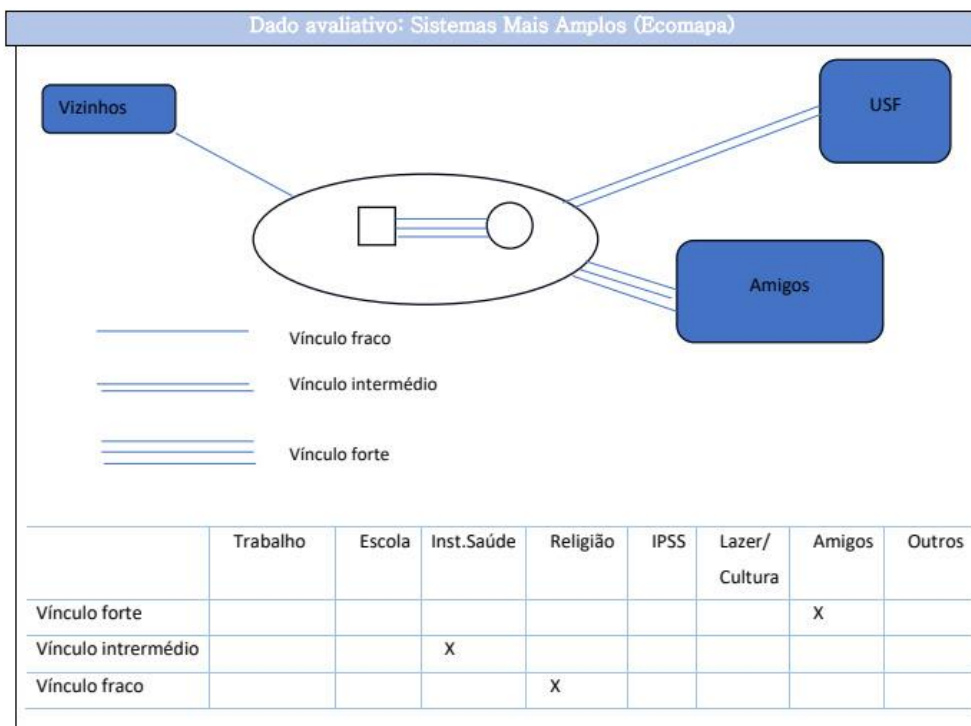
Família nuclear	X	Coabitação	
Família reconstruída		Família Institucional	
Família monoparental		Comuna	
Monoparental liderada pelo homem		Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher		Alargada	

Dado avaliativo: Família Extensa

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Tipo	Nome(s)	Parentesco(s)
Pessoal	X X X	
Telefónico	X x x	
Carta/e-mail		
Outro:		
Intensidade de contacto	Semanal	
Semanal	X	
Quinzenal		
Mensal		
Outro:		
Função das relações		
Companhia social	X	
Apoio emocional	X	
Guia cognitivo e conselhos	X	
Regulação social	X	
Ajuda material e de serviço	X	



Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Dado avaliativo: Classe social									
NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)									
GRANOS	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) - Profissionais Universitários (com Doutoramento) - Brigadiiro/General/Marcehal - 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, espaços c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ 9	4 ↑ 7	3	I CLASSE ALTA DATA _/ _/ _
2	- Médicos 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 (w/ 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	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios: Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau T) - Médicos agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ 17	11 ↑ 13	7 ↑ 9	III CLASSE MÉDIA DATA _/ _/ _
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau J) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou milicianzadas de nível J	- 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) - Coabitação 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" Courtes, Septembre, 1956, Vol. VI - n° 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Graffar classificação 18, classe média baixa a Out 2024

Profissão: Operários semi-qualificados costureira e empregado fabril

Instrução: 4º ano

ORF: reformados

Tipo de Habitação: grau 3

Local de residência: zona intermédia

Rendimento Familiar Suficiente

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	A ORIGEM DO RENDIMENTO É A PENSÃO OU REFORMA DO CASAL ↓ - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <i>A família demonstra conhecimento sobre a gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares. "Graças a Deus não nos falta nada, não somos ricos mas vivemos sem dificuldade em adquirir o que necessitamos"(sic)</i>
Crítérios diagnósticos	Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Demonstrado</u>

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Diagnóstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente
--------------------	--------------------------------------

Dado avaliativo: Edifício Residencial							
						Sim	Não
Tipo	Barraca		Divisões	Cozinha	X		
	Habitação social			Sala	X		
	Apartamento	X		Quartos	X		
	Vivenda ou moradia			Casas de Banho	X		
	Outro (especificar)			Barreiras Arquitetónicas	X		
Tipo de aquecimento							
Tipo de aquecimento		Abastecimento de gás		Higiene da habitação		Sim	Não
Aquecedor a gás		Gás canalizado		Habitação espaçosa	X		
Aquecedor elétrico	X	Botija	X	Habitação Conservada	X		
Lareira	X	Nenhum		Ventilação	X		
Cobertor elétrico				Luz Natural			
Central							
Outro							
Nenhum							

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação: 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 - Higiene da Habitação Presente - Conhecimento Demonstrado sobre governo da casa - Conhecimento Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional Dados observados no domicílio: Edifício Residencial limpo, organizado e funcional.
Crítérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro Edifício residencial Não Negligenciado

Dado avaliativo: Abastecimento de água
--

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

		Controlo da qualidade da água (rede privada)		
Abastecimento de água	Não tem			
	Rede Pública	X	Sim	Não
	Rede Privada (poço)			
	Rede Mista			
Serviço de Tratamento de resíduos (Saneamento básico)	Rede Pública	X		
	Fossa Séptica			
	Não tem			

Foco	Abastecimento de Água	
Juízo	Adequado	X
	Não Adequado	
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado Se: <ul style="list-style-type: none"> Utilização da água de rede privada para consumo humano e a família <u>NÃO</u> efetua o controlo de qualidade e/ou Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade e/ou Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água 	

Dimensões	Juízo	
	Demonstrado	Não Demonstrado
Conhecimento sobre controlo da qualidade da água	X	
Conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água	X	

Dado avaliativo: Precaução de Segurança		
	Sim	Não
Presença de barreiras arquitetónicas	X	
Presença de Aquecimento e conhecimento sobre utilização de equipamento de aquecimento	X	
Presença de gás doméstico e conhecimento sobre utilização de equipamento	X	
Observações: Apresentam tapetes no quarto, corredor, sala e cozinha, não estão fixos ao chão. Apresentam casa de banho exígua e com banheira sem apoio		

Foco	Precaução de Segurança	
Juízo	Demonstrado	
	Não Demonstrado	X
Critérios diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada por: <ul style="list-style-type: none"> Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas 	

Dimensões	Juízo
-----------	-------

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

	Demonstrado	Não Demonstrado
Conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento	X	
Conhecimento sobre utilização de equipamento	X	
Conhecimento sobre manutenção de equipamento elétrico	X	
Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas		X

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	X
	Orientar para serviços da comunidade	X
Atividades que concretizam as intervenções:		
Ensinar sobre vantagens de colocação de apoio para agarrar no banho.		
Ensinar sobre vantagens de utilização de banco adaptado para o duche.		
Ensinar sobre vantagens na utilização de fixadores de tapetes.		

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
<u>Precaução de Segurança Não Demonstrada</u>	Out24				
<u>Precaução de Segurança Demonstrada</u>		Jan25			

Dado avaliativo: Animal doméstico		
	Sim	Não
Presença de animal doméstico		X
Vacinação		
Desparasitação		
Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.):		

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	- Ausência de <u>Animal doméstico</u>

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)	
Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	X

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	Atividade diagnóstica <i>Como se sentem em relação às tarefas domésticas e à partilha das mesmas?</i>	Resultados C: "Eu sinto-me bem. Acho que nos ajudamos um ao outro" A: "Numa família onde todos ajudam não há problemas".
	Fundamentação "A grande maioria dos homens e das mulheres da atualidade concordam que o trabalho doméstico deve ser partilhado, no entanto, são poucos os homens que, de facto, partilham as tarefas domésticas de forma igual e que assumem também uma responsabilidade pelas atividades a ser realizadas em casa" (Rilhó, 2011)	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.2- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
<u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>Como se sentem em relação ao tempo que passam juntos?</i>	Resultados A: "Eu sinto-me bem" C: "Nós estamos sempre juntos."
	Fundamentação "Esta sintonia emocional passa pela presença de comportamentos de comunicação positiva entre o casal reveladores de empatia, tomando cada um a perspetiva do outro, tendo-a em consideração e realmente ouvindo e respondendo a cada uma das necessidades relativamente a um futuro partilhado" (Silva, 2016)	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
<u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	Atividade diagnóstica Costumam conversar sobre os vossos sentimentos?	Resultados A: "Eu costumo falar sobre o que sinto, às vezes até de forma bruta, mas ele não leva a mal. Sempre nos entendemos, e já é assim há muitos anos" C: "Eu talvez seja mais reservada... não gosto muito de falar, mas o meu marido compreende-me."
	Fundamentação "No entanto, é necessário que os casais sejam capazes de comunicar e metacomunicar sobre as suas relações porque, no processo comunicacional, além de sentimentos e conteúdos diz-se, sempre, qualquer coisa sobre o interlocutor"(Silva, 2016)	
Critérios	Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens se situar no Não	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

diagnósticos					
Subdiagnóstico	Relação dinâmica Não Disfuncional				
Dimensão	B.1.2- Comunicação				
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um				
<u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica Costumam conversar sobre as expectativas e receios de cada um?</td> <td>Resultados A: "Eu sou mais comunicativo e sim falo mais sobre esse tipo de coisas." C: "Eu sou mais reservada, mas também comunico o que sinto".</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fundamentação "No entanto, é necessário que os casais sejam capazes de comunicar e metacomunicar sobre as suas relações porque, no processo comunicacional, além de sentimentos e conteúdos diz-se, sempre, qualquer coisa sobre o interlocutor"(Silva, 2016)</td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica Costumam conversar sobre as expectativas e receios de cada um?	Resultados A: "Eu sou mais comunicativo e sim falo mais sobre esse tipo de coisas." C: "Eu sou mais reservada, mas também comunico o que sinto".	Fundamentação "No entanto, é necessário que os casais sejam capazes de comunicar e metacomunicar sobre as suas relações porque, no processo comunicacional, além de sentimentos e conteúdos diz-se, sempre, qualquer coisa sobre o interlocutor"(Silva, 2016)	
Atividade diagnóstica Costumam conversar sobre as expectativas e receios de cada um?	Resultados A: "Eu sou mais comunicativo e sim falo mais sobre esse tipo de coisas." C: "Eu sou mais reservada, mas também comunico o que sinto".				
Fundamentação "No entanto, é necessário que os casais sejam capazes de comunicar e metacomunicar sobre as suas relações porque, no processo comunicacional, além de sentimentos e conteúdos diz-se, sempre, qualquer coisa sobre o interlocutor"(Silva, 2016)					
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião				
<u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica e resultados E quando não concordam com algo, como é?</td> <td>Resultados C: "Quando não concordamos falamos sobre o assunto até chegarmos a um entendimento" A: às vezes sou eu que cedo outras vezes é ela, depende..."</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fundamentação "...apreciar a complexidade e sutileza da comunicação em situações de conflito é indispensável. Aliás, em certos casos a comunicação pode contribuir para a divergência de perspectivas. Contudo, falar acerca do conflito tem sempre o potencial de trazer mais perspectivas, tornar explícitas as percepções e assunções do outro e do próprio, ainda que existam exceções em que a comunicação reforça pensamentos divergentes" (Silva, 2016)</td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica e resultados E quando não concordam com algo, como é?	Resultados C: "Quando não concordamos falamos sobre o assunto até chegarmos a um entendimento" A: às vezes sou eu que cedo outras vezes é ela, depende..."	Fundamentação "...apreciar a complexidade e sutileza da comunicação em situações de conflito é indispensável. Aliás, em certos casos a comunicação pode contribuir para a divergência de perspectivas. Contudo, falar acerca do conflito tem sempre o potencial de trazer mais perspectivas, tornar explícitas as percepções e assunções do outro e do próprio, ainda que existam exceções em que a comunicação reforça pensamentos divergentes" (Silva, 2016)	
Atividade diagnóstica e resultados E quando não concordam com algo, como é?	Resultados C: "Quando não concordamos falamos sobre o assunto até chegarmos a um entendimento" A: às vezes sou eu que cedo outras vezes é ela, depende..."				
Fundamentação "...apreciar a complexidade e sutileza da comunicação em situações de conflito é indispensável. Aliás, em certos casos a comunicação pode contribuir para a divergência de perspectivas. Contudo, falar acerca do conflito tem sempre o potencial de trazer mais perspectivas, tornar explícitas as percepções e assunções do outro e do próprio, ainda que existam exceções em que a comunicação reforça pensamentos divergentes" (Silva, 2016)					
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal				
<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica Como se sentem em relação à forma como comunicam um com o outro?</td> <td>Resultados A: "Sentimo-nos bem"</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fundamentação "A comunicação como chave-mestra na resolução positiva e construtiva dos desacordos parece constituir assim um dos fatores fundamentais que predizem o ajustamento conjugal nesta fase" (Silva, 2016)</td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica Como se sentem em relação à forma como comunicam um com o outro?	Resultados A: "Sentimo-nos bem"	Fundamentação "A comunicação como chave-mestra na resolução positiva e construtiva dos desacordos parece constituir assim um dos fatores fundamentais que predizem o ajustamento conjugal nesta fase" (Silva, 2016)	
Atividade diagnóstica Como se sentem em relação à forma como comunicam um com o outro?	Resultados A: "Sentimo-nos bem"				
Fundamentação "A comunicação como chave-mestra na resolução positiva e construtiva dos desacordos parece constituir assim um dos fatores fundamentais que predizem o ajustamento conjugal nesta fase" (Silva, 2016)					
Crítérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não				
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz				
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual				
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade				
<u>Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica Como se sentem em relação à vivência da vossa sexualidade atualmente?</td> <td>Resultados C: "Ó enfermeira, há idades para tudo. Na nossa idade a sexualidade vive-se com gestos de carinho, com cumplicidade e cuidado um pelo outro. Eu gosto muito dele e ele sabe disso." A: "Agora a sexualidade é diferente"</td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica Como se sentem em relação à vivência da vossa sexualidade atualmente?	Resultados C: "Ó enfermeira, há idades para tudo. Na nossa idade a sexualidade vive-se com gestos de carinho, com cumplicidade e cuidado um pelo outro. Eu gosto muito dele e ele sabe disso." A: "Agora a sexualidade é diferente"		
Atividade diagnóstica Como se sentem em relação à vivência da vossa sexualidade atualmente?	Resultados C: "Ó enfermeira, há idades para tudo. Na nossa idade a sexualidade vive-se com gestos de carinho, com cumplicidade e cuidado um pelo outro. Eu gosto muito dele e ele sabe disso." A: "Agora a sexualidade é diferente"				
Atividade	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade				

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Diagnóstica do item	Não foi avaliado	
<u>Conhecimento do casal sobre sexualidade</u>	Atividade diagnóstica Observação e escuta do casal e da sua interação	Resultados É possível verificar que têm grande cumplicidade no olhar um para o outro e falam sobre a vivência da sexualidade em ações de carinho e cuidado recíproco.
Critérios diagnósticos	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não	
Subdiagnóstico	Interação Sexual Adequada	
Dimensão	B.1.3- Função Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
<u>Disfunções Sexuais</u>	Atividade diagnóstica Sentem que existe algum problema ou mau funcionamento ao nível da sexualidade?	Resultados C: "Eu penso que está tudo a funcionar normalmente, não é, A?" A: "Acho que sim"
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
<u>Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais</u>	Não foi avaliado	
	Atividade diagnóstica e resultados Não foi avaliado	Resultados
Critérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim <u>ou</u> Item 1: Sim e Item 2: Não	
Subdiagnóstico	Relação Sexual Não Comprometida (eliminar o que não se adequa)	

Foco	Satisfação Conjugal	
Juízo	Mantida	X
	Não Mantida	
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: <ul style="list-style-type: none"> • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida 	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

C-DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
SIM	
NÃO	X

PROCESSO FAMILIAR

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe		
N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		
150-200: Menor probabilidade de incidência doenças		
200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica		
> 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.		

Escala de Readaptação social de Holmes e Rabe

Score total 96

COMUNICAÇÃO FAMILIAR

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Comunicação Emocional		
Quem na família expressa mais os sentimentos?		O marido
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (<i>Se NÃO, especificar</i>)	x	
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (<i>Se NÃO, especificar</i>)	x	
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (<i>Se NÃO FAVORÁVEL, especificar</i>)	x	
Comunicação Verbal/ Não Verbal		
	SIM	NÃO
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem	X	
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros	X	
Comunicação Circular		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família	x	
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa	x	
Coping Familiar		
Solução de Problemas		
1. Quem na família expressa mais os sentimentos? O marido		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas? O marido		
	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família	X	
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (<i>Se NÃO, especificar</i>)	X	
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)	X	
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)	O Senhor A refere como tiveram de lidar com um problema de desemprego de um dos filhos e o apoio que conseguiram dar ao mesmo	
Papéis Familiares		
Interações de Papéis na Família		

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

1. Quem desempenha Papel Provedor? A D. C		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	X	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		X
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		X
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira? A		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	X	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		X
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		X
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico? C		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)		X
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)	X	
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)	X	
4. Quem desempenha Papel Recreativo? A		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	X	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)	X	
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)	X	
5. Quem desempenha Papel de Parente? Ambos		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	X	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		X
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		X
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família? Poder explícito A, poder implícito C. Assumem partilha do poder.		
	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros	X	
Alianças e Uniões		
	SIM	NÃO
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros		X
Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião	X	

1. Coesão e adaptabilidade da família

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 Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.				X	
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.				X	
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas			X		

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

	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.			X	
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.				X
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.			X	
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.			X	
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.			X	
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.		X		
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família		X		
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.			X	
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X			
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.			X	
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.				X
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	X			
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.				X
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.			X	
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.			X	
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.		X		
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.			X	
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.			X	
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.			X	
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros		X		
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.			X	
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	X			
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.		X		
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.			X	
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X			
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.		X		
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros			X	

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Coesão familiar															Score		
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões			Interesses e Lazer	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30	70

Adaptabilidade familiar											Score	Score total				
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções				Normas		Decisões	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)		
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24	40	4,5

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

Coesão			Adaptabilidade		Tipo de Família (Coesão+Adaptabilidade)/2		
8	80 74		Muito ligada	8	70 65	Muito flexível	8
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	

2. Funcionalidade da família – percepção dos membros

APGAR Familiar de Smilkstein

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.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
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.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL:			
7 a 10 Família altamente funcional	4 a 6 Família com moderada disfunção		0 a 3 Família com disfunção acentuada

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Resultado	Membros da família				
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Família altamente funcional	A	C			
Família com moderada disfunção					
Família com disfunção acentuada					

3. Crenças familiares

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – CRENÇAS FAMILIARES	
Religiosas	Católicos não praticantes
Espirituais	Ligadas à Igreja Católica
Valores	Prezam os valores da família, do respeito, da entreajuda e do amor.
Intervenção dos profissionais de saúde	Facilidade no acolhimento de sugestões, integram os profissionais com facilidade no seio familiar e procuram essa interação.

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz	
<u>Comunicação Emocional</u>	<p>Atividade diagnóstica Estão satisfeitos com a forma como cada um expressa os sentimentos e qual o impacto dessa expressão na família?</p>	<p>Resultados A: "Penso que eu sou a pessoa que mais expressa os sentimentos na família e sinto que a C aceita e que essa expressão é bem acolhida por ela".</p>
	<p>Fundamentação "Casais com relacionamentos saudáveis exibem um estilo de comunicação conhecido como sintonia emocional. Esta sintonia emocional passa pela presença de comportamentos de comunicação positiva entre o casal reveladores de empatia, tomando cada um a perspectiva do outro, tendo-a em consideração e realmente ouvindo e respondendo a cada uma das necessidades relativamente a um futuro partilhado". (Silva, 2016)</p>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz	
<u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u>	<p>Atividade diagnóstica Sentem que quando comunicam são compreendidos e compreendem o outro?</p>	<p>Resultados A: "Sim, no fundo é isso sra. Enfermeira."</p>
	<p>Fundamentação "Uma comunicação positiva é marcada pela presença de validação e suporte, e afeto positivo (também manifestado por comportamentos não-verbais, como a qualidade e o tom de voz, a expressão facial e a posição corporal)". (Silva, 2016)</p>	
Atividade	C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Diagnóstica do item <u>Comunicação Circular</u>	Atividade diagnóstica <i>Qual o impacto que tem na família a forma como cada um se expressa?</i>	Resultados C: <i>“Ora bem, tem o impacto de nos entendermos uns aos outros o que é muito importante, se não nos entendemos um como outro, está tudo estragado.” (risos)</i>
	Fundamentação ...“naturalmente indivíduos mais interdependentes se caracterizam por uma abordagem mais positiva dos conflitos, comunicação mais eficaz, maior disponibilidade e permeabilidade à aceitação e à procura da influência do outro”... (Silva, 2016)	
Critérios diagnósticos	Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)	
Subdiagnóstico	Comunicação Familiar Eficaz	
Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item <u>Solução de Problemas</u>	C.2.2.1- Solução de problemas Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>Como fazem quando há algum problema para resolver?</i>	Resultados A: <i>“Normalmente conversamos, pedimos ajuda aos nossos filhos e costumamos arranjar uma forma de resolver as coisas.</i> C: <i>“Por exemplo, agora mais recentemente, apareceu-me um problema na pele e eu terei que ser operada, então já nos organizamos com os nossos filhos para resolver as questões das idas ao hospital e apoio que eles nos querem dar”</i>
	Fundamentação “Os casais podem utilizar a comunicação para reforçar construtivamente a sua relação, evitando a comunicação negativa durante o conflito e demonstrando sintonia emocional através da empatia e da capacidade de escuta ativa e interesse genuíno no outro.” (Silva, 2016)	
Critérios diagnósticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver e os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Eficaz	
Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel provedor</u>	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>Consideram o vosso rendimento é suficiente?</i>	Resultados A: <i>“Sim, recebemos cada um a nossa reforma e tem sido suficiente”</i>
	Fundamentação “Para uma intervenção ajustada nestas famílias é importante identificar os recursos (...) das famílias” (Martins, Ribeiro 2023).	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel gestão financeira</u>	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz	
	Atividade diagnóstica	Resultados C: <i>“Eu faço a gestão das compras e tudo mais e graças a Deus considero que não nos falta nada daquilo que consideramos essencial.”</i>
	Fundamentação McCubbin e McCubbin (1993) identificaram recursos da própria família (estabilidade económica, coesão, flexibilidade, resistência, partilha de crenças espirituais, comunicação aberta, tradições, celebrações, rotinas e organização).	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Cuidado Doméstico</u>	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica Quem habitualmente realiza as tarefas domésticas? Existe negociação e chegaram a acordo na distribuição das tarefas domésticas entre vocês os dois? É possível que alguém esteja mais sobrecarregado com tarefas domésticas? A d.C tem sentido algum desconforto físico, psicológico ou emocional que associe ao facto de desempenhar tantas tarefas domésticas neste momento da vossa vida?	Resultados C: "Sou eu no dia a dia e uma empregada ajuda uma vez por semana nas limpezas maiores" A: "Eu vou fazendo alguns trabalhos em casa também" C: "Acho que sim" A: "É a falar que a gente se entende" C: "Penso que não..." A: "A minha esposa acha que consegue fazer tudo. E de facto consegue fazer muita coisa!" C: "Não, penso que não."
	Fundamentação "O padrão de interação familiar também se expressa na organização dos papéis familiares que maior impacto tem na interação, nas funções e na estrutura do sistema familiar." (Figueiredo, 2022)	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Recreativo</u>	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz	
	Atividade diagnóstica Costumam sair ou fazer algumas atividades lúdicas em família?	Resultados A: "Sim, fazemos alguns passeios habitualmente, sozinhos ou com amigos" C: "Eu por acaso gosto muito de ir com um casal nosso amigo"
	Fundamentação "O padrão de interação familiar também se expressa na organização dos papéis familiares que maior impacto tem na interação, nas funções e na estrutura do sistema familiar." (Figueiredo, 2022)	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel de Parente</u>	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz	
	Atividade diagnóstica Mantém contacto com a vossa família mais alargada?	Resultados C: "Sim, costumamos telefonar várias vezes e também nos costumam visitar alguns familiares com alguma frequência."
	Fundamentação "O padrão de interação familiar também se expressa na organização dos papéis familiares que maior impacto tem na interação, nas funções e na estrutura do sistema familiar." (Figueiredo, 2022)	
Critérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Papel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz Interação de Papéis Não Conflitual	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item <u>Influência e Poder</u>	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional	
	Atividade diagnóstica	Resultados O Sr. A é quem decide a maioria das questões e a D. C aceita de bom grado essas decisões.
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

	<p>“A questão do poder está relacionada com as crenças (...), sendo por isso difícil abordar a temática das relações de poder entre casais devido à falta de consenso sobre a definição do poder familiar.” (Figueiredo, 2023b)</p>	
Atividade Diagnóstica do item	<p>C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional</p>	
<u>Alianças e Uniões</u>	<p>Atividade diagnóstica <i>Família apenas com 2 membros que têm sinais de afeto e respeito mútuo</i></p>	<p>Resultados Observam-se atitudes de carinho e atenção recíprocas entre o casal.</p>
	<p>Fundamentação “Desde os seus primórdios que a enfermagem tem privilegiado focar-se nas forças, potencialidade e recursos da família e da comunidade, ao invés de nos seus défices, problemas e fragilidades”. (Kraus, et al, 2023)</p>	
Atividade Diagnóstica do item	<p>C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional</p>	
<u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	<p>Atividade diagnóstica <i>Observam-se sinais de afeto e respeito mútuo e foi aplicada a escala FACES II.</i></p>	<p>Resultados O acompanhamento constante um do outro e a escala demonstra uma Família ligada, flexível e moderadamente equilibrada</p>
	<p>Fundamentação “Desde os seus primórdios que a enfermagem tem privilegiado focar-se nas forças, potencialidade e recursos da família e da comunidade, ao invés de nos seus défices, problemas e fragilidades”. (Kraus, et al, 2023)</p>	
Atividade Diagnóstica do item	<p>C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional</p>	
<u>Funcionalidade da Família</u>	<p>Atividade diagnóstica <i>Sentem que a vossa família dá resposta às vossas necessidades? Aplicado individualmente o APGAR Familiar de Smilkstein</i></p>	<p>Resultados D: “Sim, vamo-nos adaptando às diferentes situações da vida, como é normal.” Resultados do APGAR Familiar de Família Altamente Funcional para os dois membros da família.</p>
	<p>Fundamentação “As funções correspondem ao que a família, enquanto grupo, desenvolve no sentido de sobreviver como sistema social e simultaneamente, contribuir para a sociedade.” (Figueiredo, 2023b)</p>	
Critérios diagnósticos	<p>Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)</p>	
Subdiagnóstico	<p>Relação Dinâmica Não Disfuncional</p>	

Foco	Processo familiar	
Juízo	Não Disfuncional	X
	Disfuncional	
Critérios diagnósticos	<p>Processo familiar disfuncional se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação Não Eficaz e/ou • Coping familiar não eficaz e/ou • Interação de papéis não eficaz / Conflitual e/ou • Relação Dinâmica disfuncional 	

Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Diagnóstico:	Processo familiar Não disfuncional
---------------------	---

Cuidados de enfermagem prestados aos membros da família

Individualmente a senhora D. não tem hábito de consumo de álcool, tabaco ou drogas, tem plano vacinal atualizado e tinha realizado as vacinas sazonais contra a gripe e covid segundo a norma da DGS, 100 pontos na escala de Barthel, que representa ausência de dependência no autocuidado e baixo risco de queda com recurso à Escala de Morse. Como antecedentes clínicos documentados no SClínico® tem perturbação depressiva desde 2005 e dislipidemia desde 2014, obesidade desde 2000 e Ca da mama em 1998. Como regime medicamentoso faz sinvastatina 20 mg ao jantar, trazadona 100 mg e bromazepan 3 mg ao deitar. A senhora D., referiu seguir o regime medicamentoso conforme prescrição médica, conhecer o efeito e o motivo de ter iniciado a medicação. No entanto foi verificada na primeira consulta que a medicação estava misturada com a do marido e tinha caixas fora do prazo. Foi avaliado foco da gestão do regime terapêutico e identificado o Diagnóstico Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso. As intervenções realizadas foram: ensinar sobre medicamentos e ensinar sobre regime medicamentoso. A reconciliação da terapêutica é o procedimento que envolve a análise da medicação de uma pessoa, sempre que ocorrem alterações na sua prescrição, com o intuito de evitar erros, como omissões, duplicações ou doses inadequadas. O objetivo é promover a adesão ao tratamento medicamentoso e contribuir para a prevenção de incidentes, associados à administração de medicamentos. Foi sugerida a aquisição de duas caixas de medicação, uma para a senhora D outra para o senhor A. Elaborou-se uma folha de terapêutica com a medicação por princípio ativo, dosagem e posologia. Realizou-se intervenções do tipo ensinar, para ler o princípio ativo na caixa, em vez do nome comercial. Na segunda consulta preparou-se as caixas em conjunto, na terceira consulta, supervisionou-se a preparação das caixas, na última consulta validou-se a continuidade do uso das caixas. Usam as caixas e não há mistura de medicamentos, nem medicamentos fora do prazo. Diagnóstico Conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso demonstrado.

O senhor A apresenta antecedentes clínicos documentados em SClínico de HTA, não tem hábito de consumo de álcool, tabaco ou drogas, tem plano vacinal atualizado, segundo a norma da DGS, 100 pontos na escala de Barthel, que representa ausência de dependência no autocuidado e baixo risco de queda com recurso à Escala de Morse. Na primeira consulta de enfermagem realizada foram avaliados os seguintes focos: índice de massa corporal (IMC), pressão arterial, auto-vigilância e gestão do regime terapêutico. O senhor A apresenta um IMC de 20,2 kg/m², estando Sem Excesso de Peso. Aquando da consulta, após avaliação da pressão arterial, considerou-se o diagnóstico Sem Hipertensão, dados os valores serem 122/81mmHg. O senhor A refere realizar avaliação da pressão arterial com recurso a esfigmomanómetro digital, cerca de uma vez por semana conforme indicação médica, reconhecendo os valores indicativos, pelo que se considerou Sem Compromisso na Auto-vigilância. Relativamente à gestão do regime medicamentoso, o senhor A tem conhecimento da medicação prescrita e da sua indicação terapêutica, sendo capaz de referir a posologia diária e indicar alguns dos efeitos secundários, pelo que apresenta o diagnóstico Sem Gestão do

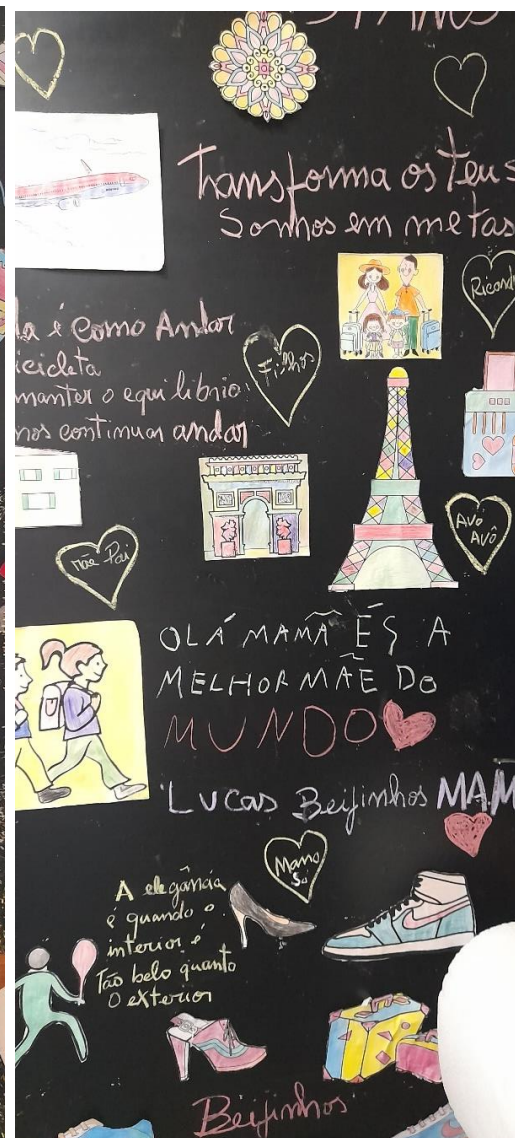
Adaptado de Figueiredo (2012)

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência

Regime Medicamentoso Comprometido. Atentando à gestão do regime dietético, ao questionar o senhor A sobre o mesmo, refere “Eu procuro comer um pouco de tudo: carne ou peixe, legumes e saladas, também gosto muito de fruta. Quando focada a questão da ingestão de sal, diz “Nunca fui de comer muito salgado, o meu maior problema neste momento é não conseguir mastigar bem os alimentos...então a D tem que fazer tudo muito bem cozido ou então é preciso triturar.” Observada a boca do senhor A, verifica-se que está com sinais de problemas dentários, dentes partidos e provável processo inflamatório e/ou infeccioso ou abscesso dentário. Realizei intervenções de ensinar sobre a escovagem dos dentes e sobre saúde oral. Referi então a possibilidade de orientá-lo para o recurso da comunidade existente no centro de saúde de dentista no gabinete de saúde oral. Realizei esse encaminhamento quando regresssei ao serviço e o senhor A foi posteriormente chamado a consulta

ANEXO II

Fotos do mural da Família Boavista



ANEXO III

Escala de Apgar Familiar de Smilkstein da família Toulouse

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.	X	O	
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X O		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X	O	
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.	X O		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X	O	
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: Sr A		Nome: Sra T
Família altamente funcional	X 10 pts	O 7 pts	
Família com moderada disfunção			
Família com disfunção acentuada			

Anexo IV

Questionário de avaliação das necessidades formativas em Enfermagem de Saúde Familiar

Necessidades formativas em Saúde Familiar

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, com o objetivo de identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem nesta temática, solicita-se a sua colaboração nesta entrevista.

As respostas são anónimas e os dados serão utilizados apenas para o desenvolvimento do estágio nesta USF.

__ Licenciatura __ Mestrado _____ (em que área) __
Doutoramento _____ (em que área)

__ Especialidade em Enfermagem em _____

Anos de experiência profissional: _____

Anos de experiência como enfermeiro de família: _____

1. Conhece o programa de “Saúde da Família” disponível no S.Clinico?

__ Sim __ Não

2. Tem necessidade de ter formação na área da Enfermagem de Saúde familiar?

3. Na área da Enfermagem de Saúde Familiar existem alguns temas específicos que gostaria de aprender mais ou aprofundar?

4. Se alguma vez realizou a avaliação e intervenção numa família nuclear com membros muito idosos (≥ 80 anos), tendo a família como foco e cliente dos seus cuidados, que dificuldades sentiu?

- 4.1 E que áreas priorizou nesta intervenção?

-
5. Numa escala de 1 a 10, em que 1 significa não me sinto nada capacitado e 10 significa sinto-me totalmente capacitado:

5.1 Como avalia a sua capacidade de avaliação e intervenção numa família enquanto cliente?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.2 Como avalia a sua capacidade de avaliação e intervenção em famílias nucleares com membros muito idosos (≥ 80 anos)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muito obrigada pelo tempo que dispensou!

Nélia Sofia

Anexo V

Plano da sessão formativa

PLANO DA SESSÃO FORMATIVA EM CONTEXTO DE TRABALHO

Tema	“Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos cuidados”					
Data	13/01/2025	Horário	Início: 11h 00m	Fim: 11h45m	LLocal	USF
População alvo	Equipa de Enfermagem da USF					
Formadores	Nélia Sofia Mota Silva					
Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> ● Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem na área da Enfermagem de Saúde Familiar ● Aprofundar conhecimentos acerca da avaliação e intervenção familiar e os seus registos ● Incentivar a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos durante a formação para a melhoria da documentação dos cuidados realizados no âmbito do Programa de Saúde da Família no SClínico CSP. 					
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> ● Apresentar a especificidade da Enfermagem de Saúde Familiar; ● Explorar a aplicação prática da matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; ● Através de um caso clínico analisar a avaliação e intervenção familiar em famílias nucleares com membros muito idosos. 					
	Duração	Conteúdos programáticos			Metodologia Técnico-Pedagógica	Recursos Didáticos

<i>Introdução</i>	5 min	- Apresentação da formadora; - Apresentação dos objetivos da sessão.	Método Expositivo	Computador Data-Show
<i>Desenvolvimento</i>	25 min	- Conceito de Enfermagem de Saúde Familiar; - Apresentação do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar: <ul style="list-style-type: none">● Enquadramento teórico;● Simulação de Avaliação Familiar para cada uma das temáticas e o seu registo;● Apresentação de diagnóstico efetuado e das intervenções utilizadas.	Método Expositivo Método Ativo	Computador; Data-Show;
<i>Conclusão</i>	10 min	- Síntese; - Esclarecimento de dúvidas.	Método Expositivo Método Participativo	Computador Data-Show
<i>Avaliação</i>	5 min	Aplicação de Questionário de Avaliação da Formação.		

Anexo VI

Apresentação da sessão formativa

Enfermagem de Saúde Familiar – estudo de caso

Nélia Sofia

Mestranda do 2º ano do Mestrado em
Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar



1

Sumário

- Objetivos da sessão
- Enfermagem de Saúde Familiar e o Enfermeiro Especialista
- Competências clínicas especializadas em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar
- Conclusão



2

1

Objetivos

- Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem na área da Enfermagem de Saúde Familiar
- Promover a melhoria da qualidade no âmbito do registo da prestação de cuidados à família
- Aprofundar conhecimentos acerca da avaliação e intervenção familiar
- Através de um caso clínico analisar a avaliação e intervenção familiar em famílias nucleares com membros muito idosos

3

A Enfermagem de Saúde Familiar e o Enfermeiro Especialista

- A Enfermagem de Saúde Familiar reconhece a complexidade do sistema familiar.
- O Enfermeiro Especialista acompanha as famílias nas suas necessidades e tarefas, promove transições mais saudáveis conduzindo a um sentido de realização mais significativa daquilo que cada família é e pretende ser enquanto organismo único.



4



5

Enfermagem de Saúde Familiar

- A etapa da família com membros idosos caracteriza-se por transições que resultam em tarefas a vários níveis nomeadamente:
 - *Reavaliar e renegociar a relação conjugal e parental, nomeadamente a satisfação com a relação e o contacto mantido com os filhos;*
 - *Aprender a lidar com o processo de envelhecimento e as suas realidades próprias, nomeadamente o sentido da vida e as reconfigurações da construção do vivido.*

(Relvas, 2000; Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023)

6

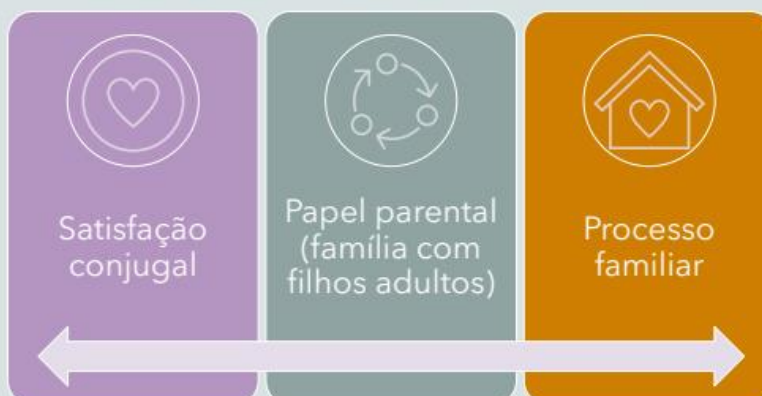
Caso clínico

FAMÍLIA NUCLEAR CONSTITUÍDA POR UM CASAL:

O sr. A de 94 anos, empreiteiro trabalhou toda a vida na área da construção civil, casado com a D. D de 85 anos, vendedora de bens alimentares em feiras. Ambos aposentados, têm uma filha de 63 anos de idade, casada, profissionalmente é secretária. Vivem num prédio construído pelo sr. A. O sr. A tem como antecedentes clínicos Insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular, dislipidemia e excesso de peso. A d. D tem como antecedentes Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia e excesso de peso.

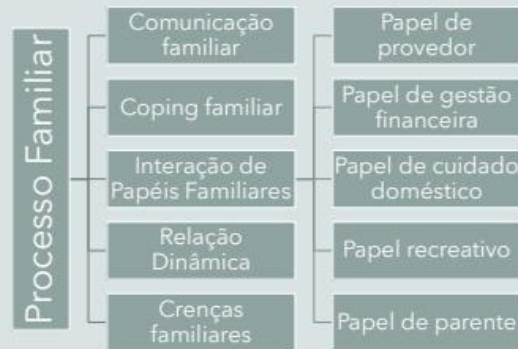
7

Quais as principais áreas de atenção nesta família?



8

Tendo em conta o cenário apresentado vamos simular a avaliação do Processo Familiar: Interação de papéis familiares



9

Processo Familiar → Interação de papéis familiares

Avaliar as dimensões consensuais, de conflito e de saturação do papel

Os membros da família estão de acordo com as expectativas ligadas aos papéis familiares	Existe negociação sobre as tarefas do exercício dos papéis	Existe aceitação dos membros sobre expectativas familiares ligadas aos papéis atribuídos.	Existe sobrecarga de papéis familiares	Os membros da família referem problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais ou económicos associados ao desempenho do papel
---	--	---	--	--

10

Discussão



11

Diagnóstico

Processo Familiar Disfuncional por Interação de Papéis Não Eficaz

Como intervir?



12

Intervenção

- Enf.: A d. D. referiu que é a senhora que habitualmente realiza as tarefas domésticas. Foi sempre assim ou o sr. A também faz algumas coisas?
- D: Eu costumo fazer quase tudo.
- Enf.: O sr. A gostava de começar a fazer alguma coisa em particular?
- A: Eu sempre gostei de cozinhar e tenho saudades de o fazer. Agora parece que fico para aqui sem nada que me entretenha. Não faço nada de útil.
- Enf.: O que acha daquilo que o seu marido está a dizer?
- D: Ele quer ajudar mas às vezes queixa-se com dores nas pernas porque tem má circulação, sabe enfermeira, então eu evito de o chamar para a cozinha. Mas que ele cozinhava muito bem, lá isso é verdade!
- Enf.: Será que podemos arranjar alguma maneira de o sr. A se sentir mais útil e ao mesmo tempo mais entretido no seu dia-a-dia?
- D.: Eu acho que ele pode passar a vir ajudar-me a cozinhar. Assim eu também não preciso de andar tão preocupada na cozinha, nem sozinha!

Reenquadramento

13

Intervenção

- Enf.: Estão aqui uns desenhos pintados muito bonitos, quem tem tanto jeito para pintar?
- A.: Fui eu que no outro dia estive a pintar com o meu bisneto e agora isso ficou para aí espalhado, é preciso arrumar isso.
- Enf: O sr. A costuma pintar? Tem imenso jeito!
- D: Ele às vezes pinta e eu por acaso também acho que ele pinta muito bem e fica entretido a fazer este trabalho.
- Enf.: O que vos parece utilizar estes desenhos e outros para fazer um mural da família? Uma vez que a vossa filha, netos e bisnetos vêm cá com frequência fazer refeições convosco, talvez fossem gostar desta surpresa... e até participar nela também!
- A: Era capaz de dar para fazer isso aqui nesta parede.
- Enf: Que excelente ideia!

Conotação positiva

14

Resultado



15

Conclusão

- A Enfermagem de Saúde Familiar desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados, valorizando a família como unidade central de atenção e intervenção.
- O Enfermeiro Especialista, apoiado em modelos teóricos como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, desenvolve competências que promovem uma abordagem colaborativa, centrada na autonomia e no bem-estar das famílias.
- Desta forma, ao fortalecer a autonomia e a capacidade de adaptação das famílias face às transições e desafios relacionados à saúde, o Enfermeiro Especialista contribui para a coesão familiar, o bem-estar dos seus membros e a obtenção de melhores resultados em saúde, sublinhando a relevância de uma prática baseada na evidência e orientada para a família.

16

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2002). (Des) Equilíbrios familiares, uma visão sistémica. Quarteto editora.
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família (Lusociência, Ed.). Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2022). Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar Estudos de caso. Sabooks Editora.
- Martins, M. & Ribeiro, O. (2023). Famílias e envelhecimento. In Lidel (Ed.), Enfermagem de Saúde Familiar (1ª ed, pp.200-203).
- Relvas, A. (2000). O ciclo vital da família, perspetiva sistémica. Edições Afrontamento.
- Rilhd, S. (2011). Paradoxo da divisão desigual do Trabalho Doméstico e Satisfação no relacionamento.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (6th ed.). F.A. Davis.

17



18

Anexo VII

Avaliação da sessão formativa

Avaliação da sessão de formação

“Enfermagem de Saúde Familiar – documentação dos cuidados”

1.CONTEÚDO PROGRAMÁTICO					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Interesse dos conteúdos apresentados					
Ajuste dos temas aos objetivos definidos					

2.ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Suporte Pedagógico utilizado					
Horário da formação					
Duração da formação					

3.FORMADORA					
Nome: Nélia	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Clareza da exposição					
Domínio dos temas desenvolvidos					

Capacidade para esclarecer dúvidas					
------------------------------------	--	--	--	--	--

4.RESULTADOS E EXPECTATIVAS					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Temas abordados face às expectativas					
Utilidade prática da formação					

5.AVALIAÇÃO GLOBAL					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Avaliação global da ação de formação					

Anexo VIII

Certificados de formação



CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

**CARINA COELHO , CLAÚDIA RICARDO, FILIPE MADUREIRA, NÉLIA SILVA,
MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO, ANA ISABEL VILAR**

participaram no **International Congress Family Health (ICFH'25)** com uma comunicação oral intitulada:
"CAUSAS DE BURNOUT DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS", que decorreu nos dias 7 e 8
de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).

Aveiro, 27 de fevereiro de 2025

Handwritten signature of Rui Costa in blue ink.

Diretor ESSUA/UA
(Prof. Doutor Rui Costa)

Handwritten signature of Helena Loureiro in blue ink.

Presidente da Comissão Científica
(Profª Doutora Helena Loureiro)



Federação Portuguesa dos Centros
de Preparação para o Matrimónio



CERTIFICADO DE PALESTRANTE

Certificamos para os devidos efeitos que

Nélia Sofia Mota Silva

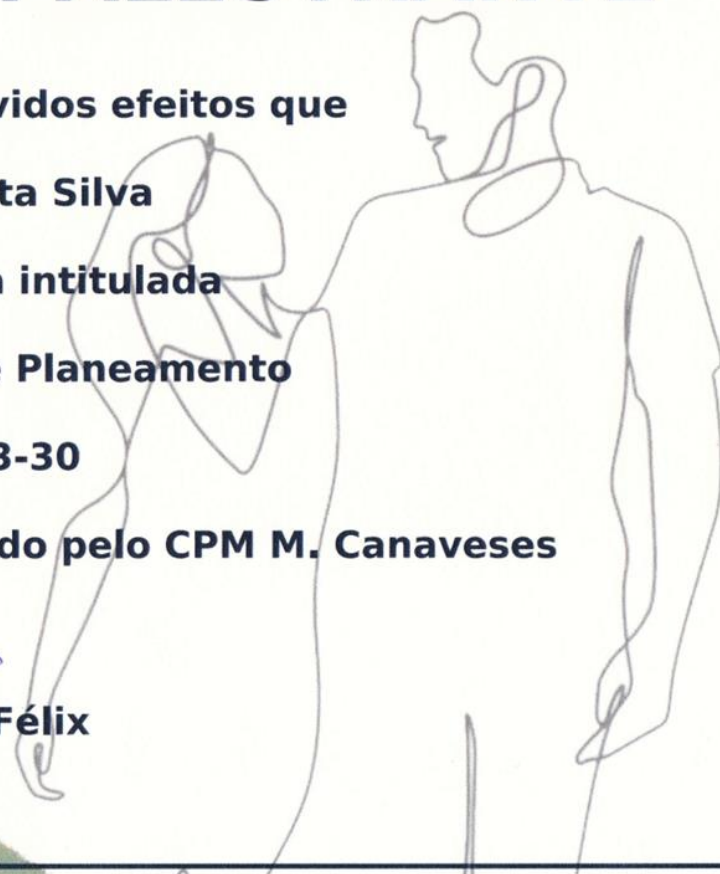
proferiu a palestra intitulada

Família, Fertilidade e Planeamento

em 2025-03-30

durante o encontro CPM organizado pelo CPM M. Canaveses

Pe Samuel Félix





ESEP Enfermagem Porto

14 de abril às 11:12 · 🌐



👉 Venha descobrir o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar!

📅 Dia 16 de abril de 2025

🖥️ Online – junte-se aos nossos Open Days

🕒 10:00 h – Testemunhos de estudantes e ex-estudantes:

✅ Andreia Santos – USF Egas Moniz/ ULS Entre Douro e Vouga

✅ Susana Neves - USF Campo / ULS São João

✅ Nélia Silva – USF Santa Maria / ULS Santo António

🕒 11:00 h – Esclarecimentos com:

✅ Maria Henriqueta Figueiredo – Coordenadora do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Para participar terá apenas de aceder ao seguinte link:

<https://videoconf-colibri.zoom.us/j/94774149658>





CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

NÉLIA SOFIA MOTA SILVA

membro nº **53475** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar Elaboração e apresentação de Estudos de Caso**", realizado no dia **5 de Julho de 2023**, com duração total de **2 horas** no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

, 5 de Julho de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ricardo Correia de Matos', is written over a light grey rectangular background.

Ricardo Correia de Matos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

NÉLIA SOFIA MOTA SILVA

membro nº **53475** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar Como escrever um Artigo Científico**", realizado no dia **12 de Julho de 2023**, com duração total de **2 horas**. no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Coimbra, 12 de Julho de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ricardo Correia de Matos', is written over a light grey rectangular background.

Ricardo Correia de Matos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

NÉLIA SOFIA MOTA SILVA

membro nº **53475** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar LadoaLado.Com: Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica**", realizado no dia **15 de Junho de 2023**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Coimbra, 15 de Junho de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional

Ricardo Correia de Matos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

NÉLIA SOFIA MOTA SILVA

membro nº **53475** desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem às Quintas: O Papel da Direcção de Enfermagem nas ULS**", realizado **no dia 22 de Junho de 2023**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 22 de Junho de 2023

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

NÉLIA SOFIA MOTA SILVA

membro nº **53475** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar – Hipertensão Arterial: Intervenção de Enfermagem**", realizado no(s) dia(s) **no dia 17 de Maio de 2023**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma Cisco Webex**.

Lisboa, 17 de Maio de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

NÉLIA SOFIA MOTA SILVA

membro nº **53475** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar LadoaLado.Com: Promoção do equilíbrio e da saúde mental**", realizado no dia **26 de Junho de 2023**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Coimbra, 26 de Junho de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional

Ricardo Correia de Matos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.