

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO
PORTO

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

FAMÍLIAS COM MEMBRO IDOSO DEPENDENTE - AVALIAÇÃO E
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR

Relatório de estágio

Carla Alexandra Silva Alves

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

FAMÍLIAS COM MEMBRO IDOSO DEPENDENTE -
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

FAMILIES WITH A DEPENDENT ELDERLY MEMBER -
EVALUATION AND INTERVENTION BY THE SPECIALIST NURSE
IN COMMUNITY NURSING IN THE FAMILY HEALTH NURSING
AREA

Orientadora: Professora Doutora Maria Rui Sousa
Coorientador: Professor Doutor António Festa

Autora: Carla Alexandra Silva Alves

Porto, 2023

“Os avós e os idosos não são sobras de vida, desperdícios para deitar fora. Mas são aqueles preciosos pedaços de pão deixados na mesa da nossa vida, que ainda nos podem nutrir com uma fragrância que perdemos, a fragrância da memória”

Papa Francisco

CHAVE DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

USF - Unidade Saúde Familiar

EECESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem Saúde Familiar

BICSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

IFNA - Internacional Family Nursing Association

MECESF - Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

ERA - Equipa Regional de Apoio

MF - Médico de Família

EF - Enfermeiro de Família

SC - Secretário Clínico

DGS - Direção Geral da Saúde

Nº - Número

AVD - Atividades de Vida Diárias

VD - Visita domiciliária

OE - Ordem do Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

PC - Prestador de cuidados

RESUMO

O presente relatório reporta-se ao estágio de natureza profissional, realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da zona Norte, e reflete o percurso e as atividades efetuadas, onde se pretendeu desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no cuidar das famílias com membro idoso dependente e desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar no cuidar das famílias com membro idoso dependente.

O envelhecimento demográfico que ocorre em todo o mundo, encontra-se associado a um aumento de doenças e de dependência no autocuidado. Com frequência, a família constitui-se como agente do autocuidado. Contudo, a assunção deste papel acarreta dificuldades acrescidas, interferindo no funcionamento familiar e na resolução dos problemas de saúde. O enfermeiro de família surge como agente fundamental de apoio às mudanças nas famílias, cuidando da família enquanto unidade de cuidados, prestando cuidados específicos, de acordo com as suas necessidades. Neste sentido, e uma vez que na unidade em que decorreu o estágio, 26,4% da população inscrita são idosos, este trabalho teve como finalidade cuidar das famílias com membro idoso dependente, procurando intervir de forma sistémica na reestruturação das suas dinâmicas, de modo a alcançar ganhos em saúde. Pretendeu ainda sensibilizar a equipa de enfermagem para a melhoria da avaliação e intervenção familiar nas famílias com idoso dependente e contribuir para a otimização da documentação dos cuidados prestados no âmbito da Saúde Familiar.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), que tem como base teórica o Modelo de Calgary (Wright & Leahey, 2009) foi o referencial teórico e operativo utilizado no desenvolvimento das ações implementadas junto das famílias.

Este estudo integrou 5 famílias onde prevaleceram os diagnósticos “Edifício residencial não seguro”, “Precaução de segurança não demonstrada” e “Papel do prestador de cuidados não adequado”. Os resultados obtidos nas famílias, após as intervenções de enfermagem, traduziram-se por mudanças nos juízos dos diagnósticos, considerando que ocorreram mudanças no funcionamento familiar com benefícios para a saúde dos seus membros. Neste sentido foi possível concluir que se obtiveram ganhos em saúde nas famílias do estudo, sensíveis à intervenção implementada. Em paralelo, foi desenvolvida uma ação de formação junto da equipa de enfermagem e em resultado da mesma verificou-se uma melhoria no processo de documentação de cuidados realizados pela equipa, no âmbito da “Saúde Familiar” nas famílias com membro idoso dependente.

Palavras-chave: Dependência; Enfermagem; Família; Idoso; Saúde familiar

ABSTRACT

This report describes the path and activities carried out during a professional internship carried out in a Family Health Unit (USF) in North Portugal. The aim of the internship was to develop: specialist nurse standard skills in the context of caring for families with a dependent elderly member; and specialist nurse specific skills in community nursing - within the area of family health nursing - in caring for families with dependent elderly members.

The demographic aging that occurs throughout the world is associated with an increase in diseases and dependence on self-care. Often, the family acts as an agent of self-care. However, assuming this role entails additional difficulties, which interferes with family dynamics and with the resolution of health problems. The family nurse emerges as a fundamental agent supporting changes in families, caring for the family as a care unit and providing specific care, according to the family members' needs. Considering that 26.4% of the enrolled population in the unit where the internship took place are elderly, this work aimed to take care of families with dependent elderly members, seeking to intervene in a systemic way in the restructuring of their dynamics to achieve health gains. It also intended to raise awareness within the nursing team towards improving family assessment and intervention in families with dependent elderly people and contributing to optimize the documentation of care provided within the scope of Family Health.

The Dynamic Family Assessment and Intervention Model, which has the Calgary Model as its conceptual basis (Wright & Leahey, 2009) was the theoretical and operational reference used in the development of actions implemented with the families.

This study included 5 families where the following diagnoses prevailed: "Unsafe residential building", "Safety precautions not demonstrated" and "Care provider role not appropriate". The results obtained in the families through the nursing interventions led to changes in family dynamics that determined an improvement in the health of its members, which resulted in changes to the diagnostic judgments. Based on this outcome, it was possible to conclude that health gains were obtained in the families that, during the study, showed to be sensitive to the implemented intervention. A parallel training course was developed for the nursing team and, this resulted in an improvement in the process of documenting care carried out by the team, within the scope of "Family Health", in the families with a dependent elderly member.

Keywords: Dependence; Nursing; Family; Elderly; Family health

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	16
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA.....	32
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	32
3.1.1. Descrição crítica dos resultados	65
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	70
3.2.1. Descrição crítica dos resultados	74
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	78
CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	96
ANEXO 1	97
ANEXO 2	141
ANEXO 3	144
ANEXO 4	148
ANEXO 5	152

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização da amostra das famílias da enfermeira tutora.....	19
TABELA 2: Dados de avaliação das famílias da amostra	43
TABELA 3: Avaliação e intervenção familiar na Família 1	45
TABELA 4: Avaliação e intervenção familiar na Família 2	50
TABELA 5: Avaliação e intervenção familiar na Família 3	53
TABELA 6: Avaliação e intervenção familiar na Família 4	57
TABELA 7: Avaliação e intervenção familiar na Família 5	61
TABELA 8: Taxa de avaliação das dimensões estrutural e funcional nas famílias do estudo	65
TABELA 9: Taxa de prevalência da dimensão estrutural e funcional em todas as famílias do estudo.....	66
TABELA 10: Indicadores de resultado	67
TABELA 11: Dados extraídos do S-Clínico (1º momento de avaliação).....	71
TABELA 12: Dados extraídos do S-clínico (2º momento de avaliação)	73

LISTA FIGURAS

FIGURA 1: Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF onde decorreu o estágio, disponível no aplicativo BICSP	18
--	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório respeitante à temática “Famílias com membro idoso dependente - avaliação e intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar” enquadra-se na Unidade Curricular - Estágio de natureza profissional realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Descreve o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios I e II que se realizaram numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região Norte e decorreram no período compreendido entre 21 de novembro de 2022 e 23 de junho de 2023, com um total de 45 ECTS.

O envelhecimento demográfico é uma tendência sentida à escala global e Portugal não é exceção a esse fenómeno. De acordo com os Censos realizados em 2021, 20,6% da população portuguesa são idosos com 65 ou mais anos, resultando um Índice de Dependência nos Idosos de 36,8% (PORDATA, 2022). O Índice de dependência expressa a relação entre a população idosa e a população em idade ativa e é definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. O envelhecimento tornou-se também uma prioridade do ponto de vista social, de saúde e de políticas públicas, considerando a necessidade da resposta dos sistemas de saúde modernos aos problemas enfrentados por uma população mundial envelhecida (Monteiro et al., 2021). Apesar de haver vantagens em envelhecer, como a experiência e a sabedoria, o envelhecimento também está associado ao surgimento de doenças que conduzem por vezes a situação de dependência no autocuidado.

A dependência no autocuidado, decorrente do envelhecimento e/ou de uma doença, origina a que a pessoa experiencie uma transição na sua vida, pois deixa de ser autónoma para a efetivação das atividades básicas do autocuidado pessoal e passa a depender de outros (Meleis et al., 2010).

Tal como refere Figueiredo (2012) a família torna-se agente do autocuidado, pela maior ou menor consensualização sobre a forma como dará resposta a esta necessidade. Contudo, esta transição na vida familiar poderá acarretar dificuldades acrescidas, interferindo no funcionamento familiar e na resolução dos problemas de saúde com que se deparam os seus

membros, com repercussões para o bem-estar das famílias.

Existem diversos estudos realizados neste âmbito que demonstram o impacto da dependência de um ou mais membros nas suas famílias. Sequeira (2009) refere que, nas famílias que assumem os cuidados dos seus familiares em situação de dependência, surgem frequentemente sentimentos de medo, desamparo, preocupação, vulnerabilidade e insegurança. Esses sentimentos podem ser minimizados por meio de um adequado processo de cuidar em enfermagem, baseado numa relação de ajuda que promova o bem-estar familiar e atenda às necessidades e sentimentos dos membros da família.

Assim, considerando o impacto que uma pessoa com compromisso no seu autocuidado tem na dinâmica familiar e a assunção do papel de prestador de cuidados, atualmente também designado por familiar cuidador, por parte de um ou mais elementos da família, bem como as dificuldades inerentes à situação, surge para o enfermeiro especialista o desafio de ajudar as famílias a conseguir um processo eficaz de ajustamento e de adaptação.

Um estudo desenvolvido por Melo et al. (2021) concluiu que os enfermeiros têm um importante papel junto dos cuidadores familiares, na sua capacitação para a melhor gestão dos problemas e obstáculos. Os mesmos autores concluíram nesse estudo que a implementação de intervenções estruturadas e contextualizadas, permitiram aos cuidadores uma melhor adaptação e com estratégias de *coping* mais eficazes para a resolução das dificuldades. Neste contexto, o enfermeiro de família surge como agente promissor de mudança nas famílias, uma vez que detém as competências requeridas para o cuidar da família enquanto unidade de cuidados, prestando cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida familiar aos vários níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Considerando as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), o enfermeiro de família deverá cuidar da família como um todo e dos seus membros individualmente, promovendo a sua capacitação ao longo do ciclo vital e nas suas transições. Deve igualmente gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados a estas famílias, articulando se necessário com outras equipas de saúde, colaborando nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, Ordem dos

Enfermeiros, 2018).

Face ao exposto compreende-se que a definição do tema do estudo incide sobre um problema atual, apoiada ainda pelos dados encontrados no decurso da caracterização do contexto clínico, em uma Unidade de Saúde Familiar (USF) da Região Norte em que se desenvolveram os Estágios I e II. A população inscrita na unidade em questão é de 13750 utentes, salientando-se que 26,4% dos inscritos nesta USF são idosos com 65 ou mais anos (BICSP, 2022). Salienta-se que estes dados são superiores aos números nacionais apontando a problemática do envelhecimento e da dependência como uma área de atenção prioritária nesta unidade de saúde.

Também a equipa da USF, em 2022 delineou e colocou em prática um projeto de melhoria contínua da qualidade, intitulado: "A visita domiciliária de enfermagem ao idoso", que visou a implementação de cuidados de proximidade fomentando a visita domiciliária ao idoso. Assim, este trabalho vai ao encontro das necessidades sentidas pela equipa da USF, explorando os aspetos que influenciam a saúde da família enquanto cliente, de forma a prestar cuidados orientados para as necessidades identificadas pela própria família, apoiados na melhor evidencia científica disponível.

Considerando a importância desta problemática e considerando o impacto de uma pessoa com dependência na dinâmica e relações familiares, bem como do papel fulcral do enfermeiro nesta fase de transição, este trabalho teve como finalidade capacitar as famílias com membro idoso dependente, procurando intervir de forma sistémica na reestruturação das suas dinâmicas, melhorando a sua capacitação, apoiando-as na identificação das suas forças e recursos de modo a alcançar ganhos em saúde. Pretendeu-se também sensibilizar a equipa de enfermagem da USF para a melhoria da avaliação e intervenção familiar nas famílias com membro idoso dependente, bem como contribuir para a otimização da documentação dos cuidados prestados no âmbito da Saúde Familiar.

Subjacente a esta temática e numa perspetiva de formação e de desenvolvimento profissional, definiu-se os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no cuidar das famílias com membro idoso dependente;
- Desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar no cuidar das famílias com membro idoso dependente;

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012) foi o referencial utilizado que norteou o desenvolvimento das ações implementadas junto das famílias. Sendo um modelo que está amplamente implementado em diversos contextos dos cuidados de saúde primários, têm também o reconhecimento internacional como referencial das práticas de enfermagem de família, nomeadamente pela Internacional Family Nursing Association (IFNA).

Este modelo disponibiliza uma matriz operativa orientadora e sistematizada que permite a interligação com as etapas do processo de enfermagem, potencializando a abordagem sistémica e colaborativa em enfermagem familiar (Figueiredo 2012). Sustenta-se no pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e fundamenta-se no Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (Wright & Leahey, 2009). O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar é uma abordagem de avaliação que se concentra nas dinâmicas familiares e nas interações entre os membros da família, que integra além dos construtos teóricos da disciplina de enfermagem, a teoria geral dos sistemas, a teoria da comunicação, da mudança, a cibernética e a biologia da cognição.

Ao longo do relatório serão descritas as atividades que foram desenvolvidas no sentido de proceder a uma avaliação e intervenção familiar, bem como a atividade formativa realizada na USF e por fim uma descrição e análise crítica dos resultados obtidos decorrentes das práticas desenvolvidas.

Assim, com este trabalho perspetivou-se obter ganhos em saúde nas famílias com membro idoso dependente, sensíveis às intervenções especializadas, que visaram um papel efetivo promotor da mudança no funcionamento familiar, tornando as famílias mais aptas para lidar com a situação de dependência de um dos seus membros.

Para melhor compreensão dos dados de avaliação e intervenção nas famílias e por forma a garantir o anonimato, optou-se por designar as mesmas por: Família 1, Família 2, Família 3, Família 4 e Família 5.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A realização da componente prática do Mestrado em Enfermagem Comunitária da área da Enfermagem Saúde Familiar (MECESF), inserido num processo amplo de socialização profissional e desenvolvimento de competências, constituiu uma oportunidade de escuta, diálogo e partilha de diferentes saberes.

As unidades curriculares Estágio I e Estágio II do MECESF foram desenvolvidas numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região norte de Portugal no período temporal de 22 de novembro de 2022 e 24 de junho de 2023, sob supervisão de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Enfermagem de Saúde Familiar, com um total de 510 horas.

A USF é uma unidade funcional integrante do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Grande Porto VI enquanto serviço de saúde local da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte.

A cidade do Porto tem uma área de 41,42 Km², uma população de 237 591 habitantes dentro dos seus limites administrativos, sendo subdividida em 7 freguesias.

O ACeS onde se situa a USF é uma estrutura organizacional assente em diferentes tipos de unidades funcionais, trabalhando em rede com uma equipa multidisciplinar. No cumprimento da sua missão, o ACeS desenvolve atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Para além destas atividades, tem como missão garantir a vigilância epidemiológica, investigar em saúde e formar os profissionais (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários).

A USF foi constituída em 2006, tendo em 2008, com base na aprovação do Parecer Técnico da Equipa Regional de Apoio (ERA), por deliberação do Conselho Diretivo da ARS, passado para modelo B. Está de acordo com o Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF. A USF está organizada em dois pisos, um no rés-do-chão e outro no piso inferior, ligados por escadas e por um elevador. A USF possui um parque de estacionamento gratuito para os seus funcionários, tendo também condições de acessibilidade para utentes com necessidades especiais - estacionamento para

peessoas com deficiência e elevadores. Existe também uma área comum à USF e a outras unidades do edifício, que dispõe de uma sala de convívio/refeições, uma sala de reuniões, 2 casas de banho e cacifos, uma sala com o servidor do sistema informático, o armazém de material clínico e administrativo e salas de arrumos.

A USF tem como missão “A prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” e como visão: “Ser uma USF de excelência, capaz de otimizar os recursos disponíveis, garantindo em toda a região serviços com padrões de qualidade técnico-profissional e diferenciação, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação.”

A sua equipa multidisciplinar é constituída por vinte e dois profissionais: oito médicos, oito enfermeiros e seis secretários clínicos. Existe também uma assistente operacional e um vigilante durante todo o período de funcionamento. A estrutura orgânica da USF é constituída pelo Conselho Geral, pelo Coordenador e pelo Conselho Técnico.

Para além da estrutura interna geral referida, esta USF tem um modelo de organização multidisciplinar, estruturado em 8 equipas compostas por um Médico de Família (MF), um Enfermeiro de Família (EF) e um Secretário Clínico (SC). A cada uma destas equipas multidisciplinares está atribuída uma lista de utentes/famílias. A prestação de cuidados a estes utentes compreende a vigilância, promoção da saúde e prevenção e tratamento da doença nas diversas fases de vida, os cuidados no domicílio e a interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação.

A população inscrita nesta unidade é de 13750 utentes exibindo uma pirâmide etária regressiva, uma vez que a percentagem de indivíduos com menos de 15 anos é inferior à do grupo com mais de 50 anos (Figura 1).

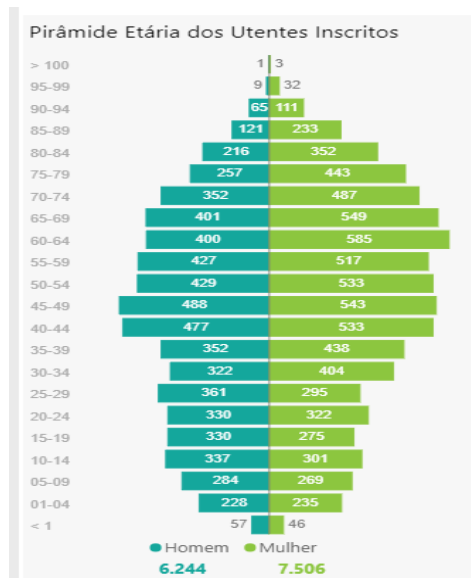


Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF (Fonte: BICSP, dezembro 2022)

A USF possui um sistema de marcação de consultas, com horário estipulado para o atendimento programado, não programado e consulta não presencial. As Consultas Programadas são dedicadas aos diferentes grupos que constituem a lista de utentes: Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde de Adultos e do Idoso, Vigilância e rastreio oncológico, Programa de vigilância de doenças crónicas (Hipertensão e Diabetes). As consultas de vigilância dos respetivos programas de saúde são realizadas ao nível da consulta de enfermagem e da consulta médica, havendo consultas realizadas em equipa (médico família e enfermeiro de família), nomeadamente a saúde Infantil e saúde materna. As consultas não programadas destinam-se a situações sem marcação prévia, de doença aguda não urgente/emergente, denominadas por Consulta Aberta, sendo realizadas preferencialmente pelo Médico/Enfermeiro de Família.

A visita domiciliária refere-se a consultas efetuadas no domicílio do utente em situação de dependência ou cujo estado de saúde comprovadamente não aconselha a deslocação à USF, podendo destinar-se ao atendimento de situações agudas, crónicas ou de prevenção e vigilância, por parte da equipa médica ou de enfermagem. A deslocação da equipa de enfermagem, no âmbito da visita domiciliária, é realizada por transporte assegurado pelo ACeS Porto. Sempre que um utente inscrito na USF, necessite de visita domiciliária, mas seja residente fora desta área geográfica de influência, a sua situação é encaminhada pela

respetiva equipa de saúde, para a unidade de saúde mais próxima da residência, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, sejam eles médicos ou de enfermagem.

Caraterização da lista de famílias da enfermeira tutora

Da população inscrita na USF e nomeadamente da lista de um total de 506 famílias atribuídas à enfermeira tutora foram analisadas 60 famílias, sem critérios de exclusão, constituindo esta uma amostra acidental, no período compreendido entre 22 de novembro de 2022 e 9 de dezembro de 2022 que correspondeu ao Estágio I. Os dados foram colhidos de forma oportunista em contexto de consulta de enfermagem, com o consentimento verbal do utente. Esta análise teve como finalidade caracterizar esta amostra tendo em conta as três dimensões do MDAIF - estrutural, desenvolvimento e funcional, mais concretamente:

- Tipo de família;
- Subsistema familiar;
- Classe social (Segundo escala de Graffar)
- Etapa do ciclo vital;
- Pessoas na família com doença crónica;
- Pessoas na família com dependência;

Os dados obtidos da caracterização destas 60 famílias encontram-se resumidos na tabela 1:

Tabela 1 - Caracterização da amostra das famílias da enfermeira tutora

Caracterização das famílias	Total (N)	Total (%)
Tipo de Família		
Família Unipessoal	12	20%
Família Nuclear	38	63,3%
Família Monoparental	5	8,3%

Família Alargada	5	8,3%
Subsistema Familiar		
Subsistema Conjugal	14	29,9%
Subsistema Conjugal/parental	10	21,3%
Subsistema Conjugal/parental/fraternal	17	36,2%
Subsistema Parental	5	10,6%
Subsistema Parental e fraternal	1	2,1%
Classificação da classe social*		
Famílias da Classe média baixa	19	31,7%
Famílias Classe média	34	56,7%
Famílias Classe média alta	7	11,7%
Etapa do Ciclo Vital **		
Família com filhos pequenos	4	12,5%
Família com filhos em idade escolar	7	21,9%
Família com filhos adolescentes	4	12,5%
Família com filhos adultos	17	53,1%
Doença crónica num dos elementos da família		
Famílias com elementos com doença crónica	38	63,3%
Famílias com elementos sem doença crónica	22	36,7%
Famílias com ou sem familiar dependente		
Famílias com familiar dependente	7	11,7%
Famílias sem familiar dependente	53	88,3%

* segundo escala de Graffar (1956)

**segundo Relvas (1995)

Na amostra verifica-se a predominância de famílias do tipo nuclear. Para além disso, a etapa do ciclo vital "Famílias com filhos adultos" referia-se a mais de metade das famílias.

De salientar ainda que nesta amostra, a maioria das famílias pertenciam à classe média e uma percentagem substancial (31,7%) pertencia à classe média/baixa. Este dado torna-se relevante pois a escassez de recursos económicos pode levar a dificuldades no acesso aos cuidados de saúde. Como apontado pela Direção Geral de Saúde (DGS), a pobreza e os empregos mal remunerados são alguns dos determinantes em saúde, sociais e económicas, segundo o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (Direção Geral da Saúde, 2021).

Um outro dado importante obtido na caracterização desta amostra é que mais de metade das famílias (63,3%) tinham um elemento com doença crónica, e 11,7% tinham um familiar com dependência ao seu encargo. Como já anteriormente referido estes dados, associados ao facto de nesta unidade de saúde mais de um quarto da população inscrita ter 65 ou mais anos de idade, contribuíram para a definição da problemática deste trabalho. Mais ainda porque tal como refere Lourenço, Figueiredo e Octávio de Sá (2015) "ainda não se conseguiu atingir a meta de adicionar qualidade aos últimos anos de vida de cada ser humano" (Lourenço et al, 2015,p.3).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Embora o envelhecimento apresente vantagens, também está ligado a problemas de saúde que trazem implicações físicas, financeiras, sociais e emocionais para as pessoas que estão nesta fase da vida.

O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo e gradual. Trata-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, para a qual contribuem diversos fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. Ainda assim, nos países em desenvolvimento o limite da idade da reforma é com frequência utilizado pelos governos para estabelecer um padrão para a definição de idoso, embora possa ser variável, em função da profissão, país, sistema social ou cultura (OMS, 2014).

Em Portugal, a DGS (2006) define envelhecimento humano como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida, onde cada uma das estruturas na sua singularidade é implicada e infere implicações nas outras (DGS, 2006).

Numa população envelhecida, a deterioração da saúde e o surgimento de doenças conduzem a um número crescente de quadros de dependência no autocuidado, expondo os indivíduos à vulnerabilidade, o que conseqüentemente diminui as suas capacidades de autocuidado e autoproteção (Naik et al,2008).

Efetivamente o envelhecimento e as doenças que lhe estão associadas, contribuem para limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando as pessoas gradualmente dependentes dos outros, sendo o papel de cuidador frequentemente assumido por familiares. O processo de envelhecimento e a progressiva instalação da dependência no idoso é um processo exigente e desafiante para as famílias e/ou cuidadores, bem como para os serviços de saúde.

Como refere Monteiro et al. (2021) a resposta dos sistemas de saúde modernos aos problemas enfrentados por uma população mundial envelhecida tornou-se uma prioridade igualmente importante do ponto de vista social, de saúde e de políticas públicas.

Neste panorama de transição demográfica, também para a disciplina de enfermagem, este fenómeno coloca problemas desafiantes, na medida em que o enfermeiro especialista surge como “...*facilitador da autonomia da família na adaptação contínua nos processos saúde/doença, gerindo e organizando cuidados de saúde e os recursos internos e externos à família*” (Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Nem sempre a situação de dependência está associada à idade avançada. Ela pode surgir em qualquer momento da vida não sendo exclusiva de um determinado grupo etário, pois existem pessoas dependentes em todas as idades. No entanto, a maior prevalência verifica-se como é evidente, na população idosa (Nogueira, 2009).

São várias as definições encontradas na literatura para dependência no autocuidado.

Com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2006, foi definido no Decreto-Lei nº 101/2006 (p. 3857) dependência como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”.

Apesar desta definição, embora a pessoa dependente possa necessitar de ajuda de terceiros não significa necessariamente que tenha perda de autonomia, podendo continuar a tomar decisões sobre a sua própria vida, apesar das limitações físicas. A perda da autonomia, conceito entendido como a capacidade de autogovernança e auto-orientação (ICN, 2015), não é exclusiva da velhice, podendo estar presente noutras fases da vida.

Desenvolvida pela teórica de enfermagem Dorothea Orem, a Teoria do autocuidado é baseada na ideia de que o ser humano tem a capacidade de cuidar de si mesmo e que é responsável por sua própria saúde (Orem, 2001). Na perspetiva de Orem (1995) o autocuidado pode ser entendido como as atividades que a pessoa desempenha por si própria para manter a vida, saúde e bem-estar. De acordo com esta teórica, quando uma pessoa não é capaz de realizar as atividades de autocuidado de forma independente, surge um requisito para a intervenção de

enfermagem. Os métodos de ajuda definidos por Orem constituem uma série de ações que irão ajudar a pessoa a ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde indo ao encontro da prática de enfermagem de família.

Para quantificar o grau de dependência num indivíduo, é necessário avaliar se necessita de ajuda para as atividades de vida diárias e as atividades instrumentais de vida diárias.

Existem diferentes instrumentos de avaliação de dependência utilizadas para avaliar o grau de dependência de uma pessoa em realizar atividades básicas do dia-a-dia. Destacam-se dessas medidas:

- Índice de Barthel: avalia a capacidade da pessoa em realizar 10 tarefas básicas: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965);
- Escala de Lawton e Brody: avalia a capacidade da pessoa em realizar atividades instrumentais do dia-a-dia, como fazer compras, cuidar das finanças, cozinhar, entre outras (Lawton & Brody, 1969);
- Índice de Katz: avalia a capacidade da pessoa em realizar seis atividades básicas do dia-a-dia, como alimentação, banho, vestir-se, usar o banheiro, locomoção e continência (Katz, 1963);

No contexto deste estágio, para avaliação do grau de dependência foi utilizada a Escala de Barthel, que apesar das suas limitações, é a única disponível e passível de ser registada corretamente no aplicativo informático de documentação de cuidados de enfermagem, designado por S-Clínico, sendo por isso esta a que é comumente utilizada pelos enfermeiros desta unidade de saúde.

A Família e a pessoa dependente

Figueiredo (2012) refere que a família se torna agente do autocuidado, pela maior ou menor consensualização sobre a forma como dará resposta a esta necessidade. A adaptação do

Modelo de Orem à família centra-se assim nas competências dos indivíduos e da família para adotarem comportamentos que permitam desenvolver adequadamente o sistema individual ou familiar.

A dependência no autocuidado, decorrente do envelhecimento e/ou de uma doença, origina a que a pessoa experiencie uma transição na sua vida, pois deixa de ser independente para a efetivação das atividades básicas do autocuidado pessoal e passa a depender de outros para a realização de atividades de vida diária (Meleis et al., 2010). Na perspetiva desta autora a condição “de passagem de um estado razoavelmente estável para outro estado razoavelmente estável, desencadeado por uma mudança” são momentos de transição constituindo zonas de vulnerabilidade mas também de potencial crescimento para as famílias. A transição é vista como um processo psicológico envolvido na adaptação a um evento de mudança, por forma a incorporá-lo.

As transições familiares podem ser determinadas por mudanças nos relacionamentos e nas dinâmicas familiares. Essas transições podem integrar ocorrências positivas, como o casamento ou o nascimento de um filho, ou podem conter desfechos negativos, como o divórcio ou a morte de um ente querido.

Tal como refere Relvas (2006) o ciclo vital evolutivo da família é dinâmico, pelo que a vivência da pessoa idosa constitui por si só uma transição familiar. Quando a esta fase de vida se associa a fragilidade com a dependência para as atividades de vida tal situação pode desencadear sofrimento físico e emocional (Mendes, 2019).

Os eventos que exigem a redefinição ou definição de papéis da pessoa ou família, nomeadamente assumir o papel de prestador de cuidados, constituem uma transição situacional (Meleis et al., 2000).

As transições situacionais implicam na família a necessidade de aprender novas formas de encarar a situação no sentido de promover o equilíbrio do sistema familiar. A funcionalidade familiar não se relaciona com a ausência de problemas e de conflitos, mas com a forma e modo de se organizar para os resolver e superar (Aragonez, 2017).

Meleis afirma que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (Chick& Meleis, 1986).

Deste modo o enfermeiro de família assume um papel promissor como "...agente de mudança, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica."(Figueiredo, 2012, pág. 2)

Tal como menciona a Ordem dos Enfermeiros (2009), a Enfermagem de Família detém competências requeridas para o cuidar da família enquanto unidade de cuidados, prestando cuidados específicos às diferentes fases do ciclo de vida familiar aos vários níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

As boas práticas no âmbito da Saúde Familiar, requerem o uso de modelos teóricos e instrumentos de avaliação que permitam o estudo da família para melhor intervir e auxiliar a família nos seus processos de transição e adaptação à mudança (Brás & Neves,2019).

Considerando a família como alvo dos cuidados, o enfermeiro deverá sempre alicerçar a sua prática em referenciais epistemológicos.

Recentemente, em março de 2023, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária, no documento de Tomada de posição nº 1 de 2023, reconheceu o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na prática clínica (Ordem do Enfermeiros, 2023).

Este modelo concentra-se nas dinâmicas familiares e nas interações entre os membros da família. Foi desenvolvido por Lorraine M. Wright e Maureen Leahey em 1994 na Universidade de Calgary, no Canadá. Baseia-se na premissa de que a família é um sistema complexo, no qual os problemas individuais de cada membro afetam o funcionamento global da família. Ele procura compreender os desafios enfrentados pela família, suas forças e recursos, e fornece uma estrutura para a avaliação e intervenção.

São pressupostos deste modelo:

- O sistema familiar faz parte de um suprassistema maior e é composto por muitos subsistemas
- A família como um todo é mais do que a soma das partes
- Quando uma mudança ocorre num dos membros da família todos os outros são afetados
- As famílias possuem capacidade para se auto regularem
- Toda a comunicação não verbal tem significado
- A mudança depende da percepção do problema
- A compreensão por si só não leva à mudança
- A mudança depende dos objetivos co-envolvidos para o tratamento
- O mundo que cada um vê não é um mundo real, mas sim aquele que produz com os outros.

O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar integra, além dos construtos teóricos da disciplina de enfermagem, a teoria geral dos sistemas, a teoria da comunicação, da mudança, a cibernética e a biologia da cognição. Trata-se de uma estrutura que compreende três dimensões principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

O MDAIF sustenta-se no pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e fundamenta-se no Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família.

À cerca do MDAIF, a autora refere "...este modelo constitui-se como referencial teórico que pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias..." (Figueiredo, 2012). Os seus princípios de intervenção enquadram a atuação dos enfermeiros que desenvolvem a sua prática clínica nas atuais USF ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Para além disso, disponibiliza uma matriz operativa orientadora e sistematizada que permite a interligação com as etapas do processo de enfermagem, pretendendo ser um instrumento de trabalho potencializando a abordagem sistémica e colaborativa em enfermagem familiar (Figueiredo 2012).

Este modelo está amplamente implementado em diversos contextos dos cuidados de saúde primários tendo também o reconhecimento internacional como referencial das práticas de enfermagem de família, nomeadamente pela Internacional Family Nursing Association (IFNA). É reconhecido como promotor de uma prática de enfermagem fundamentada em pressupostos sistémicos, sendo o modelo norteador deste trabalho e das práticas clínicas desenvolvidas em contexto de ensino clínico.

O MDAIF, tal como o modelo de Calgary, centra-se em 3 dimensões avaliativas – estrutural, de desenvolvimento e funcional. Apresenta propostas interventivas que respondem às necessidades da família, possibilitando a capacitação das mesmas para a resolução dos seus problemas (Figueiredo, 2012).

Nesta perspetiva, e tendo por base estes referenciais, o enfermeiro especialista "...interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, compilando dados sobre cada família que permitam a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família" (Diário da República, 2.ª série - N.º 124 - de 29 de junho de 2015, p.17386).

Como tal, e considerando as competências específicas do EEECESF, o enfermeiro de família deverá promover a capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições. Deve igualmente gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados a estas famílias, articulando se necessário com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

Subjacente à temática deste relatório, está inerente o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem familiar, mais especificamente desenvolver competências especializadas no cuidar das famílias que integram um membro idoso dependente, considerando as suas necessidades, tendo em vista a intervenção familiar nestas situações.

Para Figueiredo (2007), com a instalação progressiva da dependência no indivíduo, é necessário conhecer o grau de incapacidade funcional, para apoiar a família a decidir os

cuidados necessários. Independentemente do motivo ou do grau de dependência que o idoso possa apresentar, a partir do momento que não consegue satisfazer as necessidades de forma autônoma e eficaz, necessita de ajuda dos outros.

Numa grande parte dos casos, é um dos elementos da família que assume o papel de prestador de cuidados ou de cuidador. Porém a situação de doença e conseqüentemente de dependência de um dos seus membros, implica para a família, um maior número de atividades e respetiva reestruturação familiar, face ao novo papel que é necessário incorporar (Figueiredo, 2012).

A dependência de um membro da família pode ter um grande impacto emocional, social e financeiro podendo ter diversos tipos de repercussões tais como:

- Mudanças na dinâmica familiar: a dependência pode exigir que os membros da família reorganizem suas rotinas e papéis para acomodar as necessidades do membro dependente;
- Sobrecarga emocional: cuidar de um membro dependente pode ser emocionalmente desgastante para os cuidadores pois eles podem sentir-se tristes, ansiosos ou exaustos e com pouca energia para cuidar de si mesmos e das outras demandas da vida;
- Restrições financeiras: a dependência pode colocar uma grande pressão financeira sobre a família uma vez que cuidados necessários podem ser caros, como é o caso por exemplo, da compra de equipamentos médicos específicos e as adaptações necessárias em casa;
- Isolamento social: cuidar de um membro dependente pode ser um trabalho de tempo integral, o que pode impedir que os cuidadores participem de atividades sociais levando a que se sintam isolados de amigos e familiares.

Assim, considerando o impacto que o processo de viver com alguém dependente tem nas relações e dinâmica familiar surge para o enfermeiro especialista a problemática das necessidades de cuidados à pessoa dependente e às suas famílias. Assim, o enfermeiro de família assume-se como promotor de conhecimentos e recursos para que ocorram transições

mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia (Araújo, 2014).

A problemática em estudo

A definição do tema do estudo: "Famílias com membro idoso dependente - avaliação e intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária da área da enfermagem familiar" surge no decurso da caracterização do contexto clínico em que se desenvolveram os Estágios I e II. De salientar que na USF em que decorreu o estágio mais de um quarto da população inscrita são idosos, sendo o índice de dependência nos idosos 43,44%. Estes dados são superiores aos números nacionais, apontando para a problemática do envelhecimento e da dependência como uma área de atenção prioritária nos cuidados de enfermagem nesta unidade de saúde.

Atentos às características da população de abrangência, a equipa da USF, na carta de compromisso para 2022, delineou como estratégia de intervenção "A visita domiciliária de enfermagem ao idoso", tendo definido como objetivo de intervenção "promover a visita domiciliária aos utentes dependentes com priorização na atividade diagnóstica do autocuidado e papel do prestador de cuidados e gestão do regime terapêutico", dando continuidade a este projeto em 2023. Neste sentido, também este trabalho surge de modo a ir ao encontro das necessidades sentidas pela equipa da USF onde será desenvolvido, explorando outros aspetos que possam influenciar a saúde da família enquanto cliente.

Por todos os aspetos já mencionados e com o intuito de delimitar a problemática, optou-se por orientar este estudo para avaliação e intervenção em famílias com membro idoso dependente, utilizando como referencial teórico o MDAIF. Considerando tratar-se de famílias com idosos optou-se por focar a atenção em duas dimensões avaliativas fundamentais: estrutural e funcional. A avaliação da dimensão do desenvolvimento não foi critério de avaliação estabelecido para estas famílias, uma vez que esta dimensão diz respeito a fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual, como é o caso do "Planeamento familiar" ou a "Adaptação à gravidez". Contudo, caso fosse detetada a necessidade de avaliar aspetos da dimensão do desenvolvimento que sugerissem em alguma família, tal constituiria também um foco da nossa atenção.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Ao longo do estágio foram desenvolvidas atividades que visaram a aquisição de competências específicas inerentes a: Cuidar da família como unidade de cuidados; liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018)

Pretende-se, portanto, neste capítulo descrever e analisar as atividades realizadas, refletindo criticamente sobre a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do EEECESF. Assim, optou-se por dividir esta descrição em dois subcapítulos, de acordo com as duas competências específicas.

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

Considerando a problemática da dependência do idoso e tendo em conta o impacto na família, bem como o papel fulcral do enfermeiro nesta fase de transição do ciclo vital, este trabalho teve como finalidade no cuidar das famílias com membro idoso dependente, procurando intervir de forma sistémica na reestruturação das suas dinâmicas, melhorando a sua capacitação, apoiando-as na identificação das suas forças e recursos de modo a alcançar ganhos em saúde. Pretende igualmente contribuir para a sensibilização para a melhoria da avaliação e intervenção familiar nas práticas clínicas diárias da equipa de enfermagem da USF, bem como contribuir para a otimização da documentação dos cuidados prestados no âmbito da Saúde da família. O MDAIF (Figueiredo, 2012) foi o referencial teórico e operativo utilizado que norteou o desenvolvimento das ações implementadas junto das famílias.

Subjacente a esta temática definiu-se os seguintes objetivos major:

- Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no cuidar das famílias com membro idoso dependente;
- Desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar no cuidar das famílias com membro idoso dependente;

A abrangência destes objetivos gerais conduziu ao desdobramento nos seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar as famílias com membro idoso dependente, identificando as suas necessidades, utilizando como referencial teórico o MDAIF, no âmbito das dimensões estrutural e funcional;
2. Formular diagnósticos considerando as necessidades identificadas;
3. Elaborar um plano de cuidados em conjunto com a família delineando intervenções de enfermagem;
4. Implementar as intervenções de enfermagem às famílias com membro idoso dependente de acordo com necessidades identificadas na avaliação familiar;
5. Promover a melhoria contínua da qualidade no que se refere ao processo de documentação dos cuidados no âmbito da enfermagem de saúde familiar, parte dos enfermeiros dessa USF;
6. Monitorizar os ganhos em saúde, sensíveis à intervenção especializada.

No sentido de dar resposta aos objetivos específicos estabelecidos foram desenvolvidas das seguintes atividades que os concretizam.

Atividades que concretizaram o Objetivo 1 - Avaliar as famílias com membro idoso dependente, identificando as suas necessidades, utilizando como referencial teórico o MDAIF, no âmbito das dimensões estrutural e funcional:

- Identificação das famílias com membro idoso dependente que compõem a amostra, com recurso ao aplicativo informático (S-Clínico) e ao conhecimento da enfermeira tutora;
- Contacto com as famílias para apurar a pertinência de serem incluídas neste estudo e obter consentimento informado verbal;
- Agendamento de consulta de enfermagem em contexto domiciliário às famílias através de contacto telefónico;

- Avaliação sistémica das famílias, através de visitação domiciliária, usando a matriz operativa MDAIF

Atividades que concretizaram o Objetivo 2 - *Formular diagnósticos considerando as necessidades identificadas:*

- Elaboração de diagnósticos de enfermagem tendo por base os dados recolhidos na avaliação das famílias, considerando as necessidades identificadas, as expectativas da família e os juízos clínicos efetuados sobre os problemas identificados.

Atividades que concretizam o Objetivo 3 - *Elaborar um plano de cuidados delineando intervenções de enfermagem direcionadas às famílias com membro idoso dependente:*

- Planeamento das intervenções tendo por base a melhor evidência científica, os recursos da USF e o reconhecimento da família sobre o problema;

Atividades que concretizaram o Objetivo 4 - *Implementar as intervenções de enfermagem às famílias com membro idoso dependente de acordo com necessidades identificadas na avaliação familiar:*

- Agendamento das consultas de enfermagem de seguimento às famílias através de contacto telefónico;
- Realização de consultas de enfermagem às famílias, para realizar intervenção sistémica familiar e ou reavaliação, tendo em conta as prioridades definidas.

Atividades que concretizaram o Objetivo 5 - *Promover a melhoria contínua da qualidade no que se refere ao processo de documentação dos cuidados no âmbito da enfermagem de saúde familiar, por parte dos enfermeiros dessa USF:*

- Registo nos processos clínicos eletrónicos (S-clínico) dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções desenvolvidas, com especial ênfase dos diagnósticos do âmbito específico da saúde familiar;

- Planejamento, execução e avaliação de uma atividade de formação dirigida à equipe de enfermagem, com o objetivo de incentivar a avaliação e intervenção familiar nas famílias com membro idoso dependente e otimizar a documentação dos cuidados prestados no âmbito da Saúde Familiar.

- Avaliação da atividade formativa desenvolvida com a equipe da USF.

Atividades que concretizaram o Objetivo 6 - *Monitorizar os ganhos em saúde, sensíveis à intervenção especializada:*

- Análise da mudança do status dos diagnósticos de enfermagem que positivaram no final da intervenção especializada.

A população deste trabalho incluiu as famílias com um idoso dependente inscritas na USF, sendo a amostra constituída pelas famílias inscritas na USF com idoso dependente da lista de famílias da enfermeira tutora. Deste modo estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão da amostra:

Critérios de inclusão na amostra:

- Famílias cuja pessoa dependente tenha 65 ou mais anos;
- Famílias a residir na área geográfica de abrangência da USF;
- Famílias cujo cuidador é um elemento da família;
- Famílias em que o membro idoso tem uma dependência em grau moderado ou elevado (de acordo com escala de Barthel)

Critérios de exclusão na amostra:

- Famílias unipessoais;
- A pessoa dependente estar institucionalizada

Optou-se por excluir da amostra as famílias unipessoais, uma vez que estas dizem respeito a famílias compostas por uma única pessoa, que pode ser solteira, viúva, divorciada, e que por

diversos motivos, reside sozinha, pelo que não coabita com o seu cuidador. Foram igualmente excluídos os idosos dependentes institucionalizados uma vez que nestes casos os cuidadores não são um elemento da família do idoso.

Numa fase inicial, procedeu-se à análise de todos os utentes dependentes da lista de famílias da enfermeira tutora classificados com o programa “Dependentes” no aplicativo informático (S-clínico) usado para registo naquela unidade de saúde. Constatou-se que existiam um total de 16 famílias com membro idoso dependente.

De referir que este aplicativo informático apresenta algumas limitações, uma vez que apenas permite a visualização de utentes identificados com programa de saúde “Dependentes”, não permitindo a visualização das famílias com pessoas com programa de saúde “Dependentes”.

Da amostra inicialmente obtida de 16 famílias com membro idoso dependente foram excluídas as seguintes famílias:

- 3 famílias unipessoais;
- 3 famílias a residirem fora da área geográfica de abrangência da USF;
- 4 famílias em que o membro dependente estava institucionalizado;
- 1 família cujo membro idoso tinha uma dependência em grau reduzido de acordo com escala de Barthel (registada no S-clínico)

Assim, a amostra final obtida quando aplicados os critérios de inclusão e exclusão foi de 5 famílias.

Após o processo de identificação e seleção das famílias que constituíram a amostra deste trabalho, procedeu-se ao contacto telefónico realizado pela enfermeira tutora, enfermeira destas famílias. Este contacto teve como propósito fornecer indicações acerca do agendamento da visita domiciliária, informando do objetivo da mesma e solicitando a participação da família preparando a disponibilidade dos seus elementos para serem entrevistados.

Uma vez aceite a participação no estudo, no primeiro momento de contato com as famílias, após a apresentação da estudante de mestrado/enfermeira, procedeu-se à apresentação do estudo e seus propósitos, assegurando a garantia de total confidencialidade na redação do trabalho académico.

Seguiu-se a avaliação inicial que se orientou por um formulário de recolha de dados das famílias (ANEXO 1) centrando-se na avaliação das áreas de atenção familiar no que se refere às dimensões estrutural e funcional da matriz operativa do MDAIF. Assim, na dimensão estrutural foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: composição familiar, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social, edifício residencial, sistema de abastecimento e ambiente biológico. No que concerne à dimensão funcional, as áreas de atenção avaliadas foram: o papel de prestador de cuidados e o processo familiar (comunicação e *coping* familiar, interação dos papéis familiares, relação dinâmica e crenças). Apesar desta entrevista ter um guião orientador, ela serviu como base ao desenvolvimento de uma relação terapêutica. Através dela, foi possível estabelecer uma relação positiva, compreender e clarificar os problemas/necessidades, apoiar a família na identificação de estratégias para a mudança ou adaptação.

Para além dos dados avaliativos das dimensões estrutural e funcional das famílias, complementou-se a recolha de dados utilizando os seguintes instrumentos de avaliação familiar: Escala de Graffar, Genograma, Ecomapa, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, Escala de APGAR Familiar de Smilkstein. Foi utilizado também o índice de Barthel (ANEXO 2) para avaliar o nível de dependência funcional no idoso com dependência participante no estudo e a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (ANEXO 3).

A escala de Graffar tem o nome do seu autor e foi desenvolvida em 1956 tendo sido adaptada para a população portuguesa por Fausto Amaro em 1990 e atualizada em 2001. Avalia as condições socioeconómicas da família, permitindo identificar a sua classe social e avaliar condições de risco, bem como alterações ao nível dos comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010).

Baseia-se num conjunto de cinco critérios: profissão do chefe de família, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita. Para

cada critério o modelo descreve cinco itens, e para cada item uma pontuação que varia de um a cinco pontos, sendo que o total de pontuação obtida define 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).

A avaliação da classe social reveste-se de importância uma vez que a mesma influência, para além de outros aspetos, a forma como a família utiliza os recursos em saúde e sociais. Alguns aspetos têm vindo a ser adaptados aquando do seu preenchimento, de modo a contemplar o desenvolvimento social das últimas décadas. Por exemplo, a figura de chefe de família, toma-se por referência a pessoa na família que possui mais habilitações académicas.

O Genograma é instrumento que permite visualizar graficamente a árvore genealógica da família, evidenciando o sistema relacional entre os diversos elementos da família, e os principais acontecimentos biográficos, bem como problemas de saúde existentes (Figueiredo, 2012). Deverá contemplar, no mínimo, 3 gerações. O seu uso neste trabalho possibilitou uma melhor compreensão das famílias, das relações existentes bem como dos problemas de saúde dos seus membros.

No ecomapa projeta-se as relações dos membros da família com o ambiente familiar onde estão inseridos, ou seja, este instrumento permite identificar a interligação entre as pessoas da família com outros indivíduos e estruturas sociais que conduzem à sua evolução (Agostinho, 2007; Figueiredo, 2012). Assim, o uso deste instrumento torna-se essencial pois permite conhecer as ligações das famílias do estudo com as redes de apoio, à família alargada, as estruturas sociais e de saúde, etc.

A Escala de Readaptação Familiar de Holmes e Rahe é um questionário, idealmente de autopreenchimento, que correlaciona 43 eventos de stress ou crise ocorridos no último ano na família. A cada evento ocorrido é atribuída uma pontuação sendo feito o somatório. O resultado da pontuação obtida traduz as dificuldades a que o indivíduo ou família estiveram sujeitos e a probabilidade do vir a desenvolver uma doença somática (Caeiro, 1991). A aplicação deste instrumento tornou-se útil uma vez que contribuiu para uma avaliação mais precisa de cada família em estudo, correlacionando os eventos de crise a que estiveram

sujeitos no último ano procurando perceber de que forma tiveram ou não impacto no funcionamento familiar e na saúde dos seus membros.

A Escala de APGAR Familiar de Smilkstein é um instrumento de medida que quantifica a percepção que o indivíduo tem da sua família ou das pessoas com quem habitualmente vive, possibilitando a reflexão da satisfação de cada membro familiar (Moimaz, Fadell, Yaridl, & Dinizl, 2011).

A sua aplicação neste trabalho revelou-se útil pelo facto de permitir a percepção dos membros da família sobre o funcionamento da mesma, manifestando o seu grau de satisfação com esse funcionamento. A utilização desta escala permitiu identificar o grau de funcionalidade das famílias de acordo com a percepção dos seus membros, relacionando este dado com as necessidades identificadas, de modo a otimizar as estratégias a desenvolver na busca de soluções.

A Escala de Readaptação Familiar de Holmes e Rahe e da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein deveriam ser idealmente preenchidas por todos os elementos das famílias, no entanto tal não foi possível dado que alguns elementos das famílias por diversos motivos, não conseguiram preenchê-las.

O Índice de Barthel é um instrumento, que se encontra adaptado e validado para a população portuguesa por Araújo desde 2007, e serve para avaliar o grau de dependência das pessoas idosas de uma forma objetiva nos serviços de saúde, nomeadamente no contexto comunitário. Ele permite medir a capacidade funcional do indivíduo para a realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. Cada uma destas atividades tem um score, e o resultado determina o grau de dependência da pessoa nas Atividades de vida Diárias (AVD): ligeiro, moderado, grave.

A Escala de Zarit, também conhecida como *Zarit Caregiver Burden Scale*, é um instrumento utilizado para avaliar o nível de sobrecarga e stress vivenciado por cuidadores de pessoas dependentes. Consiste num questionário de 22 questões relacionadas com aspetos emocionais, físicos e sociais do cuidado. É utilizada para medir a percepção do cuidador sobre o

impacto negativo de cuidar de uma pessoa dependente na sua vida diária. As respostas às perguntas são pontuadas e o resultado total obtido indica o nível de sobrecarga do cuidador, sendo que pontuações mais altas indicam maior sobrecarga.

A Escala de Zarit é amplamente utilizada nos cuidados de saúde para avaliar a sobrecarga do cuidador permitindo fornecer orientação para intervenção e suporte adequados.

A sua utilização neste trabalho, permitiu avaliar e registar no aplicativo informático *S-clínico*, o grau de stress dos cuidadores, percebendo melhor as suas necessidades e o impacto do stress do papel de cuidador na família relacionando este com os diagnósticos de saúde familiar.

A primeira visita foi um processo demorado (cerca de 1h e 30 min.), porém necessário e contou com a presença do máximo de elementos da família presentes, considerando a disponibilidade dos mesmos, de forma a enriquecer a abordagem, criar proximidade e confiança.

Após a avaliação familiar inicial, desenvolveram-se cuidados de enfermagem em colaboração com as famílias, no sentido de estimular a participação ativa dos seus membros na resolução dos problemas identificados tendo em conta as suas necessidades e dificuldades, numa perspetiva colaborativa (Figueiredo, 2012). Seguiu-se a formulação de diagnósticos e elaboração de planos de cuidados com intervenções individualizadas para cada família e para cada um dos seus membros, e por fim a avaliação dos resultados da intervenção.

No entanto, a entrevista foi o instrumento privilegiado e a realização de consulta de enfermagem em contexto de visita domiciliária (VD) permitiu uma observação mais próxima do funcionamento e das dinâmicas familiares, favorecendo a confiança, relações de respeito e empatia, facilitando a adesão e a promoção da intervenção.

Todos os dados recolhidos e os resultados foram tratados de forma anónima. O dever de sigilo e do anonimato impõem-se dada a natureza das informações recolhidas nas entrevistas e o dever enquanto enfermeira e profissional.

Dos dados aos diagnósticos

A avaliação familiar deve estar assente na utilização de uma estrutura conceptual clara que favoreça a síntese de dados (identificando recursos, forças e necessidades), e o planeamento de intervenções centradas na família enquanto alvo de cuidados de enfermagem (Hanson & Kaakinem, 2005; Henriques & Santos, 2019; Wright & Leahey, 2018).

Todas as consultas de enfermagem foram realizadas com recurso à entrevista familiar sistémica que está alicerçada na Teoria Geral dos Sistemas e na Teoria da Comunicação e considera as propriedades do sistema e os axiomas da comunicação (Zordan, Dellatorre, Wieczorek, 2012).

Esta revelou-se um recurso essencial para promover os cuidados de enfermagem a estas famílias, pois facilitou o processo terapêutico procurando as forças e o potencial da família na identificação dos seus problemas e na busca das suas soluções. Tal como refere Figueiredo (2012) a intervenção desencadeia a capacitação dos elementos da família para a procura de soluções para os problemas. Assim, o enfermeiro de família tem um papel de observador participante e facilitador da co construção dessas soluções com o objetivo de promover a mudança, tendo como base o bem-estar do todo e das suas partes (Figueiredo, 2012; Relvas, 1996).

Ribeiro et. al. (2021) referem que ao longo da entrevista algumas atitudes e técnicas devem ser utilizadas, como por exemplo, a utilização de questões abertas, fechadas e/ou diretas, a escuta, a empatia, a exploração, a clarificação, o feedback, a focalização, encorajar a expressão de sentimentos, a repetição verbal daquilo que o cliente disse (reflexo), a acentuação, a validação e o silêncio.

A entrevista familiar sistémica rege-se pelos princípios de hipotetização, circularidade e neutralidade.

Segundo Relvas (1996), a hipotetização é considerada o primeiro de todos os princípios, pois é um método de organização e/ou caracterização dos dados recolhidos e cria uma suposição/hipótese que serve como um ponto de partida para uma investigação. No entanto, esta pode ser posteriormente reformulada caso se confirme a necessidade de ser melhorada.

Por outras palavras, a hipótese sistémica consiste na formulação de uma hipótese baseada nas informações que o terapeuta possui a propósito da família que está prestes a entrevistar.

Para o mesmo autor, a circularidade é alcançada nas questões circulares aplicadas, isto é, onde cada membro é convidado a dizer o que sente ou o que vê na sua perspetiva em relação a algum tema, na presença do outro elemento da família (Relvas, 1996). As retroações imediatas surgem durante a entrevista e o enfermeiro com base nas respostas deve orientar a sua consulta, consagrando-se a circularidade. Segundo Baptista e Teodoro (2012) a circularidade “denota a busca de compreensão do enlaçamento dos diversos aspetos de funcionamento da família que revelam a multiplicidade de olhares e vivências”.

De considerar ainda que é essencial que o enfermeiro, não emita nenhum juízo de valor ou opinião pessoal sobre a família ou comportamentos dos seus elementos, respeitando assim outro princípio da entrevista familiar sistémica, a neutralidade. Esta também pressupõe que o enfermeiro não crie aliança com nenhum dos membros da família, não demonstrando uma predileção por um dos elementos (Relvas, 1996), mas uma ligação com todos por igual, gerando melhor feedback pela família.

Por forma a orientar as etapas do processo de enfermagem e de modo a ir ao encontro das características auto-organizadoras do sistema familiar, procurou-se durante todas as entrevistas com as famílias respeitar os princípios enunciados e estabelecer um processo significativo e terapêutico.

As intervenções de enfermagem visaram a educação para a saúde, a instrução, o treino e supervisão de competências, a negociação, a promoção de atitudes e comportamentos, a orientação para serviços de apoio formais e a disponibilização de informação. A duração das VD foi variável e ajustada aos conteúdos e necessidades de intervenção identificadas em cada família, sendo que no total foram realizadas 15 VD.

No que concerne aos dados de avaliação que caracterizam cada uma das famílias do estudo, estes encontram-se explanados na tabela 2:

Tabela 2 - Dados de avaliação das famílias da amostra

Família	Composição da família	Tipo de família	Classe social (Escala Graffar)	Identificação do cuidador	Grau de dependência (escala Barthel)	Sistemas mais amplos	Escala de APGAR Familiar de Smilkstein	Grau de Sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit)
1	Dois elementos (Casal)	Nuclear	Classe média/alta	Esposa	Dependência moderada	Emp. doméstica + serviços de saúde + família alargada	Família altamente funcional	Sobrecarga intensa
2	Dois elementos (Casal)	Nuclear	Classe média/alta	Marido	Dependência moderada	Emp. doméstica + serviços de saúde + família alargada	Família altamente funcional	Sobrecarga ligeira
3	Dois elementos (Casal)	Nuclear	Classe média/baixa	Esposa	Dependência moderada	Serviços de saúde + família alargada	Família altamente funcional	Sobrecarga intensa
4	Dois elementos (Casal)	Nuclear	Classe média/baixa	Esposa	Dependência moderada	Serviços de saúde + família alargada	Família altamente funcional	Sobrecarga ligeira
5	Três elementos (Casal + pai)	Alargada	Classe média	Filha	Dependência grave	Serviços de saúde + família alargada + emprego	Família altamente funcional	Sobrecarga intensa

Família 1

A família 1 é constituída por um casal idoso de 91 e 87 anos, sendo o elemento feminino a cuidadora do marido, que se encontra dependente em grau moderado no autocuidado. Este, têm diversas patologias (Diabetes *mellitus* tipo 2 e Hipertrofia prostática benigna) das quais se salienta a doença de Alzheimer, uma vez que esta contribuiu para o agravamento da situação de dependência nas AVD. Sob o ponto de vista cognitivo apresenta lapsos de memória, não está orientado no tempo nem no espaço, não reconhecendo as pessoas. O seu discurso não é coerente. No que diz respeito à mobilidade, deambula pela casa sozinho, no entanto já não deambula na rua sozinho, necessita de ajuda para descer e subir escadas, para ir ao sanitário, para vestir e despir, para os cuidados de higiene, ainda é capaz de se alimentar sozinho, mas é

incapaz de preparar as refeições. O casal conta com o apoio de uma empregada doméstica diariamente de um fisioterapeuta 1 vez por semana e a visita diárias dos filhos.

Durante a atividade diagnóstica a cuidadora verbalizou sentir-se cansada fisicamente, referindo também que se sente sozinha de certa forma isolada socialmente pois são poucos os momentos de socialização com outras pessoas para além do marido. Menciona ainda que devido à doença do marido não consegue manter um padrão de comunicação eficaz com ele, compreendendo que tal se deve à demência, mas revelando que está insatisfeita com a forma como atualmente o casal comunica, referindo:

“Parece que o meu marido já não é a pessoa que eu conheci. Sinto que estou a falar com um estranho”.

No que se refere à compilação da informação referente à avaliação e intervenção familiar realizada ao longo das diferentes consultas com a família 1, esta encontra-se resumida na tabela 3:

Tabela 3 - Avaliação e intervenção familiar na Família 1

Família 1					
Consultas	Objetivo	Diagnóstico	Intervenções	Atividades que concretizam a ação	Resultados
<p>1ª consulta: 27/02/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h30 min</p>	<p>- Avaliação da dimensão estrutural e funcional</p> <p>- Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem de cada membro da família</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Rendimento Familiar Não Insuficiente ● Edifício residencial não seguro relacionado com o conhecimento não demonstrado sobre riscos do edifício residencial ● Edifício residencial não negligenciado ● Precaução de Segurança não demonstrada relacionada com défice de conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas ● Abastecimento de Água Adequado ● Animal doméstico Não Negligenciado ● Papel Prestador de Cuidados não adequado por saturação do papel ● Processo familiar não disfuncional 	-----	-----	-----

<p>2ª consulta: 13/03/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h</p>	<p>- Avaliação e intervenção familiar sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edifício residencial não seguro relacionado com o conhecimento não demonstrado sobre riscos do edifício residencial • Precaução de segurança não demonstrada relacionada com a falta de conhecimentos sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro • Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas • Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas 	<p>Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas e reflexivas</p>	<p>Os membros da família foram capazes de adotar medidas que tornaram o edifício residencial seguro (colocação de grade de proteção na escada)</p> <p>Os membros da família reconheceram a necessidade de tornar as devidas precauções de segurança, instalando grades de proteção na escada</p>
<p>3ª consulta: 27/03/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h</p>	<p>- Avaliação e intervenção familiar sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel de Prestador de Cuidados não adequado por saturação do papel 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação expressiva das emoções • Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação) • Promover estratégias de coping para o papel • Promover o envolvimento da família alargada 	<p>Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas, circulares e reflexivas</p> <p>Utilização da técnica: Reenquadramento</p>	<p>O elemento da família, neste caso a esposa, aceita a saturação do papel como um problema, no entanto não considera importante fazer algo para o resolver.</p>
<p>Diagnósticos que mudaram de status:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edifício residencial Seguro • Precaução de segurança demonstrada 					

Durante as várias consultas foram utilizadas diferentes técnicas transversais, que permitiram recolher informação, estabelecer critérios de diagnóstico que nortearam a procura conjunta de soluções na família. Assim foram realizadas perguntas lineares, estratégicas e reflexivas.

Com o propósito de abordar o problema da existência de umas escadas na habitação, que não estavam protegidas foram realizadas determinadas questões como por exemplo:

“A D. A considera que a doença do seu marido poderá interferir na sua segurança? De que modo?”

Quais acha que possam ser os riscos existentes na sua habitação, que possam comprometer a segurança do seu marido?”

“Se colocasse umas grades de proteção nas escadas, sentir-se-ia mais segura de cada vez que o seu marido deambula pela casa?”

Estas questões tiveram como propósito fazer com que a D. M percecionasse o risco de queda considerando o grau de dependência do marido e a sua demência, uma vez que para ela as escadas não constituíam um problema, visto que o marido ainda era capaz de as subir. Deste modo, foi ela própria a considerar a instalação de uma grade de proteção.

No decorrer da entrevista recorreu-se também a técnicas de intervenção ativa, como uma ferramenta para melhorar a compreensão e comunicação entre a família e os seus membros. Neste sentido, utilizou-se a técnica de **Reenquadramento** com o objetivo de abordar o problema da saturação do papel em conjunto com a cuidadora e o marido, promovendo a busca de uma solução. Assim, a questão do cansaço físico foi analisada em conjunto com a D. M, procurando perceber os motivos da saturação e auxiliando e orientando na busca conjunta de soluções de forma mais satisfatória para toda a família. O objetivo foi procurar uma mudança de sentido, ou seja, que a esposa visse o problema da saturação como algo prejudicial no funcionamento da família de forma a encetar estratégias para lidar com a situação. Tal como referem Figueiredo et al. (2022, p.109) *“reenquadrar permite (...) ver diferente para fazer diferente”*. Algumas das questões colocadas foram:

“Considerando que a D. A conta com a ajuda de uma empregada doméstica, como seria se fosse essa pessoa a realizar algumas tarefas que exijam mais esforço físico, como por exemplo as transferências ou até mesmo a ficar com o seu marido algumas horas do dia?”

“Caso assim fosse, o que pensa que se sentiria? E para o Sr. J?”

“Caso a sua empregada ficasse a tomar conta do seu marido uma tarde na semana, o que gostaria de fazer com esse tempo livre? De que forma isso teria impacto para si e para o seu marido?”

Apesar da intervenção, a D. M, sente que se for sair com uma amiga ou solicitar ajuda da sua empregada para alguns cuidados ao marido, significa para ela, que está a “abandonar o marido”, pelo que a intervenção de enfermagem terá de continuar procurando abordar o significado destas questões com esta família. Esta crença da cuidadora que influencia a sua tomada de decisão, está intrinsecamente ligada aos seus valores. Figueiredo (2012) refere que as crenças podem ser facilitadoras do funcionamento familiar ou dificultadoras das mudanças, diminuindo a opção para a solução dos problemas.

A comunicação para a cuidadora foi um aspeto mencionado como não satisfatório, embora a cuidadora tenha noção que dada a situação de doença, é de forma não intencional, por este motivo não se considerou o processo familiar disfuncional.

De forma a otimizar a comunicação nesta família, procurou-se informar a esposa sobre algumas estratégias e técnicas na comunicação da pessoa com demência. Para além disso, pretendeu-se adequar às expectativas da mesma no processo de comunicação considerando a situação de demência do marido, de modo a que este membro da família, não encare esta situação como uma perda.

A comunicação com a pessoa idosa com demência deve ser ajustada aos sinais e sintomas que esta apresenta, considerando o estágio de doença em que se encontra. Assim, as estratégias de comunicação a adotar estão muito relacionadas com as alterações de comunicação verbal e não-verbal decorrentes da evolução da síndrome. (Sequeira, 2016; Sousa et al., 2017).

Durante a intervenção recorreu-se à normalização e ao elogio das forças e recursos da família, reforçando que até à data ambos têm conseguido comunicar apesar das limitações. Exemplos de algumas questões realizadas:

“Que estratégias utiliza no seu dia a dia para comunicar com o seu marido considerando a demência? Como poderia fazer diferente?”

“Compreendo que para si seja difícil esta situação, mas o que sente é normal considerando a doença do seu marido. Acha que outras pessoas na sua situação sentem o mesmo?”

“Apesar de sentir que não consegue comunicar eficazmente, vejo que cuida muito bem do seu marido e que ele demonstra estar satisfeito com a forma como cuida dele. Já tinha pensado nisso?”

“Por tudo que me contou, parece que tiveram momentos muito felizes e apesar de tudo continuam juntos a passar por bons momentos em família. Já tinha pensado nisso? Quer-me falar um pouco sobre isso e como se sente?”

Família 2

A família é constituída por um casal com 88 e 79 anos de idade, sendo o elemento dependente nas AVD a esposa, tendo um compromisso moderado na sua capacidade funcional para as AVD de acordo com a escala de Barthel. A Dona L apresenta uma demência desde 2019 e recentemente por diversos episódios de internamento, agravou progressivamente a sua dependência. Sob o ponto de vista cognitivo apresenta lapsos de memória, não está orientada no tempo nem no espaço e o seu discurso não é coerente. No que diz respeito à mobilidade, deambula pela casa com ajuda de pessoa e andarilho, necessita de ajuda para ir ao sanitário, para vestir e despir, para os cuidados de higiene, apenas é capaz de se alimentar sozinha, mas é incapaz de preparar as refeições. A casa já se encontra adaptada à situação de dependência da sra. L.

O casal que pertence a uma família da classe média/alta (de acordo com a escala de Graffar), conta com o apoio de duas empregadas domésticas que auxiliam nas tarefas domésticas e na prestação de alguns cuidados nomeadamente na higiene, no vestir, no posicionar e no deambular pela casa. O marido, enquanto cuidador, realiza a gestão do regime medicamentoso, a vigilância de saúde e a atividade recreativa. No momento da 1ª visita domiciliária, a Sra. L encontrava-se já a realizar reabilitação funcional no domicílio com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, com o objetivo de recuperar a capacidade de andar. A atividade diagnóstica permitiu concluir que o prestador de cuidados apresentava níveis elevados de sobrecarga associado ao desempenho do papel, uma vez que o marido referiu que se sentia desgastado com a situação de dependência da esposa mencionando várias expressões como: *“...agora nem tenho vontade de sair ando de pijama pela casa o dia todo, nem me apetece vestir, estou farto de fazer todo o dia a mesma coisa;”* ou ainda *“... já*

nem sei lidar com esta situação da minha esposa, estou exausto de te de cuidar dela o tempo todo, (...) nem tenho tempo para mim”.

Na tabela 4 encontra-se o resumo da avaliação e intervenção familiar ao longo das diferentes consultas de enfermagem:

Tabela 4 - Avaliação e intervenção familiar na Família 2

Família 2					
Consultas	Objetivo	Diagnóstico	Intervenções	Atividades que concretizam a ação	Resultados
<p>1ª consulta: 27/02/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h30 min</p>	<p>- Avaliação da dimensão estrutural e funcional</p> <p>-Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem de cada membro da família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rendimento Familiar não insuficiente • Edifício residencial seguro • Edifício residencial não negligenciado • Precaução de Segurança demonstrada • Abastecimento de água adequado • Animal doméstico não negligenciado • Papel Prestador de Cuidados não adequado por saturação do papel • Processo familiar não disfuncional 	-----	-----	-----
<p>2ª consulta: 15/03/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h</p>	<p>- Avaliação e intervenção familiar sistêmica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel de Prestador de Cuidados não adequado por saturação do papel • (O cuidador refere que se sente desgastado com a situação que a família vive e verbalizando que se encontra isolado socialmente) 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação expressiva das emoções • Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação) • Promover estratégias de coping para o papel 	<p>Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas e reflexivas</p> <p>Utilização da técnica: Rituais familiares (preparação)</p>	<p>O marido foi capaz de identificar quais as situações geradoras de saturação e o impacto dessa saturação na família, reconhecendo a necessidade de encetar uma mudança;</p> <p>O sr. E concordou em ir ao café que habitualmente frequentava 3 vezes por semana, para se encontrar com os amigos e conversar.</p>

3ª consulta: 29/03/2023	- Avaliação e intervenção familiar sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> Papel de Prestador de Cuidados não adequado por saturação do papel 	<ul style="list-style-type: none"> Promover estratégias de coping para o papel Promover o envolvimento da família alargada 	<p>Técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas, circulares e reflexivas</p> <p>Utilização da técnica: Rituais familiares</p>	Reconhecendo a importância do impacto da saturação do papel de prestador de cuidados na família, o sr. E promoveu o ritual familiar com a família alargada (almoço ao domingo)
Local: Domicílio com os elementos do casal					
Duração: 1h					
Diagnósticos que mudaram de status: <ul style="list-style-type: none"> Papel do prestador de cuidados adequado 					

Nesta família, considerando a situação de demência do membro dependente (esposa) não foi possível conhecer a perceção deste elemento a saturação do papel referida pelo cuidador. Também neste caso, a comunicação é ineficaz. O Sr. E, enquanto profissional de saúde que foi ao longo da sua vida, adota já no seu dia a dia estratégias para comunicar com a esposa, não demonstrando que isto constitua um problema para a família.

Por forma a concretizar as intervenções delineadas recorreu-se a questões lineares, estratégicas e reflexivas, de modo a refletir com o marido sobre as dificuldades do desempenho de papel de cuidador e o impacto da saturação do papel para ele e para a sua esposa. Assim o sr. E reconheceu que seria bom para ele e também para a sua esposa, a importância de realizar uma atividade recreativa de modo a distrair-se um pouco (neste caso ir ao café com os amigos). Algumas questões realizadas foram fulcrais neste processo colaborativo de solucionar o problema:

“Desde o último internamento da sua esposa, o que mudou no dia a dia da família?”

“Gostaria que as coisas fossem diferentes? De que forma?”

“Como acha que a forma como se sente neste momento pode ter influência no dia a dia com sua esposa?”

“Se pudesse mudar alguma coisa, o que faria?”

No decorrer da consulta o uso da intervenção ativa **Rituais terapêuticos** revelou-se importante pois permitiu ao sr. E encetar uma estratégia de incluir a família alargada (filhos e netos) na solução do problema da saturação do papel.

Segundo Zordan, Dellatorre e Wieczorek (2012, p. 139) os rituais “caracterizam-se pela prescrição de uma série de ações destinadas a mudar as regras de um sistema familiar”. Podem ser usados pelo enfermeiro para maximizar o significado de algo para a família, não apenas pelo que é realizado, mas pela carga de simbolismo que esta transporta.

Neste caso, o ritual familiar colocado em prática foi o almoço de domingo, uma vez que durante a atividade diagnóstica, o cuidador mencionou que no passado habitualmente a família juntava-se toda uma vez na semana, mas com a progressiva dependência da sra. L, e com a pandemia de Covid 19, esse hábito foi-se perdendo. Neste sentido foram colocadas algumas questões com o intuito de promover a mudança:

“Revelou-me que no passado, a família toda se juntava com regularidade ao final de semana. Esses momentos eram importantes para si e para a sua esposa porquê?”

“Gostaria de ter oportunidade de voltar a sentir esses sentimentos? E a sua esposa, acha que ela gostaria também?”

“Uma vez que me referiu que os seus filhos residem perto e tem disponibilidade de tempo aos fins de semana, o que lhe parece de organizar um encontro com eles aqui em casa agora na Páscoa? Eles iriam gostar?”

“O que poderia preparar para os receber? Quem ajudaria nessa tarefa?”

Família 3

Contextualizando, a família 3 é composta por um casal de 84 e 81 anos, sendo que o membro da família dependente nas AVD é o marido - sr. AR. O casal não tem relação de proximidade com os filhos e netos por desavenças familiares no passado, contando apenas com o apoio de

uma irmã. O membro dependente teve episódio de internamento hospitalar recente devido a uma queda no domicílio, regressando a casa parcialmente dependente nas ABVD, nomeadamente para o autocuidado higiene, autocuidado vestir, autocuidado ida ao sanitário, autocuidada atividade recreativa e autocuidado atividade física. Do ponto de vista cognitivo está orientado no tempo e no espaço, tem um discurso coerente, sendo ele próprio que realiza a gestão do regime medicamentoso e a vigilância da tensão arterial com esfigmomanómetro próprio. No que diz respeito à mobilidade, o Sr. AR deambula pela casa sozinho com apoio de bengala, mas com muita dificuldade, já não deambula na rua sozinho, necessitando de ajuda para descer e subir escadas, para ir ao sanitário, para vestir e despir. Ainda se alimenta sozinho, mas é incapaz de preparar as refeições. O senhor apresenta uma capacidade funcional para as ABVD moderada, quando avaliada com ajuda do Índice de Barthel foi obtida dependência.

A esposa é a cuidadora do marido e revelou durante a primeira visita ter algumas dificuldades a cuidar do marido maioritariamente por falta de conhecimentos sobre aspetos particulares relacionados com a prestação de cuidados de higiene, nas idas ao sanitário e com os recursos sociais disponíveis, algo muito relacionado com a sua iliteracia (aspeto referido pela mesma). Dos dados avaliativos, os diagnósticos e respetiva intervenção na família 3, encontram-se resumidos na tabela 5:

Tabela 5 - Avaliação e intervenção familiar na Família 3

Família 3					
Consultas	Objetivo	Diagnóstico	Intervenções	Atividades que concretizam a ação	Resultados
<p>1ª consulta: 06/03/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h30 min</p>	<p>- Avaliação da dimensão estrutural e funcional</p> <p>- Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem de cada membro da família</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Rendimento Familiar não suficiente ● Edifício residencial não seguro relacionado com o conhecimento não demonstrado sobre riscos do edifício residencial ● Edifício residencial não negligenciado ● Precaução de 	-----	-----	-----

		<p>Segurança não demonstrada relacionada com o conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abastecimento de água adequado • Animal doméstico não negligenciado • Papel Prestador de Cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado • Processo familiar não disfuncional 			
<p>2ª consulta: 20/03/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h</p>	<p>- Avaliação e intervenção familiar sistêmica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edifício residencial não seguro relacionado com o conhecimento não demonstrado sobre riscos do edifício residencial • Precaução de segurança não demonstrada relacionada com o conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro • Requerer serviço social • Orientar família para serviços sociais • Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas • Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas 	<p>Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas, circulares e reflexivas</p>	<p>Os membros da família foram capazes de adotar medidas que tornaram o edifício residencial seguro</p> <p>Visita da assistente social</p> <p>Instalação no chuveiro de barra de apoio e, cadeira de banho;</p> <p>Disponibilizada à família barras de apoio de sanita.</p>

<p>3ª consulta: 18/04/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h</p>	<p>- Avaliação e intervenção familiar sistêmica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel de Prestador de Cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado • (Papel de Prestador de Cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado sobre autocuidado higiene; Papel de Prestador de Cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado sobre autocuidado ir ao sanitário; Papel de Prestador de Cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado sobre autocuidado atividade recreativa; Papel de Prestador de Cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado sobre autocuidado atividade física; Papel de Prestador de Cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado sobre gestão do regime terapêutico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar o prestador de cuidados (PC) sobre a importância de estimular a independência • Ensinar PC sobre a Técnica do Banho • Instruir PC sobre a Técnica do Banho • Ensinar o PC sobre equipamentos adaptativos • Instruir o PC sobre equipamentos adaptativos • Ensinar o PC sobre importância de manter atividades de lazer • Motivar o PC para a promoção de atividades de lazer do dependente • Orientar para serviços sociais • Requerer serviço social 	<p>Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, circulares, estratégicas e reflexivas</p>	<p>Na perspectiva dos membros da família, foram esclarecidas algumas dúvidas que tinham em relação à prestação de cuidados e a esposa já é capaz de ajudar o marido nos cuidados de higiene, nas idas ao sanitário e nas atividades recreativas; Apesar de tudo a cuidadora continua a mencionar ter dúvidas sobre a evolução da dependência do marido, sentindo-se insegura;</p> <p>Orientado o Sr. AR para reabilitação funcional (ECCI) em colaboração com a médica de família e assistente social;</p>
<p>Diagnósticos que mudaram de status:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edifício residencial seguro • Precaução de segurança demonstrada 					

Tal como refere Figueiredo (2012), as dificuldades de prestação de cuidados, relacionam-se sobretudo com a falta de conhecimento, de recursos e de suporte social, tal como é o caso da família 3. Também neste caso foram igualmente utilizadas as técnicas transversais que

incluíram perguntas lineares, estratégicas e reflexivas com o objetivo de o casal concluir que o edifício residencial não estava seguro tendo em conta a situação de dependência nas AVD do sr. AR. Foi igualmente solicitada a colaboração da assistente social no sentido de mobilizar recursos que permitiram a colocação de uma barra de apoio no chuveiro e a aquisição de cadeira de banho e barras de sanitário.

Em todas as visitas a esposa mostrou-se sempre muito recetiva e curiosa revelando interesse em aprender estratégias para cuidar do marido nesta nova fase de dependência, pelo que a intervenção de enfermagem esteve facilitada por este interesse e envolvimento da família. O sr. AR verbalizou vontade de recuperar alguma da sua autonomia para evitar sobrecarregar a esposa, pelo que foi tomada a iniciativa de discutir o caso com a médica de família e a enfermeira tutora e em concordância com a família, o utente foi referenciado para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para realizar reabilitação funcional.

Foram realizados ensinamentos práticos com demonstração de como a cuidadora poderia auxiliar o marido nos cuidados de higiene, uma vez que esta se sentia muito insegura para ajudar o marido nesta tarefa, sendo explicado ao casal a forma de utilização da cadeira de banho, barras de apoio e barras de sanitário. Os membros da família reconheceram a importância das atividades recreativas e de lazer e consideraram a possibilidade de frequentar um centro de dia num futuro próximo.

Apesar de ambos sentirem que estão mais bem preparados para lidar com as dificuldades inerentes à situação de dependência de um dos seus membros, há ainda lugar a melhoria uma vez que muitos aspetos ainda não foram abordados, uma vez que a baixa literacia da esposa, foi um aspeto que influenciou a intervenção de enfermagem. Esta teve em conta a necessidade de abordar os temas de forma faseada, recorrendo muitas vezes à demonstração e adequando o discurso e a linguagem.

Família 4

De forma resumida, a família 4 é constituída por um casal de 78 e 73 anos, sendo o membro da família dependente o marido. O sr. J tem diagnosticado Diabetes *mellitus* e Demência (desde 2018), sendo seguido em consulta hospitalar de neurologia e também na USF. No que diz

respeito à mobilidade, deambula pela casa sozinho, no entanto já não deambula na rua sozinho, necessita de ajuda para ir ao sanitário, para vestir e despir, para os cuidados de higiene, no entanto ainda é capaz de se alimentar sozinho, mas é incapaz de preparar as refeições. Sob o ponto de vista cognitivo, não está orientado no tempo nem no espaço, não reconhecendo as pessoas e o seu discurso não é coerente. O casal conta com o apoio diariamente da filha e da neta que residem perto da casa do casal, e que auxiliam em aspetos particulares como nas idas ao médico, compras para a casa, compra de medicação e produtos de apoio para a pessoa dependente. De acordo com a escala de Barthel o utente tem uma dependência moderada.

A esposa é a cuidadora e durante a atividade diagnóstica foi possível perceber que a mesma tinha algumas lacunas de conhecimentos sobre a prestação de cuidados à pessoa dependente, mais concretamente nas questões relacionadas com a segurança, as estratégias adaptativas, os recursos sociais disponíveis e a comunicação com a pessoa com demência. Para além disso verbalizou que se sentia sempre muito ansiosa e preocupada, referindo que o marido saía de casa sozinho, ficando desorientado, pelo que ela temia pela sua segurança. Dos dados avaliativos, os diagnósticos e respetiva intervenção na família 3, encontram-se resumidos na tabela 4:

Tabela 6 - Avaliação e intervenção familiar na Família 4

Família 4					
Consultas	Objetivo	Diagnóstico	Intervenções	Atividades que concretizam a ação	Resultados
<p>1ª consulta: 08/03/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h30 min</p>	<p>- Avaliação da dimensão estrutural e funcional</p> <p>- Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem de cada membro da família</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Rendimento Familiar Não Insuficiente ● Edifício residencial Não Seguro relacionado com o conhecimento não demonstrado sobre riscos do edifício residencial ● Edifício residencial Não Negligenciado ● Precaução de Segurança Não Demonstrada relacionada com o 	-----	-----	-----

		<p>conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abastecimento de Água Adequado • Animal doméstico Não Negligenciado • Papel Prestador de Cuidados não Adequado por conhecimento do papel não demonstrado • Processo familiar não disfuncional 			
<p>2ª consulta: 24/03/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h</p>	<p>- Avaliação e intervenção familiar sistêmica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edifício residencial não seguro relacionado com o conhecimento não demonstrado sobre riscos do edifício residencial • Precaução de segurança não demonstrada relacionada com o conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro <p>Ensinar estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivar para de às estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas 	<p>Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas e reflexivas</p> <p>Utilização da técnica: Abordagem orientada para as soluções</p>	<p>Os membros da família foram capazes de adotar medidas que tornaram o edifício residencial seguro (fechar o portão da casa à chave, manter fechados objetos potencialmente perigosos)</p> <p>Os elementos da família tiveram acesso e passaram a usar os produtos de apoio (cadeira de banho), sendo os cuidados de higiene prestados de forma mais segura.</p>

<p>3ª consulta: 17/04/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h</p>	<p>- Avaliação e intervenção familiar sistêmica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel de Prestador de Cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado (Papel de Prestador de Cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado sobre autocuidado higiene; Papel de Prestador de Cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado autocuidado atividade recreativa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência • Ensinar o PC sobre equipamentos adaptativos (cadeira de banho) • Instruir o PC sobre equipamentos adaptativos • Ensinar o PC sobre importância de manter atividades de lazer • Motivar o PC para a promoção de atividades de lazer do dependente • Motivar a família a adquirir equipamentos adaptativos para utilização no sanitário 	<p>Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas e reflexivas</p>	<p>A cuidadora aprendeu a utilizar a cadeira de banho e sente-se mais segura quando auxilia o marido a tomar banho;</p> <p>A cuidadora reconheceu a importância da atividade recreativa e de lazer e passou a sair todos os dias para dar pequena caminhada com o marido)</p>
<p>Diagnósticos que mudaram de status:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edifício residencial Seguro • Precaução de segurança demonstrada • Papel do prestador de cuidados adequado 					

As ações que concretizaram a intervenção centraram-se nas perguntas lineares, estratégicas, de escala e reflexivas, bem como na aplicação de técnicas interacionais baseadas na **Abordagem orientada para as soluções**. Considerando a demência do sr. J, este adotava comportamentos perigosos (sair de casa sozinho sem avisar, perdendo-se na rua) o que fazia com que a esposa (cuidadora) estivesse constantemente preocupada com a sua segurança. A intervenção teve como propósito que a cuidadora avaliasse o problema da segurança do marido, procurando a solução para o seu problema, utilizando as forças e os recursos da família. Como refere Trapper et al. (2010) esta abordagem define-se como um processo de construção que permite alterar significados e interações sociais.

Deste modo foram realizadas questões que procuraram encontrar as exceções em que a pessoa conseguiu identificar a forma como agiu de modo eficaz para voltar a replicar no futuro, orientando assim para a solução:

“A questão da segurança do seu marido relacionada com a demência, é algo que a preocupa e por isso gostava de falar consigo um pouco sobre isso. Em algum momento se sentiu mais tranquila em relação a esses aspetos da segurança?”

“Em que momentos é que isso aconteceu e porquê?”

“Numa escala de 1 a 10 em que 1 é pouco motivada e 10 muito motivada, qual a sua motivação para adotar estratégias para se sentir tranquila em relação aos aspetos da segurança, tal como já se sentiu anteriormente?”

“O que achas que poderia ser feito para resolver essas preocupações com a segurança?”

A cuidadora percebeu que adotar medidas de segurança como fechar a porta à chave ou guardar fechados objetos potencialmente perigosos, era algo que já havia feito e que a deixava mais tranquila, pelo que optou por adotar essas medidas.

Relativamente ao papel do prestador de cuidados, também neste caso a atividade diagnóstica revelou que a cuidadora tinha dificuldades na prestação de cuidados, relacionadas sobretudo com a falta de conhecimentos sobre a atividade recreativa e sobre recursos e de suporte social, mais concretamente como adquirir uma cadeira para o banho, de forma a que este cuidado fosse prestado de forma segura. A intervenção visou sobretudo a capacitação da cuidadora para a prestação de cuidados seguros, sendo também neste caso solicitada a colaboração da assistente social no sentido de mobilizar recursos que permitiram a aquisição de cadeira de banho. No que diz respeito ao conhecimento da cuidadora sobre a atividade recreativa e de lazer, a cuidadora tomou a iniciativa de questionar se seria seguro sair sozinha com o marido à rua, dado que este estava por vezes desorientado. Após esclarecidas as dúvidas e desmistificada esta insegurança, o casal passou a dar pequenos passeios nas imediações da casa.

À semelhança da família 1, também neste caso a cuidadora verbalizou que não estava satisfeita com a forma de comunicar com o marido apesar de reconhecer que tal se devia à doença, chegando mesmo a verbalizar: *“Ela já não é a pessoa que conhecia, nem sei como chegar até ele e fazer entender-me...”*. Considerando que para a esposa a comunicação era ineficaz, procurou-se intervir junto da mesma, adequando as suas expectativas à situação em causa, procurando elucidar sobre algumas estratégias na comunicação (chamar a pessoa pelo nome, não corrigir sistematicamente, utilizar o reforço positivo, etc.). As questões realizadas procuraram reforçar as forças da família elogiando os sucessos alcançados:

“Apesar das dificuldades em comunicar, consegue perceber quais as necessidades do seu marido e como ele se sente? Como consegue reconhecer isso”

“Considera que tem conseguido dar resposta às necessidades do seu marido e suas?”

“Pensa que seria vantajoso encontrar pequenas estratégias no seu dia a dia que facilitassem a comunicação?”

Família 5

A família 5 é constituída pelo membro dependente, um idoso de 83 anos, viúvo, que reside com o genro e com a filha sendo esta a cuidadora. O dependente tem como doenças conhecidas Diabetes *mellitus*, Hipertensão arterial, demência e desde a pandemia por Covid 19 que o sr. foi progressivamente perdendo a sua autonomia nas AVD. Atualmente encontra-se acamado, dependente para as seguintes atividades de vida: autocuidado higiene, autocuidado vestir, autocuidado ida ao sanitário, autocuidado atividades de lazer, autocuidado atividade física, autocuidado gestão do regime terapêutico e autocuidado autovigilância. Para além disso, sob o ponto de vista cognitivo, não está orientado no tempo nem no espaço, e nem sempre reconhece as pessoas da família. O seu discurso não é coerente. No que diz respeito à mobilidade não deambula, mas ainda consegue mudar de posição na cama, colaborando pouco nas transferências e nos posicionamentos. Ainda se alimenta sozinho, mas é incapaz de preparar as refeições. Quando avaliada a dependência de acordo com a escala de Barthel – obtida dependência grave de acordo com a referida escala.

A filha, de 60 anos, é a cuidadora do pai desde que este ficou viúvo uma vez que estava desempregada, referindo ter disponibilidade de tempo e ter ficado assim acordado entre irmãos. A família conta com a ajuda da família alargada, nomeadamente dos restantes irmãos e netos. No que diz respeito à dependência, a família já dispõe de equipamentos dirigidos a esta situação, nomeadamente, cama articulada, colchão anti escaras, cadeirão e cadeira sanitária. Os dados referentes às consultas realizadas encontram-se na tabela 7:

Tabela 7 - Avaliação e intervenção familiar na Família 5

Família 5					
Consultas	Objetivo	Diagnóstico	Intervenções	Atividades que concretizam a ação	Resultados
<p>1ª consulta: 06/03/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h30 min</p>	<p>- Avaliação da dimensão estrutural e funcional</p> <p>- Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem de cada membro da família</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Rendimento Familiar não insuficiente ● Edifício residencial seguro ● Edifício residencial não negligenciado ● Precaução de segurança demonstrada. ● Abastecimento de água adequado ● Animal doméstico não negligenciado ● Papel Prestador de Cuidados não adequado por saturação do papel ● Processo familiar não disfuncional 	-----	-----	-----
<p>2ª consulta: 20/03/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h</p>	<p>- Avaliação e intervenção familiar sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Papel de Prestador de Cuidados não Adequado por saturação do papel 	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover a comunicação expressiva das emoções ● Avaliar a saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação) ● Promover o envolvimento da família alargada 	<p>Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas e reflexivas</p> <p>Utilização da técnica: Reenquadramento</p>	<p>A D. T reconheceu que seria importante negociar com a família alargada a redefinição de tarefas associadas ao cuidado do pai</p>

<p>3ª consulta: 11/04/2023</p> <p>Local: Domicílio com os elementos do casal</p> <p>Duração: 1h</p>	<p>- Avaliação e intervenção familiar sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel de Prestador de Cuidados não Adequado por saturação do papel 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar para a redefinição das tarefas pelos membros da família • Negociar a redefinição das tarefas pelos membros da família • Promover estratégias de coping para o papel 	<p>Utilização de técnicas transversais com recurso a perguntas lineares, estratégicas e reflexivas</p> <p>Utilização da técnica: Reenquadramento</p>	<p>A cuidadora (filha) em colaboração com a outra irmã passou a organizar as tarefas dos cuidados ao pai e da casa de forma a deixar sempre livre uma tarde na semana para fazer algo que ela goste.</p> <p>(1ª saída - Passeio ao Mercado do Bolhão com uma amiga)</p>
<p>Diagnósticos que mudaram de status:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papel do prestador de cuidados adequado 					

Realizou-se entrevista familiar tendo sido utilizadas diferentes técnicas transversais, que permitiram recolher informação para o diagnóstico/intervenção na família. Assim foram realizadas perguntas lineares, estratégicas, circulares e reflexivas.

Uma vez que a cuidadora se sentia cansada é possível que tal se devesse ao facto de estar a usar as suas forças/energias para cuidar do seu pai, o que significa que se preocupa com ele e quis desempenhar o seu papel da melhor forma. Uma vez que ser cuidador não é fácil, é previsto que haja períodos de maior cansaço, nos quais se deve arranjar formas de os resolver, recorrendo aos seus recursos. Possivelmente a cuidadora está a viver um desses períodos de cansaço. Assim, com a técnica **reenquadramento** pretendeu-se apresentar o problema da saturação do papel de cuidador de forma diferente com o intuito de que os membros da família encontrem meios de o contornar. Assim, a questão do cansaço físico e da falta de tempo e vontade para atividades de lazer referidos pela D. T, foram analisados pelos membros da família, procurando auxiliar os membros a encontrar estratégias de *coping* para o papel. A estratégia encontrada pela família para diminuir a saturação do papel foi a reorganização das tarefas relacionadas com o cuidado ao pai, de modo a permitir que a cuidadora pudesse ter uma tarde livre na semana para fazer algo que gostasse. Em parceria com a família alargada,

neste caso a irmã que se responsabilizou por ficar com o pai um dia na semana. Eis alguns exemplos de questões realizadas:

“Imagine que poderia fazer algo de diferente em relação às tarefas relacionadas com o cuidado do seu pai. O que seria diferente?”

“Considerando que me disse que a sua irmã vem cá muitas vezes para a ajudar, como se sentiria com a possibilidade de ela ficar cá durante uma tarde na semana a cuidar do seu pai? O que poderia fazer nesse tempo?”

“Se essa mudança acontecesse, o que seria diferente na relação entre todos? Qual seria o impacto para si e para a sua família?”

Considerando que o membro dependente tinha uma demência e que por isso o processo de comunicação estava alterado, no entanto isto não foi referenciado como problemático. À semelhança do que acontecia na família 2, também esta família adotava já no seu dia a dia estratégias para comunicar com o membro dependente. Além disso, a cuidadora estava consciente da doença do pai e das suas repercussões no processo de comunicação.

Salienta-se que nas famílias 1, 2, 4 e 5 devido ao facto do membro dependente se encontrar desorientado no tempo e no espaço, devido à sua situação de doença, a intervenção foi orientada maioritariamente para os restantes membros da família.

Para além da intervenção familiar, foi igualmente realizada ao longo do estágio consultas de enfermagem aos membros das famílias individualmente. Assim, do mesmo modo, foi efetuada atividade diagnóstica, identificados os diagnósticos prioritários a intervir e implementadas intervenções de enfermagem que foram devidamente documentadas no aplicativo informático S-clínico, como habitualmente já acontece na prestação de cuidados a estes utentes. Os planos de cuidados implementados a cada membro da família, não foram descritos neste trabalho, muito embora a sua explanação metódica neste documento implicaria uma apresentação muito longa e exaustiva de dados. Por este motivo optou-se por narrar detalhadamente a intervenção dirigida às famílias, uma vez que foram estas as competências que se pretendia desenvolver com este trabalho.

3.1.1. Descrição crítica dos resultados

Segundo Figueiredo (2012) a avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios identificados na formulação de diagnósticos.

A Ordem dos Enfermeiros refere também que, a nível da Enfermagem e dos cuidados de saúde prestados, deverá ser utilizado um conjunto de indicadores mensuráveis, de forma a proceder à avaliação dos mesmos, a nível quantitativo e qualitativo (OE, 2004).

Assim, e de modo a avaliar o processo e os resultados alcançados, resultantes da intervenção de enfermagem, foram avaliadas as taxas de avaliação que se referem concretamente à monitorização dos focos de atenção que integram as dimensões estrutural e funcional, as taxas de prevalência dos diagnósticos de enfermagem e os indicadores de resultado que indicam a mudança de status do diagnóstico.

As taxas de avaliação das áreas das dimensões estrutural e funcional do MDAIF nas famílias do estudo encontram-se resumidas na tabela 8:

Tabela 8 – Taxas de avaliação das dimensões estrutural e funcional nas famílias do estudo

Dimensão Estrutural	Resultados obtidos (%)
Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias X 100	100%
Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100	100%
Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100	100%
Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias X 100	100%
Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100	100%
Dimensão Funcional	Resultados obtidos (%)
Nº. de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador Cuidados /Nº total de famílias com membro dependente X 100	100%

Nº. de famílias avaliadas em Processo Familiar /Nº total de famílias X 100	100%
--	------

Os resultados obtidos nas taxas de avaliação mostram que em todas as famílias do estudo foi possível efetuar a avaliação de todos os focos de atenção das dimensões estrutural e funcional do MDAIF. De salientar que, a tipologia das consultas, a preparação prévia das mesmas, o conhecimento da enfermeira tutora e o facto de as consultas se realizarem no domicílio, constituíram aspetos facilitadores para o sucesso desta avaliação.

Durante o trabalho desenvolvido com as famílias foi essencial nas primeiras visitas, o estabelecimento de uma relação empática, pautada por uma atitude de respeito por parte da enfermeira/estudante, bem como o conhecimento prévio sobre os membros da família. Este tipo de acolhimento favoreceu a orientação da entrevista, promovendo em ambiente terapêutico e um relacionamento positivo com os elementos das famílias.

Esta avaliação inicial bem-sucedida, facilitou a atividade diagnóstica, orientando na formulação de diagnósticos de enfermagem. Segue-se na tabela 9 um resumo das taxas de prevalência dos diagnósticos de enfermagem identificados na dimensão estrutural e funcional em todas as famílias do estudo.

Tabela 9 – Taxa de prevalência dos diagnósticos de enfermagem na dimensão estrutural e funcional nas famílias do estudo

Dimensão Estrutural	Necessidades de cuidados de Enfermagem (%)
Nº. de famílias com Edifício residencial não seguro/Nº total de famílias X 100	60%
Nº. de famílias com Precaução de segurança não demonstrada/Nº total de famílias X 100	60%
Dimensão Funcional	Necessidades de cuidados de Enfermagem (%)
Nº. de famílias com membro dependente com Papel de Prestador de Cuidados não adequado /Nº total de famílias com membro dependente X 100	100%

Analisando os resultados do quadro anterior é possível verificar que o problema “Papel do

prestador de cuidados não adequado” é transversal a todas as famílias, o que revela que os membros destas famílias consideram existir algum problema relacionado com apoio que prestam a um dos seus membros que se encontra dependente. No entanto, salienta-se que em duas famílias o papel do prestador de cuidados é não adequado por não conhecimento do papel e em três famílias é não adequado por saturação do papel. Este dado vai ao encontro dos resultados obtidos na avaliação do stress do prestador de cuidados resultante da aplicação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, realizada na primeira visita, que revelaram que 60% das famílias do estudo consideraram que sofriam de “Sobrecarga intensa”. Apesar destes resultados, nas famílias em que este diagnóstico estava alterado, todos os elementos referiram que apesar de se sentirem sobrecarregados, pretendiam continuar a assumir o papel de prestador de cuidados. Nos resultados obtidos na sua investigação, Couto et al. (2016), identificaram que a experiência como cuidador no contexto familiar, variou entre aspetos positivos e negativos, que respetivamente minimizam e maximizam a sensação de sobrecarga e sofrimento emocional.

Analisando a prevalência dos diagnósticos “Edifício residencial não seguro” e “Precaução de segurança não demonstrada”, em 60% das famílias este problema estava presente, agravado pela questão da falta de conhecimentos sobre como adotar estratégias e mobilizar recursos para manter a segurança no seio familiar. Estes dois aspetos estão de certa forma relacionados com o risco de quedas no domicílio e com dificuldades acrescidas na realização de atividades de vida básicas como tomar banho ou usar o sanitário.

Considerando o impacto das quedas e as consequências pessoais, familiares, sociais e ainda as implicações financeiras para os serviços de saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 definiu que *“a estratégia de intervenção que deve ser adotada consiste na prevenção de quedas, designadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo-se, assim, na melhoria da qualidade de vida dos doentes e, simultaneamente, na redução dos custos para a sociedade em geral e o sistema de saúde em particular”* (Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015).

Por este motivo, os diagnósticos acima mencionados foram considerados como prioritários nesta intervenção.

Na tabela 10 encontram-se os indicadores de resultado /ganhos em saúde obtidos, que se referem aos diagnósticos que foram resolvidos, após as devidas intervenções de enfermagem.

Tabela 10 - Indicadores de resultado

Diagnóstico positivado no final da intervenção familiar	Resultado obtido (%)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial/Nº total de famílias com Edifício residencial não seguro x 100	100%
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Precaução de Segurança /Nº total de famílias com Precaução de Segurança não demonstrada x 100	100%
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Prestador Cuidados/Nº total de famílias com Papel Prestador Cuidados não adequado x 100	60%
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em conhecimento do papel /Nº total de famílias com conhecimento do papel não demonstrado x 100	50%
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em saturação papel /Nº total de famílias com saturação papel x 100	66,6%

Segundo a OMS (2020) a avaliação da qualidade através do uso de indicadores padrão, permite aos prestadores de cuidados de saúde e aos decisores políticos avaliar os progressos efetuados a todos os níveis dos cuidados de saúde: nacional, regional, local, hospitalar e individual.

Atenta a esta premissa, já em 2007 a OE elaborou um documento definindo linhas gerais que viabilizassem a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem, tendo definido como indicador de resultado as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (OE, 2007).

Figueiredo et al. (2012) referem que é necessário a produção de um painel de indicadores de enfermagem que reflitam o contributo do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde das famílias.

Neste sentido, foram analisados os diagnósticos positivados: “Edifício residencial”, “Precaução de segurança”, “Papel do prestador de cuidados”.

Analisando os indicadores de resultado obtidos, verificou-se que em todas as famílias, os diagnósticos “Edifício residencial não seguro” e “Precauções de segurança não demonstradas”

tiveram uma modificação positiva no estado após a intervenção. De referir que as questões relacionadas com a falta de segurança na habitação e o seu desconhecimento, tiveram grande relevância pois constituíam riscos para acidentes comprometendo a saúde dos membros da família (WHO, 2021). Por este motivo, este foi um problema prioritário na intervenção realizada com estas famílias. De salientar ainda que em todos os casos, os membros das famílias, desconheciam também os recursos comunitários disponíveis para fazer face a estes problemas, pelo que a intervenção desenvolvida enquanto enfermeira de família incluiu esclarecimentos sobre estas questões e também a referenciação para outros recursos/profissionais (assistente social, RNCCI, etc.).

O diagnóstico “Papel do prestador de cuidados não adequado” nas famílias estudadas foi definido por diferentes critérios de diagnóstico. Assim, em três famílias este papel era não adequado por “Saturação do papel” e em duas famílias o critério de diagnóstico foi o “Conhecimento não demonstrado do papel”.

Das famílias com o diagnóstico “Papel do prestador de cuidados não adequado por saturação do papel”, o resultado obtido apesar de satisfatório, tem ainda margem para melhoria, uma vez que numa das famílias a saturação não foi encarada como um problema que acarreta consequências nefastas para os membros da família. Um estudo realizado por Martins & Perroca (2017) mostrou que os pacientes e a equipe de enfermagem não compartilham a mesma perceção no que se refere ao atendimento das necessidades de cuidados básicos. Por este motivo, é essencial que o plano de cuidados deva ser definido em conjunto com os membros da família, uma vez que nem sempre, as necessidades em cuidados percebidas pelo enfermeiro, são também percebidas pelos clientes. Hanson (2005), salienta que o enfermeiro de família encontra-se numa excelente posição para compreender os desafios da prestação de cuidados por familiares e o stress que isso produz, pelo que deverá servir de ponte para o sistema de cuidados formais.

No que diz respeito ao conhecimento não demonstrado do papel de prestador de cuidados, salienta-se que das duas famílias em que foi identificado este problema, numa delas a intervenção de enfermagem carece de mais visitas domiciliárias e um acompanhamento mais efetivo, uma vez que se trata de uma família em que o elemento que se constitui como cuidador, revelou uma baixa literacia. Neste caso, o diagnóstico do papel do prestador de

cuidados não alterou o status uma vez que os conhecimentos do papel do cuidador mantêm-se não demonstrados sobre: autocuidado atividade física (técnicas de mobilização) e gestão do regime terapêutico (risco de úlceras de pressão e medidas de prevenção). Apesar de tudo a cuidadora mantém uma atitude proativa e colaborativa com a equipa de saúde e tendo potencial para melhorar os seus conhecimentos.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas constituíram-se como elementos promotores da capacitação das famílias na resolução dos seus problemas. Assim, considera-se que a intervenção teve um papel efetivo promotor da mudança dos seus elementos, com benefícios no funcionamento familiar, tornando as famílias mais aptas para lidar com a situação de dependência de um dos seus membros. A avaliação dos resultados constituiu-se como processual e foi baseada nos objetivos estabelecidos e critérios identificados previamente na formulação de diagnósticos (Figueiredo, 2012).

A aceitação da complexidade familiar e reconhecimento da sua capacidade de auto-organização, foi um ponto de partida essencial para a construção de uma relação terapêutica de sucesso. Assim, para além das intervenções atrás mencionadas privilegiou-se também uma comunicação terapêutica. Isto porque este tipo de comunicação não decorre de forma espontânea, antes assume características específicas que lhe conferem valor, porque é orientada por objetivos definidos, exigindo um compromisso ativo dos intervenientes na interação (Sequeira, 2016). Recorreu-se à utilização de algumas intervenções, entre as quais se destaca a escuta ativa (Nursing Interventions Classification, 2010), pois permitiu estar atenta às mensagens verbais e não verbais dos vários elementos da família.

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

A competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Família “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” prevista no Regulamento n.º 428/2018 (Diário da República, 2.ª série - N.º 135 de 16 de julho de 2018) desdobra-se em duas unidades de competência:

- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família;
- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

Ao longo deste estágio foram desenvolvidas atividades que permitiram o desenvolvimento desta competência. Assim, durante a intervenção realizada com as famílias que foram alvo deste estudo, mais concretamente nas famílias designadas por 3 e 4, houve necessidade de articular os cuidados em colaboração interdisciplinar com outras equipas de saúde. No caso da família 3, em colaboração com a médica de família, foi efetuada a referência para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados para a realização de reabilitação funcional do idoso dependente, sendo gerida a continuidade dos cuidados com esta mesma equipa. Também com a família 4, a intervenção implicou a articulação com a médica de família, no sentido de realizar ajustes terapêuticos na medicação, visto que a cuidadora mencionou que o marido de noite acordava e andava pela casa a vaguear.

De referir também que nestas famílias foi efetuada a referência para a assistente social no sentido de orientar as mesmas para os recursos disponíveis na comunidade para as pessoas com dependência (Complemento por dependência, Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio), procurando dar resposta às necessidades identificadas em articulação com outros profissionais.

De modo a pôr em prática os conhecimentos e competências adquiridas neste estágio e a contribuir para a capacitação dos enfermeiros de saúde familiar sobre a importância da documentação de cuidados e as melhores práticas para sua implementação, planeou-se uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem da USF.

Inicialmente, entre 20 e 24 de março foi efetuada consulta no aplicativo informático S-clínico dos processos clínicos eletrónicos de modo a identificar todos os utentes com o programa “Dependente” inscritos na USF.

Posteriormente foi contabilizado o número de famílias com membro dependente com registos de Atividade diagnóstica e/ou Diagnósticos ativos e/ou intervenções, no âmbito do programa

“Saúde da Família”, nos últimos 12 meses. Pretendeu-se com isto fazer o ponto de situação relativamente aos registos realizados pela equipa de enfermagem da USF nas famílias com membro idoso dependente.

Os dados recolhidos encontram-se resumidos na tabela 11:

Tabela 11 - Dados extraídos do S-clínico (1º momento de avaliação)

Nº de Utentes Identificados com o Programa de Saúde “Dependentes”	Nº de Utentes dependentes com uma consulta presencial de enfermagem nos últimos 12 meses.	Nº de famílias com dependente com registo de: Programa Saúde da Família e/ou Atividade diagnóstica e/ou Diagnósticos de enfermagem e/ou Intervenções relacionados com a saúde da família nos últimos 12 meses
249 utentes	149 utentes	10 famílias

De salientar que em apenas 10 famílias, estava aberto o Programa “Saúde da Família” no S-clínico e existiam diagnósticos de enfermagem relacionados com a saúde da família, o que se revela insuficiente, considerando o contexto e a atividade destes enfermeiros.

Considerando este contexto, a 21 de abril foi realizada uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem com o título “Saúde da Família: documentação dos cuidados no S-Clínico” (ANEXO 5), que contou com a presença dos orientadores deste relatório, tendo abordado os seguintes conteúdos:

- ✓ Apresentação do projeto de estágio II do MECESF;
- ✓ Apresentação dos conteúdos:
 - MDAIF e a sua aplicação no S-clínico;
 - Dimensões de avaliação familiar e respetivos diagnósticos de enfermagem;
 - Avaliação e intervenção familiar disponível no S-Clínico;
- ✓ Apresentação e discussão de um caso clínico.

Esta ação de formação teve como objetivos:

- Promover a melhoria contínua da qualidade no que se refere ao processo de documentação dos cuidados no âmbito da enfermagem de saúde familiar, nas famílias com membro dependente;
- Promover a utilização das tecnologias de informação e comunicação para dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

Estes objetivos desdobraram-se nos seguintes objetivos específicos:

- Promover o envolvimento e a motivação dos membros da equipa de enfermagem para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar;
- Promover uma reflexão das práticas, no âmbito dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, com recurso a atividade formativa;
- Demonstrar como proceder aos registos no sistema de informação S-Clínico de modo a contribuir para a melhoria dos resultados de saúde familiar;
- Monitorizar os resultados da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar realizada nos utentes dependentes e respetivas famílias.

No final da ação de formação foi lançado o desafio à equipa de Enfermagem de incrementar a documentação dos cuidados de enfermagem realizados no âmbito da saúde familiar, nas famílias com membro dependente, uma vez que na reflexão sobre as práticas atuais, a equipa da USF concluiu que estes cuidados apesar de realizados, nem sempre eram documentados na sua totalidade. Deste modo, a equipa daria igualmente resposta a um dos objetivos estabelecidos no projeto de melhoria contínua da qualidade da USF definido para 2023.

Partindo do pressuposto que é fundamental que os registos de enfermagem sejam rigorosos, completos e corretamente realizados, eles devem refletir todo o trabalho desenvolvido na prática clínica, sob pena de quando não registado ser associado a trabalho não realizado. Como refere Tareco (2015), a documentação de todos os dados implícitos à prestação de

cuidados de enfermagem reveste-se assim de carácter de grande importância, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados se encontra refletida na qualidade dos registos efetuados.

Procurando monitorizar a evolução dos resultados da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar após a formação, realizou-se na semana compreendida entre 5 e 9 de junho um segundo momento de avaliação dos registos realizados pelos enfermeiros cujos resultados se encontram na tabela 12.

Tabela 12 - Dados extraídos do S-clínico (2º momento de avaliação)

Nº de Utentes Identificados com o Programa de Saúde "Dependentes"	Nº de Utentes dependentes com uma consulta presencial de enfermagem nos últimos 12 meses.	Nº de famílias com dependente com registo de: Programa Saúde da Família e/ou Atividade diagnóstica e/ou Diagnósticos de enfermagem e/ou Intervenções relacionados com a saúde da família nos últimos 12 meses
249 utentes	149 utentes	28 famílias

3.2.1. Descrição crítica dos resultados

A formação permanente é parte integrante do percurso profissional de um enfermeiro. Em 2006 a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2016) assumiu como tomada de posição que a Enfermagem necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação. A mesma estabeleceu como eixo prioritário a formação em enfermagem no desenvolvimento de competências tanto na formação inicial como no contexto da aprendizagem ao longo da vida.

O Decreto-lei 71/2019 de 27 de maio de 2019, no artigo 20º, ponto 1, referente à Carreira de Enfermagem, no âmbito da formação profissional, define que "a formação dos trabalhadores integrados na carreira de enfermagem assume carácter de continuidade e prossegue objetivos de atualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projetos de investigação"(pág.30).

Nesta perspetiva, os enfermeiros num processo de formação permanente, podem realizar autoformação, formação contínua e formação em serviço como parte integrante do seu percurso profissional (Marques, 2021).

A ação de formação em serviço desenvolvida na USF, para além de ser uma atividade que contribuiu para o desenvolvimento de competências, teve como finalidade refletir com a equipa de enfermagem sobre as práticas de modo a consciencializar para as mudanças necessárias a adotar, mais concretamente no que diz respeito ao processo de documentação.

Por forma a avaliar o sucesso e o impacto da ação de formação em serviço foram avaliados os seguintes parâmetros de processo e de resultado:

- Percentagem de enfermeiros da equipa que aderiram à ação de formação;
- Número de famílias com membro idoso dependente com registo de: Programa Saúde da Família e/ou Atividade diagnóstica e/ou Diagnósticos de enfermagem e/ou Intervenções relacionados com a saúde da família nos últimos 12 meses, 1 mês após a formação.

Para calcular a percentagem de enfermeiros da equipa que aderiram à ação de formação, foi utilizada a seguinte fórmula:

- N° de enfermeiros presentes (7) / N° total de enfermeiros convidados (8) X 100

A percentagem de enfermeiros da equipa que aderiram à ação de formação foi de 87,5%. Este resultado reflete uma boa adesão da equipa, bem como sugere o seu interesse em participar na formação em serviço, seguindo o que está preconizado para a carreira de enfermagem.

Para além deste dado, e como já atrás referido, na semana de 5 a 9 de junho foi novamente avaliado o número de famílias com membro dependente com registo de: Programa Saúde da Família e/ou Atividade diagnóstica e/ou Diagnósticos de enfermagem e/ou Intervenções relacionados com a saúde da família nos últimos 12 meses, sendo o resultado obtido de 28 famílias. Ou seja, houve um incremento de mais 18 famílias com registos realizados no Programa Saúde da Família, comparativamente com o valor inicial que era de 10 famílias.

Apesar do número de famílias com registo no programa de "Saúde da Família" ter aumentado, este número ainda é insuficiente face ao número de utentes e famílias identificados no S-Clínico com o programa de saúde "Dependentes" da USF, que totalizam 249.

Um dos objetivos do projeto de melhoria contínua dos cuidados, contratualizado pela USF para 2023, foi aumentar a percentagem de avaliação e documentação dos cuidados às famílias com membro dependente, essa avaliação final será feita em dezembro de 2023, pelo que ainda haverá cerca de 6 meses de atividade de enfermagem de saúde familiar, perspetivando-se um valor ainda maior.

A ação de formação desenvolvida foi um momento crucial neste estágio, uma vez que contribuiu para fazer um ponto de situação sobre os registos que a equipa realizava no âmbito do programa "Saúde da família" e para consciencializar os enfermeiros para a necessidade de incrementar esses registos melhorando assim o processo de documentação de cuidados e, portanto, as suas práticas.

Neste sentido, reveste-se de particular importância para a prática, a necessidade de encontros formais nas equipas, onde a reflexão sobre as práticas, as experiências e dificuldades vivenciadas, possam ser "âncoras" para uma prática de enfermagem de saúde familiar mais avançada em que o enfermeiro especialista poderá ter o papel de dinamizador.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Pretende-se neste capítulo do trabalho refletir criticamente sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Para Leonello, Vieira & Duarte (2018) competências é o conjunto articulado de saberes (saber conhecer, saber fazer, saber conviver e saber ser) para enfrentar uma situação difícil, sendo que para a sua aquisição, é necessário identificar tais saberes a partir das ações da prática profissional. A realização deste estágio constituiu uma oportunidade de aprendizagem favorável, sendo desenvolvidas atividades que contribuíram para o desenvolvimento dessas competências.

Dentro do âmbito dos cuidados de saúde primários, o enfermeiro de família é o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e prestação de cuidados (Regulamento nº. 428/2018, 2018).

Segundo Figueiredo (2012) os cuidados de enfermagem têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, surgindo o enfermeiro de família como facilitador na co construção das soluções.

Ao longo do estágio encetei várias atividades e estratégias que tiveram como objetivo “Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista no cuidar das famílias com membro idoso dependente”. De acordo com o previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são competências Comuns aquelas “... partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (DR, 2019, p.4745); (Regulamento n.º 140/2019):

a) Responsabilidade profissional, ética e legal;

b) Melhoria contínua da qualidade;

c) Gestão dos cuidados;

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Durante o estágio, as consultas de enfermagem realizadas no domicílio, tiveram a mais-valia de contar com a presença de todos os membros do agregado familiar das famílias em estudo. A avaliação diagnóstica e intervenção de enfermagem foi desenvolvida tendo como base o conhecimento e a experiência, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Em todos os momentos a tomada de decisão sobre a transmissão de informação e a realização de intervenções foi assegurada de acordo com princípios, valores e normas deontológicas. Os dados avaliativos e as diversas opiniões dos membros da família acerca do mesmo problema, foram abordados de forma cuidadosa e clara, assumindo a enfermeira um papel de “mediadora” da comunicação entre os membros, respeitando os limites e as preferências dos diferentes elementos da família.

No sentido da procura da melhoria contínua da qualidade foi desenvolvida uma ação de formação destinada à equipa de enfermagem da USF. Esta procurou sensibilizar os enfermeiros da equipa para a otimização /incremento da documentação dos cuidados prestados às famílias com membro idoso dependente. A identificação das necessidades formativas da equipa sobre como realizar adequadamente os registos no Programa “Saúde da Família” no aplicativo informático S-clínico e a avaliação do impacto desta formação traduzida por um incremento de registos realizados pelos enfermeiros, foram etapas fundamentais que conduziram a mudanças na prática clínica dos enfermeiros desta unidade. Para além disso, esta atividade permitiu-me mobilizar conhecimentos e habilidades com o objetivo de participar ativamente no projeto de melhoria contínua da qualidade da USF, favorecendo igualmente o desenvolvimento das minhas competências enquanto formadora em contexto de trabalho.

A gestão dos cuidados prestados às famílias com membro idoso dependente procurou otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. O reconhecimento do limite do papel e das competências profissionais sempre que os cuidados ou as necessidades dos indivíduos e das famílias requereram outro nível de perícia, conduziu a processos de referenciação para outros profissionais e/ou equipas de saúde do ACeS, garantindo a segurança e qualidade.

Foram igualmente desenvolvidas atividades que permitiram “Desenvolver competências específicas de enfermeira especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar no cuidar das famílias com membro idoso dependente”. De acordo com o Regulamento nº 428/2018, são competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Na área de Enfermagem de Saúde Familiar:

- a) 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;
- b) Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Importa referir que apesar dos objetivos estabelecidos terem sido direcionados para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (EEESF) no contexto da prática clínica, não foram descuradas as competências do enfermeiro de cuidados gerais. Assim, ao longo do estágio foi operacionalizado o processo de enfermagem às famílias e também numa abordagem individual. No âmbito dos cuidados de enfermagem com foco de atenção no indivíduo, foram identificadas as necessidades de cuidados, formulados diagnósticos (Não adesão à vacinação, Potencial para melhorar os conhecimentos sobre regime medicamentoso, Potencial para melhorar os conhecimentos sobre gestão do regime terapêutico, etc.), planeadas e implementadas intervenções (administração de vacinas, monitorização de parâmetros vitais, execução de tratamento de feridas, etc.) e avaliados os resultados alcançados.

Durante o estágio foi possível efetuar a avaliação das famílias do estudo como um todo e cada membro de forma personalizada, percecionando quais as vivências que estavam a experienciar considerando a situação de dependência de um dos seus membros e todas as dificuldades que esta transição acarreta.

Tive a possibilidade de constatar que em todas as famílias deste estudo, assumir o papel de cuidar de um dos seus membros idoso dependente, conduziu a diversos sentimentos como desespero, angústias, incertezas, dificuldades, medos e receios relacionados essencialmente com desconhecimento das informações necessárias e com a sobrecarga associada ao

desempenho do papel (Papel do prestador de cuidados não adequado por saturação do papel). No entanto, é de salientar que em duas das famílias deste estudo, apesar dos membros cuidadores referirem que se sentiam esta saturação, encaravam a situação de cuidar do cônjuge como algo positivo, revelando que estavam satisfeitos por serem eles os cuidadores e não outros. Lawton em 1991, sugeriu que a avaliação do cuidado se processa de acordo com dois vetores: a explicação da natureza e a perceção que o cuidador tem da sobrecarga que se apresenta como elemento negativo do cuidado informal e o grau de satisfação do cuidador que se constitui como elemento positivo do cuidado. Para este autor ambos os elementos se podem converter em potenciais preditores de bem-estar do cuidador informal (Lawton et al, 1991). Nesta perspetiva, a satisfação do cuidador pode ser encarada como uma força e recurso da família e o enfermeiro de família pode ajudar na construção de novas formas de ver o problema, facilitando a transição e contribuindo para a manutenção e/ou para a promoção de melhores níveis de saúde.

O conhecimento que o enfermeiro possui sobre as situações de dependência permite-lhe desmistificar e facilitar os processos de transição e capacitar, levando o foco da sua intervenção além do utente, considerando a família como parte integrante do mesmo (Martins, Martins, & Martins, 2017).

Importa realçar que com este trabalho pretendeu-se considerar como foco de atenção a família, não colocando somente a tónica dos cuidados no papel do cuidador ou nas necessidades do elemento dependente.

Ao longo do estágio, a avaliação e intervenção, teve como foco principal cuidar das famílias como unidade de cuidados, conhecendo o seu contexto individual, familiar, social e económico, procurando as soluções com os membros da família, de modo a dar resposta às necessidades com respostas mais eficazes. Gomes (2023) salienta que o enfermeiro e as equipas de saúde devem valorizar a família em todo o processo e projeto de saúde da pessoa, assumindo como parceira de cuidados, promovendo as melhores condições possíveis para o desempenho da sua função como família cuidadora. Neste sentido, o processo de cuidados foi desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação ativa dos seus membros em todas as etapas (Figueiredo, 2012).

Deste modo, de forma sistematizada colocou-se em prática um raciocínio clínico e a partir da recolha de dados e atividade diagnóstica foi possível formular diagnósticos, planejar as intervenções de enfermagem, a sua implementação e respetiva avaliação (executando as várias partes do processo de enfermagem). Foram igualmente definidas e implementadas ações de modo a concretizar a intervenção utilizando como recurso técnicas de intervenção ativa como o reenquadramento, os rituais familiares, a abordagem orientada para as soluções, sendo estas escolhidas considerando as características de cada família, e tendo em conta os diagnósticos e as necessidades de intervenção identificadas.

A entrevista familiar sistémica com recurso a perguntas lineares, estratégicas, circulares e reflexivas, revelou-se um instrumento fulcral para a atividade diagnóstica e a intervenção, pois permitiu abordar de forma aprofundada as diferentes perspetivas do problema pelos membros das famílias e orientou na construção de novos conceitos e novas atitudes. Destaco como principal dificuldade na realização da entrevista a confrontação de diferentes opiniões e reações dos membros das famílias face à mesma situação. Tal exigiu uma preparação antecipada das questões, acautelando possíveis conflitos entre os membros. Esta abordagem profunda dos problemas das famílias, com a presença de todos os membros e diferença de opiniões, foi uma situação com a qual ainda não estava familiarizada e que exigiu que tivesse sempre presente o princípio da neutralidade, não denotando uma atitude de preferência ou deixando transparecer qualquer opinião pessoal.

Também a matriz operativa do MDAIF, enquanto guia orientador utilizado neste estágio, mostrou-se bastante útil, uma vez que interliga as etapas do processo de enfermagem, orientando e sistematizando as práticas de enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2012).

Este modelo, que utiliza o Modelo de Calgary de avaliação na família e o Modelo de Calgary de intervenção na família, enquanto referencial teórico utilizado neste estágio, permitiu o desenvolvimento da prática de enfermagem, focando o sistema familiar como unidade dinâmica e co evolutiva, promovendo a aquisição de novos saberes e novas práticas enquanto enfermeira especialista em Enfermagem de saúde familiar.

O Modelo de Calgary baseia-se numa perspetiva multidimensional da família integrando as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional. A adoção deste modelo no contexto dos

cuidados de saúde primários, é considerada benéfica à promoção da interação com as famílias e ao melhor planeamento dos cuidados (Figueiredo & Martins, 2011 citando Moura & Kantorski).

A implementação de algumas intervenções de enfermagem revelou-se talvez a etapa mais difícil deste estágio. As ações desenvolvidas que permitiram concretizar a intervenção, mais concretamente as técnicas de intervenção ativa (Reenquadramento, Rituais familiares e Abordagem orientadas para as soluções) enquanto técnicas com as quais não estava familiarizada, exigiram treino e preparação, tendo este processo de aprendizagem individual sido verdadeiramente desafiante. Estas técnicas contribuíram para o sucesso da intervenção, observando-se em algumas famílias mudanças no funcionamento familiar, traduzidas por novos comportamentos.

Analisando concretamente os diagnósticos mais prevalentes nestas 5 famílias, verificou-se que o “Edifício residencial não seguro”, a “Precaução de segurança não demonstrada” e o “Papel do prestador de cuidados não adequado” constituíram as situações prioritárias na intervenção durante o período em que decorreu este estágio, no entanto deverá ser dada continuidade à intervenção de enfermagem nestas famílias, dado que novos problemas e diagnósticos poderão surgir. Os diagnósticos de enfermagem formulados que não careciam de intervenção, como por exemplo “Processo familiar não disfuncional”, constituem as forças e recursos das famílias, ou seja, os pontos fortes das famílias constituíram-se como fatores facilitadores da adaptação às mudanças no funcionamento familiar.

No que concerne aos indicadores de resultado importa referir que, não foram definidas metas a atingir no início da intervenção, dado que este foi um trabalho académico, restrito no tempo e com uma amostra pequena.

Dos resultados obtidos pelas famílias traduzidos por mudanças nos juízos dos seguintes diagnósticos: “Edifício residencial seguro” e “Precaução de segurança demonstrada”, concluiu-se que as ações desenvolvidas permitiram que as todas as famílias com este problema, adotassem estratégias e comportamentos que visaram melhorar a segurança da residência e facilitar o dia-a-dia dos seus membros na gestão dos cuidados prestados ao membro dependente.

Pude verificar que apesar dos recursos comunitários e das respostas sociais disponibilizadas atualmente serem escassas, o maior problema residia no desconhecimento desses mesmos recursos. A minha intervenção enquanto enfermeira de família promoveu mudanças nas famílias e possibilitou reunir as ferramentas necessárias, mobilizar recursos da comunidade, realizar ensinamentos, instruir e treinar as áreas em desconhecimento por parte dos membros da família, intervindo em parceria tendo como propósito ajudar e apoiar estas famílias na transição familiar, ou transições que vivenciam.

Relativamente ao diagnóstico “Papel do prestador de cuidados não adequado” foi um diagnóstico transversal a todas as famílias do estudo e os critérios para o diagnóstico estavam relacionados com a falta de conhecimentos/recursos/suporte social e com a saturação do papel.

No que se refere a este diagnóstico, será necessário dar continuidade à intervenção, uma vez que não foi possível durante o período de estágio obter os resultados desejados em duas das famílias deste estudo, pelo que será essencial a comunicação contínua com o enfermeiro de família, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados. No caso particular destas duas famílias os critérios diagnósticos eram diferentes, pelo que as razões para o diagnóstico não ter positivado também foram diferentes. Nas restantes três famílias foi possível constatar que os seus membros foram capazes de encontrar estratégias e elaborar soluções promotoras de mudança. Figueiredo (2012), refere que a prestação de cuidados implica a reestruturação da família, que identificando as necessidades, poderá impulsionar estratégias de comunicação necessárias ao desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes.

Face ao exposto, e tendo em conta os contextos, os problemas diagnosticados, as intervenções realizadas e os resultados obtidos, considero ter desenvolvido competências específicas, inerentes ao EEESF. Os resultados obtidos com ganhos em saúde nos domínios da estrutura e do funcionamento resultam das intervenções sistémicas, holísticas e integradas desenvolvidas.

Outro aspeto de particular relevância neste estágio foi a necessidade de implementar técnicas eficazes de comunicação com os membros das famílias deste estudo. A intervenção dos enfermeiros deve-se pautar pelo respeito da individualidade da pessoa, respeitando as características diferenciadoras da pessoa alvo dos cuidados, sendo que neste caso concreto os

membros das famílias da amostra eram na sua maioria idosos. A comunicação com o idoso deverá respeitar as características desta população, pelo que o enfermeiro deve desenvolver capacidades comunicacionais que facilitem a comunicação interpessoal. Nesta perspetiva, procurei encetar estratégias na comunicação verbal e não verbal como o toque, o silêncio, a síntese, o feedback, etc., com o intuito de otimizar as relações contribuindo para uma comunicação terapêutica. Sequeira (2016) salienta que a comunicação precisa de ser terapêutica pois o seu último objetivo é o cuidado, aumentando a qualidade de vida da pessoa.

O mesmo autor aponta que o sucesso da comunicação na prestação de cuidados está relacionado com ganhos em saúde, ou seja, pode-se melhorar a qualidade dos cuidados com uma comunicação efetiva (Sequeira, 2016).

No caso concreto das famílias incluídas neste estudo, em quatro delas o membro idoso dependente tinha um diagnóstico de demência. Este aspeto interferiu com a abordagem a estas famílias, uma vez que se tornou mais difícil manter a circularidade na comunicação com os respetivos membros. Figueiredo (2012) menciona que a circularidade do padrão relacional, enquanto processo dinâmico e complexo, impulsionador de transformação, é um aspeto relevante na compreensão da comunicação familiar.

Apesar destas particularidades a implementação deste projeto permitiu estabelecer uma relação terapêutica com as famílias, no sentido da promoção do bem-estar e funcionamento familiar, tendo como sustentação as forças e recursos das famílias. Com isto, foi-me possível atingir os objetivos, desenvolvendo um pensamento sistemático e crítico suportado pela evidência científica, possibilitando o meu crescimento individual e profissional.

O modelo “De iniciado a perito” desenvolvido por Patrícia Benner em 1982, discute como os enfermeiros desenvolvem habilidades e compreendem os cuidados ao paciente ao longo do tempo, tendo como objetivo avaliar de forma objetiva o progresso dessas habilidades. Este modelo discute essencialmente como um indivíduo começa na fase de iniciante e, à medida que novas habilidades e conhecimento são adquiridos, progride através de uma série de estágios para terminar no domínio do especialista. Os cinco estágios de desenvolvimento são: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e especialista (Benner, 1984, cit. por Davis

& Maisano, 2016). Desta forma, também ao longo deste estágio, fomos passando por algumas etapas, de modo a alcançar as competências necessárias enquanto EEESF. Importa realçar que a experiência prévia enquanto enfermeira de família constituiu-se como um aspeto facilitador, permitindo a evolução mais facilmente ao longo destas etapas

No que diz respeito à realização da ação de formação desenvolvida, esta permitiu discutir com a equipa de enfermagem refletindo sobre as práticas na unidade concluindo o seguinte:

- A documentação dos cuidados de enfermagem deverá ter como alvo dos cuidados a “família” e não apenas o indivíduo;
- Por altura do momento formativo, a documentação dos cuidados nas famílias com membro idoso dependente era reduzida, tendo em conta o número de famílias com idoso dependente inscritas na USF, não traduzindo o trabalho realizado pelos enfermeiros com as famílias;
- Não estavam a ser utilizadas pela equipa as tecnologias de informação e comunicação para uma maior e eficaz documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família.

O planeamento, desenvolvimento e avaliação da ação formativa tiveram um contributo importante para desenvolvimento de práticas de qualidade na medida em integrou um dos itens do projeto de melhoria contínua da qualidade em curso na USF no ano de 2023. A promoção de uma cultura organizacional, de formação e de prática contribuiu para a melhoria de resultados, contribuindo diretamente para os resultados do referido projeto. Para além disso, a utilização da informação documentada pela equipa de enfermagem permitirá futuramente avaliar os resultados obtidos pelas famílias sob a forma de indicadores.

Atualmente, os Cuidados de Saúde Primários dispõem de uma plataforma, denominada BICSP (Bilhete de Identidade do Cuidados de Saúde Primários) onde é possível monitorizar o desempenho das unidades de saúde. Apesar desta ferramenta estar a ser utilizada desde 2018, ainda não estão incluídos na contratualização com as unidades, indicadores do âmbito da enfermagem de saúde familiar, pelo que este pode ser um dos motivos pelo qual a

documentação dos cuidados nesta área ainda não seja uma prática habitual no dia a dia dos enfermeiros de família.

Por fim esta reflexão não poderia estar concluída sem abordar os aspetos facilitadores e os aspetos menos favorecedores deste percurso de aprendizagem. Atualmente desempenho funções enquanto enfermeira de família numa USF, tendo um percurso profissional nesta unidade há mais de 10 anos. Assim, encontro-me numa posição privilegiada de conhecimento profundo da minha lista de famílias tendo desenvolvido ao longo do tempo uma relação de proximidade com as mesmas. Tal facto contribuiu para que durante o estágio, me sentisse mais à vontade para também com as famílias do estudo estabelecer relações de proximidade, reconhecendo facilmente as dinâmicas familiares e identificando as transições.

Como aspeto menos favorecedor da aprendizagem, saliento a dificuldade em conciliar a minha atividade profissional com a realização do estágio, conduzindo a uma sobrecarga pessoal e familiar inevitáveis.

Esta reflexão crítica sobre o meu percurso e processo de aprendizagem ao longo do estágio, permitiu-me consciencializar sobre as mudanças ocorridas na minha prática clínica, considerando ter desenvolvido competências específicas enquanto EEESF.

CONCLUSÃO

A realização do estágio e a elaboração do presente relatório representaram passos importantes na medida em que permitiram adquirir conhecimentos e desenvolver competências profissionais e pessoais.

A realidade demográfica atual no nosso país, que se traduz por um crescente envelhecimento da população, conduz a maior probabilidade de doenças e a situação de dependência, exigindo uma maior necessidade de cuidados de saúde. Esta situação tem um forte impacto ao nível dos serviços de saúde, mas também nas famílias e na sociedade.

Tendo em conta este panorama nacional, perspetiva-se que este cenário seja cada vez mais frequente, pelo que a escolha desta temática se reveste de particular importância uma vez que se centra nas necessidades das famílias com membro idoso dependente.

Ao longo do estágio, o trabalho desenvolvido teve como foco o sistema familiar numa abordagem sistémica, tendo em vista a capacitação das famílias com membro idoso dependente, pelo que a mudança de paradigma necessária no cuidado ao sistema familiar revelou-se um dos desafios desta abordagem. Neste sentido, perceber a família como unidade de cuidados e como parceira contribuiu significativamente para o sucesso da intervenção e foi uma mais-valia no processo de desenvolvimento de competências.

A identificação das necessidades, o estabelecimento de prioridades e a definição de intervenções específicas foram definidos em conjunto com os membros das famílias, considerando as dificuldades destas em manter o funcionamento familiar adequado face à situação de transição que vivenciam.

Neste sentido, os resultados que se pretenderam atingir com a intervenção de enfermagem estiveram diretamente relacionados com os objetivos das famílias e com o seu comprometimento com o plano de mudança.

Considerando a avaliação e intervenção implementada nas famílias do estudo, os resultados obtidos traduziram-se por mudanças nos juízos dos diagnósticos, pelo que foi essencial efetuar

uma avaliação do processo e dos resultados alcançados. Assim foram analisadas as taxas de avaliação e de prevalência dos diagnósticos e os indicadores de resultados.

Neste trabalho não foram definidas metas a atingir dado tratar-se de um trabalho acadêmico, restrito no tempo e com uma amostra pequena. Assim, foram analisados os diagnósticos de enfermagem que positivaram, mais concretamente “Edifício residencial seguro” e “Precaução de segurança demonstrada” e “Papel do prestador de cuidados adequado” e o seu impacto na saúde e bem-estar das famílias.

No que concerne aos diagnósticos “Edifício residencial seguro” e “Precaução de segurança demonstrada”, constatou-se que em todas as famílias este diagnóstico alterou-se para positivo. No que diz respeito ao diagnóstico “Papel do prestador de cuidados” obtiveram-se mudanças positivas do diagnóstico em três famílias, de um total de cinco que tinham este diagnóstico alterado. Neste sentido, constatei que nas famílias do estudo ocorreram mudanças no funcionamento familiar traduzidas por novos comportamentos. Face a estes resultados, é possível concluir que se obtiveram ganhos em saúde nos domínios da estrutura e do funcionamento nas famílias do estudo, sensíveis à minha intervenção.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) constituiu-se como o referencial teórico e operativo e o recurso à sua matriz operativa e aos vários instrumentos de avaliação familiar, facilitaram a dinamização do processo de enfermagem: identificação de necessidades de cuidados específicos, elaboração de planos de cuidados, implementação da intervenção com repercussão favorável no funcionamento familiar e reavaliação. De igual modo, o uso de técnicas ativas e interacionais promoveram a criação de novas visões do funcionamento familiar, revelando-se como ferramentas fundamentais na minha intervenção.

Paralelamente ao trabalho desenvolvido com as famílias, a realização da ação de formação em serviço realizada em contexto de estágio, teve um importante contributo na medida em que integrou um dos itens do projeto de melhoria contínua da qualidade em curso na USF no ano de 2023, pelo que contribuiu diretamente para os resultados deste projeto. Permitiu igualmente refletir com a equipa procurando sensibilizar para a importância da melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. A eficácia da formação foi

aferida, tendo-se verificado um incremento de registo realizados pela equipa, no âmbito da “Saúde familiar” nas famílias com membro idoso dependente.

Estes resultados assumem particular importância na prática de enfermagem na medida em que a informação documentada pela equipa permitirá futuramente avaliar os resultados obtidos pelas famílias sob a forma de indicadores que possam a vir ser incluídos no processo de contratualização com as unidades de saúde.

Face ao exposto, o trabalho desenvolvido permitiu atingir os objetivos inicialmente propostos, considerando ter desenvolvido competências comuns e específicas enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar no cuidar das famílias com membro idoso dependente.

O desempenho enquanto EEESF, com recurso sistematizado a modelos teóricos, teve um papel de relevo na avaliação e intervenção em famílias com uma pessoa dependente, enfatizando a família enquanto objeto de estudo e intervenção, dando um contributo importante na mudança de paradigma assistencial, com ganhos em saúde para as famílias.

Constatando que a saúde familiar é ainda uma área recente para os enfermeiros de família, deve ser considerado o desenvolvimento de programas de formação dirigidos aos enfermeiros que permitam aumentar as suas competências nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcon, M. F. S., Cardoso, B. C., Ala, C. B., Damaceno, D. G., Sponchiado, V. B. Y., & Marin, M. J. S. (2022). Elderly victims of violence: family assessment through the Calgary model. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200218>
- Alves, A. P. (2018). Vivências Da Família Da Pessoa Idosa Dependente: Abordagem Em Contexto Dos Cuidados De Saúde Primários. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/25704>
- Aragonez, C. F. (2017). O construto fronteiras na funcionalidade familiar. *Revista interdisciplinar saberes*, 1(1),48-60. <http://www.famaqui.edu.br/ojs/index.php/saberes/article/view/4>
- Araújo, C. (2014). *Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família*. (Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/107967.pdf>
- Assis, M. (2005) Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*, v.8. <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>
- Benner, P. (2004). *De principiante a perito*. *Revista Servir*. Vol.44, nº 3 p. 23- 27.
- Bulechek, G., Butcher, H & Dochterman, J. (2010). Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Rio de Janeiro: Elsevier. https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf
- Couto, A. M. do, Castro, E. A. B. de, & Caldas, C. P. (2016). Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(1), 76. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100011>
- Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República nº28/2015. 2.ª série. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>.
- Decreto Lei nº 101/2006. Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 06 de junho de 2006, páginas 3856-3865. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto Lei nº 71/2019. Diário da República nº 101/2019 Série I de 27 de maio de 2019, páginas 2626-242. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/71-2019-124346822>
- Direção Geral da Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Figueiredo, R. (2007). *A pessoa em fim de vida no hospital: modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem*. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências

- Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7149/2.pdf>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência
- Figueiredo, M. H.; Martins, M. (2011). Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 9 (3), 552-559 <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v9i3.12559>
- Figueiredo, M., Ferré, C., Andrade C., Santa, L., Monteiro, M., Charepe, Z. (2012) Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESESP. https://cidtff.web.ua.pt/producao/dayse_souza/AbreuM_FamilyNursing_e-book.pdf
- Gomes, C. (2023). *Capacitação de Cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Relatório de estágio. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Repositório da Universidade de Évora <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/35308>
- Guedes, M. S. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9200/1/.pdf>
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusodidacta.
- Hanson, S. M., & Kaakinem, J. R. (2005). *Fundamentos Teóricos para a Prática de Enfermagem de Família*. Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Loures: Lusociência.
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- International Council of Nurses (2015). International classification for nursing practice. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/publications>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente - 2018-2080*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e Idade; Decenal - INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021*.
- Lawton, M. P., Brody, E (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9 /3 179-186.
- Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A Two-factor Model of Caregiving Appraisal and Psychological Well-Being. *Journal of Gerontology*, 46(4), P181–P189. <https://doi.org/10.1093/geronj/46.4.P181>
- Lourenço, T., Figueiredo, R. & Sá, L.O. (2015). Cuidadores Informais: estado da arte em Portugal. *Nursing Magazine Digital*.

<http://www.nursing.pt/?s=CUIDADORES+INFORMAIS%3A+ESTADO+DA+ARTE+EM+PO RTUGAL>

- Leonello, V. M., Vieira, M. P. de M., & Duarte, T. C. R. (2018). Competencies for educational actions of Family Health Strategy nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1072–1078. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0390>
- Marques, M.(2021). *A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica*. (Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade do Minho). Repositório da Universidade do Minho <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/76449/1/TESE%2bMARTA%2bS USANA.pdf>
- Martins, M., Martins, A., Martins, A.R. (2018) Reeducação Familiar/Social- Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação autocuidados no domicílio. Marques -Vieira; Sousa (coord) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidata.
- Martins, P. F., Perroca, M. G. (2017). Care necessities: the view of the patient and nursing team. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1026–1032. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0197>
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, pp. 203-2012.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Melo, P., Figueiredo, M. H., Silva, S., Charepe, Z., Oliveira, P., & Vilar, A. I. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Investigar a transformação nas práticas com as famílias. Em J. e. n Carvalho (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (p.281). Porto: ESEP.
- Melo, R., Rua, M., Santos, C., Novais, S., Mota, L., Príncipe, F., & Silva, M. (2021). Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(1), 61–73. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.119>
- Mahoney, F. I., Barthel, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14 (1965) 61-65.
- Moimaz, S. A., Fadell, C. B., Yari, S. D., & Diniz, D. G. (2011). Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(16), pp. 965-972.
- Monteiro, M. C. D.. (2010). *Vivências dos Cuidadores Familiares em Internamento Hospitalar - O Início da Dependência*. (Tese de Mestrado: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto) Repositório Científico de Acesso Aberto <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/.pdf>

- Naik, A. D., Teal, C. R., Pavlik, V. N., Dyer, C. B., & McCullough, L. B. (2008). Conceptual Challenges and Practical Approaches to Screening Capacity for Self-Care and Protection in Vulnerable Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(s2). <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01979.x>
- Nogueira, J. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Gabinete de estratégia e de planeamento, Centro de Informação e Documentação. Lisboa. http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. *Ordem Dos Enfermeiros*, pp. 1–2.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de posição em enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros* <https://www.ordemenfermeiros.pt/.../tomada-de-posicao-sobre-investigacao-em-enfermagem>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem D. E. Taylor S. G., Renpenning K. M. L. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (2021). Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. <https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>
- Organização Mundial de Saúde (2022). World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356584/9789240051140-eng.pdf?sequence=1>
- Organização Mundial de Saúde (2022). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados em saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 16 de julho de 2018, páginas 19354 - 19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República n.º 26/2019, Série II, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, Diário da República, n.º 124, Série II de 29 de junho de 2015, p.17384-17391 <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regu>

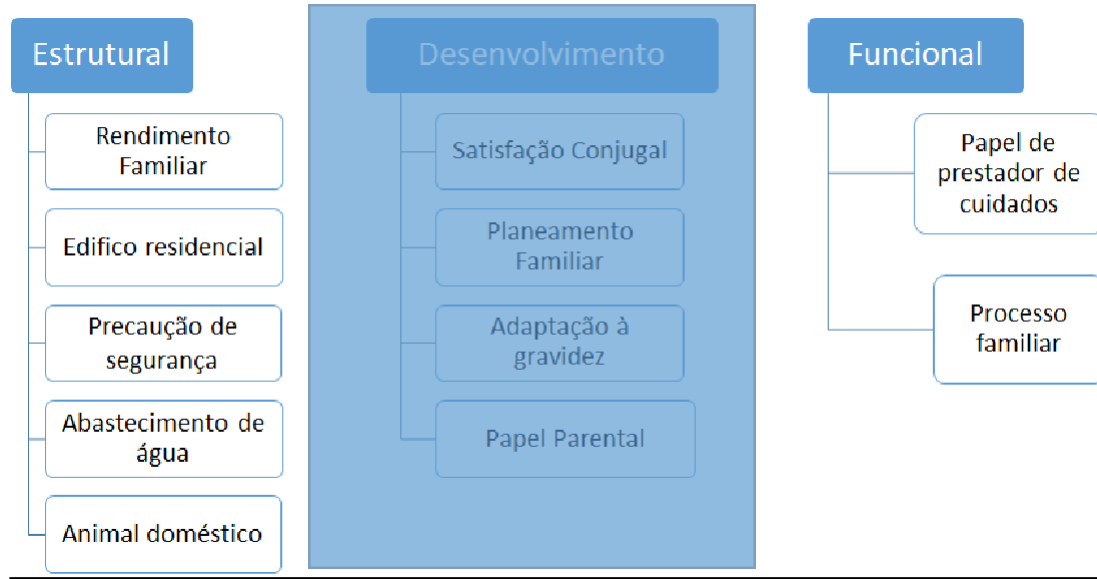
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, I., Pires, R., Serqueira, C., Cruz, M., Lima, L., Carvalho, J. C., Gonçalves, P. & Coelho, Joana (2021). Entrevista clínica: documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Moodle da Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Referência- Revista de Enfermagem*. nº 12. p.9-16
<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239959003.pdf>
- Sequeira, C. (2021). Envelhecimento e Comunicação: Desafios para os(as) Enfermeiros(as). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38024/1/Compet%C3%Aancia%20em%20Enfermagem%20Gerontogeri%C3%A1trica_cap.2.pdf
- Sequeira, P. (2009). Educação para a Saúde à Família do doente com AVC. *Revista Investigação em Enfermagem. Sinais Vitais*. n.º 20, p.15-25.
- Sousa, F. G., Figueiredo, M. d., & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, pp. 60-63.
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Tareco, E.S.R. (2015). *Sistemas Informáticos em Saúde para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Revisão Sistemática*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Economia - Universidade do Algarve). Faro.
<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7670/1/TESE%20FINAL.pdf>
- Trapper, T., Mccollum, E., Jong, P., Korman, H., Gingerich, Cynthia Franklin (2010). Solution-Focused Therapy Treatment Manual for Working with individuals. In J. Kim, Solution-Focused Brief Therapy: Multicultural Approach. Denver.
- Wright, L., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias. guia para a avaliação e intervenção na família*. 5.ª edição. São Paulo: Roca.
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wiczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistémica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva (Erechim)*, 36(136), 133-142.

ANEXOS

ANEXO 1

(Formulário de recolha de dados das famílias)

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)

Área reservada para a elaboração do genograma, baseada no dado avaliativo da composição da família.

--

Dado avaliativo: Tipo de Família <i>(eliminar o que não se adequa)</i>			
Família nuclear		Coabitação	
Família reconstruída		Família Institucional	
Família monoparental		Comuna	
Monoparental liderada pelo homem		Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher		Alargada	
Outro <i>(especificar)</i>			

Dado avaliativo: Família Extensa

	Nome(s) <i>(igual ao assinalado no genograma)</i>
Tipo	
Pessoal	
Telefónico	
Carta/e-mail	
Outro:	
Intensidade de contacto	
Semanal	
Quinzenal	
Mensal	
Outro:	
Função das relações	
Companhia social	
Apoio emocional	
Guia cognitivo e conselhos	
Regulação social	
Ajuda material e de serviço	

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

	Trabalho	Escola	Inst.Saude	Religião	IPSS	Lazer/ Cultura	Amigos	Outros
Vínculo forte								
Vínculo intrermédio								
Vínculo fraco								

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA _/ _/ _
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA _/ _/ _
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA _/ _/ _
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militanzadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA _/ _/ _
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - 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" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

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

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

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

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

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

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

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	<p><i>(colocar resultados/dados)</i></p> <p>- Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) [(no caso de ORF superior a 3) ou (no caso de ORF igual ou inferior a 3 e enfermeiro considere que deve ser avaliado)]</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>- Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p> <p><i>(colocar texto livre, se adequado)</i></p>
Critérios diagnósticos	<p>Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF</p>
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Rendimento Familiar Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Rendimento Familiar Insuficiente

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)
	Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)
	Promover a gestão do rendimento familiar
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	

Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar) - Conhecimento <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre riscos de edifício <i>(no caso de TH 4 ou 5)</i> - Higiene da Habitação Presente/Não Presente - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre governo da casa <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i> - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i>
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 Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício residencial Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Edifício Residencial Negligenciado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Requerer serviço social (técnica de serviço social)
	Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia)
	Orientar a família para serviços sociais

Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>




Se Edifício Residencial Não Seguro

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro
	Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional
	Promover governo da casa
	Reforçar o governo da casa
	Instruir a família sobre governo da casa
	Motivar a família para governo da casa
	Requerer serviços sociais
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções	Data

<i>(repetir conforme necessário)</i>	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.3- Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Precaução de Segurança	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i> - Existência / Ausência de <u>Barreiras arquitetônicas</u> Se Existência especificar: - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas - Existência / Ausência de <u>Aquecimento</u> Se Existência, especificar: tipo de aquecimento (central, lareira, ar condicionado, etc.) e conhecimento sobre utilização de equipamento. Se Não tiver conhecimento, especificar (colocar texto livre) - Existência / Ausência de <u>Abastecimento de gás</u> Se Existência, especificar: tipo de abastecimento (canalizado ou botija) e conhecimento sobre utilização de abastecimento de gás. Se Não tiver conhecimento, especificar (colocar texto livre)
Critérios diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada, se: (Existência de Barreiras arquitetônicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

 *Se Precaução de Segurança Não Demonstrada*

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
-----------------------------	------------------------------

Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Ensinar sobre utilização de equipamento de gás
	Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico
	Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Negociar sobre utilização de equipamento de gás
	Negociar sobre utilização de equipamento elétrico
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
	Orientar para serviços da comunidade
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i> - Existência / Ausência de <u>Abastecimento de água</u> <i>(colocar texto livre, caso não tenha abastecimento de água)</i> <i>Se Existência, especificar: tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou mista). Se rede privada ou mista, especificar (furo, poço, ...)</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - No caso de rede privada ou rede mista: <ul style="list-style-type: none"> ● Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano - No caso da utilização da água da rede privada para consumo humano: <ul style="list-style-type: none"> ● Com / Sem Controlo da qualidade da água - No caso de não ser efetuado o controlo da qualidade da água: <ul style="list-style-type: none"> ● Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre o controlo da qualidade ● Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Crítérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e <u>NÃO</u> é efetuado o controlo da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Abastecimento de Água Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água	
	Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água	
	Orientar para serviços de controlo da qualidade da água	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	

<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	<p><i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência / Ausência de <u>Animal doméstico</u> <i>(especificar espécie/raça)</i> - Existência / Ausência de Vacinação - <u>Se Ausência de vacinação</u> <ul style="list-style-type: none"> ● Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico <p><i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <p><i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> - Existência / Ausência de Desparasitação - <u>Se ausência de desparasitação</u> <ul style="list-style-type: none"> ● Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico <p><i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <p><i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i></p> - <u>Outros dados:</u> <p><i>(colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)</i></p>
Critérios diagnósticos	<p><u>Animal doméstico negligenciado</u>, se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou</p> <p>[(Animal não desparasitado) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]</p>

Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
--------------------	---



Se Animal Doméstico Negligenciado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses)	
	Orientar para serviços da comunidade	
	Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico	
	Motivar para vacinação do animal doméstico	
	Motivar para desparasitação do animal doméstico	
	Supervisionar vacinação do animal	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>							
SIM							
NÃO							
Dados avaliativos se membro da família dependente SIM <i>(eliminar se não se adequa)</i>							
Autocuidados	Dependência		Prestador de Cuidados (PC)				
	Sim	Não	Membro da família	Membro da família extensa	Vizinho	Auxiliar de saúde	Outros (especificar)
Autocuidado Higiene							
Autocuidado Vestuário							
Autocuidado Comer							
Autocuidado Beber							
Autocuidado Ir ao sanitário							
Autocuidado Comportamento sono-reposo							
Autocuidado Atividade de lazer							
Autocuidado Atividade Física							
Gestão do regime terapêutico							
Autovigilância							
Autoadministração de medicamentos							

Se o prestador de cuidados não for membro da família:	Instruído ou iletrado			
	Profissão			
	Contacto			

Dados avaliativos se membro da família dependente <u>SIM</u>		
Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene	SIM	NÃO
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes		
Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés		
Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados	
Dimensão	C.1.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.1- Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados Demonstrado / Não demonstrado sobre Autocuidado Higiene	
<u>Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene</u>	Atividade diagnóstica	Resultados
	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.2- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Vestuário	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre o Autocuidado Vestuário</u></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Comer</u></p>	<p>C.1.1.3- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Comer</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber</u></p>	<p>C.1.1.4- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Beber</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário</u></p>	<p>C.1.1.5- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Ir ao sanitário</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do</p>	<p>C.1.1.6- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposou</p>	

<p>item</p> <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa</u></p>	<p>C.1.1.7- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade recreativa</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física</u></p>	<p>C.1.1.8- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade física</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do Regime terapêutico</u></p>	<p>C.1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados Demonstrado/ Não Demonstrado sobre Gestão do Regime terapêutico</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade</p>	<p>C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades</p>	

Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância</u>	Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos</u>	C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.2- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item <u>Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente</u>	C.1.2.1- Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra estimular a independência do membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do	C.1.2.2- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Higiene adequada ao membro da família dependente	


<p>item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</u></p>	<p>C.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		
<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</u></p>	<p>C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		
<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família</u></p>	<p>C.1.2.5- A família Demonstra/ Não demonstra ter adquirido equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		
<p>Resultados</p> <p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>		
<p>Fundamentação</p>		

<u>dependente</u>		
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.6- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.7- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.8- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.9- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a</i>

<u>O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância</u>	<i>atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamentos de Adesão Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamentos de Adesão Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.3- Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.3.1-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.4- Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.4.1-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.5- Saturação do Papel	

Atividade Diagnóstica do item	C.1.5.1- Saturação SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados
Critérios diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>  <i>Se Papel Prestador de Cuidados Não Adequado</i>	Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre a Técnica do Banho Instruir PC sobre a Técnica do Banho Treinar PC sobre a Técnica do Banho Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem dos dentes Instruir PC sobre a técnica de lavagem dos dentes Treinar PC sobre a Técnica de Lavagem dos dentes Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário

	<p>Instruir PC sobre a utilização do fio dentário</p> <p>Treinar PC sobre a utilização do fio dentário</p> <p>Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem dos dentes</p> <p>Ensinar PC sobre higiene do cabelo</p> <p>Instruir PC sobre higiene do cabelo</p> <p>Treinar PC sobre a higiene do cabelo</p> <p>Ensinar PC sobre a técnica de fanerotomia</p> <p>Instruir PC sobre técnica de fanerotomia</p> <p>Treinar PC sobre a técnica de fanerotomia</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais de papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar as dimensões conflituais no papel</p> <p>Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções</p> <p>Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)</p> <p>Promover estratégias de coping para o papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
<p><u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u></p>	
<p><u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i></p>	
<p>Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i></p>	<p>Data</p>

<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Prestador de Cuidados Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

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
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.		

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Comunicação Emocional		
Quem na família expressa mais os sentimentos?		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL

Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (Se NÃO FAVORÁVEL, especificar)		
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		
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros		
Comunicação Circular		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família		
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa		
Coping Familiar		
Solução de Problemas		
1. Quem na família expressa mais os sentimentos?		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas?		
	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família		
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (Se NÃO, especificar)		
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (Se SIM, especificar)		
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (Se SIM, especificar)		
Papéis Familiares		

Interações de Papéis na Família

1. Quem desempenha Papel Provedor?

	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		

2. Quem desempenha Papel de gestão financeira?

	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		

3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico?

	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		

4. Quem desempenha Papel Recreativo?

	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		

5. Quem desempenha Papel de Parente?

	SIM	NÃO
--	------------	------------

Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família?		
	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros		
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		

DADOS AVALIATIVOS DA COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA						
FACES II						
Versão Portuguesa de Otília 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.					
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos					

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

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

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

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

	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)		
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24		

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

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

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – PERCEÇÃO DOS MEMBROS

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

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – CRENÇAS FAMILIARES	
Religiosas	
Espirituais	
Valores	
Culturais	
Intervenção dos profissionais de saúde	

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Emocional</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade	C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz/ Não Eficaz	

Diagnóstica do item <u>Comunicação Circular</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)	
Subdiagnóstico	Comunicação Familiar Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item <u>Solução de Problemas</u>	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
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/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel provedor</u>	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel gestão financeira</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel Recreativo</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel de Parente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Crítérios diagnósticos	<p style="text-align: center;">Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Ppel SIM</p> <p style="text-align: center;">Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM</p>	
Subdiagnóstico	<p>Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz (<i>eliminar o que não se adequa</i>) Interação de Papéis Conflitual/ Não Conflitual (<i>eliminar o que não se adequa</i>)</p>	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Influência e Poder</u>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Alianças e Uniões</u>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	

Diagnóstica do item <u>Funcionalidade da Família</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	<p style="text-align: center;">Relação Dinâmica Disfuncional se:</p> <p style="text-align: center;">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)</p>	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

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 Comunicação Não Eficaz e/ou Coping Familiar Não Eficaz e/ou Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou Relação Dinâmica Disfuncional <p><i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
-----------------------------	------------------------------



Se Processo Familiar Disfuncional

Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Planear rituais familiares Otimizar padrão de assertividade
	Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família
	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Colaborar na identificação dos papéis familiares Avaliar as dimensões não consensuais do papel Avaliar saturação do papel Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) Requerer Serviço Social Promover estratégias de coping para o papel Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia)
	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Avaliar os conflitos do Papel Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) Requerer Serviço Social Promover estratégias de coping para o papel Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia)
	Otimizar padrão de ligação Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família

	Otimizar padrão de ligação
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

ANEXO 2

(Índice de Barthel)

BARTHEL ADL Índice

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência) _____

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contigente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Total (0 - 100) _____

ANEXO 3

(Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit)

Escala de Zarit

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

	Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
Considera que o seu familiar está dependente de si?					
Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					

Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					

Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					

Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Score	Sobrecarga
≤ 21	Ausência de Sobrecarga
21-40	Sobrecarga moderada
41-60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga Severa

ANEXO 4

(Indicadores de resultado / ganhos em saúde)

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

A) TAXAS DE AVALIAÇÃO

a. Dimensão Estrutural

Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100

b. Dimensão Funcional

Nº. de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador Cuidados /Nº total de famílias com membro dependente X 100

Nº. de famílias avaliadas em Processo Familiar /Nº total de famílias X 100

B) TAXAS DE PREVALÊNCIA

Nº. de famílias com Edifício residencial não seguro/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Edifício residencial negligenciado/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Rendimento familiar insuficiente/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Precaução de segurança não demonstrada/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Abastecimento de água não adequado/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Animal doméstico negligenciado/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com membro dependente com Papel de Prestador de Cuidados não

adequado PPCNA/Nº total de famílias com membro dependente X 100

Nº. de famílias com Processo Familiar Disfuncional /Nº total de famílias X 100

C) INDICADORES DE RESULTADO (GANHOS EM SAÚDE)

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial/Nº total de famílias com Edifício residencial não seguro x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial /Nº total de famílias com Edifício residencial negligenciado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Rendimento Familiar /Nº total de famílias com Rendimento Familiar insuficiente x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Prevenção de Segurança /Nº total de famílias com Prevenção de Segurança não demonstrada x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Abastecimento de Água /Nº total de famílias com Abastecimento de Água não adequado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Animal doméstico/Nº total de famílias com Animal doméstico negligenciado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Prestador Cuidados/Nº total de famílias com Papel Prestador Cuidados não demonstrado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel /Nº total de famílias com Conhecimento do Papel não demonstrado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão /Nº total

de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel /Nº total de famílias
com Consenso Papel Não x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel /Nº total de famílias com
Conflito Papel Sim x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel /Nº total de famílias
com Saturação Papel Sim x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar /Nº total de famílias
com Processo Familiar Disfuncional x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação Familiar /Nº total de
famílias com Comunicação Familiar não eficaz x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Coping Familiar /Nº total de famílias
com Coping Familiar não eficaz x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis /Nº total de famílias
com Interação Papéis não eficaz x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis /Nº total de famílias
com Interação Papéis conflitual x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias
com Relação Dinâmica Disfuncional x 100

ANEXO 5

(Plano de sessão e Conteúdo da ação formação *“Saúde da Família: documentação dos cuidados no S-clínico”*)

PLANO DE SESSÃO

Local: Unidade de Saúde Familiar

Formadores: Michele Pinto e Carla Alves

Diana Fonseca e António Festa

Título: *Saúde da Família: documentação dos cuidados no Sclínico*

Destinatários: Equipa de Enfermagem

Data: 21/04/2023

Duração: 1h (14h00-15h00)

Objetivos gerais:

- Promover a melhoria contínua da qualidade no que se refere ao processo de documentação dos cuidados no âmbito da enfermagem de saúde familiar, nas famílias com membro dependente;
- Promover a utilização das tecnologias de informação e comunicação para dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

Objetivos específicos:

- Promover o envolvimento e a motivação dos membros da equipa de enfermagem para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar;
- Promover uma reflexão das práticas, no âmbito dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, com recurso a atividade formativa;
- Utilizar o sistema de informação disponível para melhorar os resultados de saúde familiar;
- Monitorizar os resultados da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar realizada nos utentes dependentes e respetivas famílias.

Tempo	Fases	Conteúdos	Métodos e técnicas	Meios a utilizar
5 min.	Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto de estágio II do MECESF; - Apresentação dos objetivos da formação. -Introdução da metodologia 	Método expositivo	Computador e Videoprojector

30 min.	Desenvolvimento	Apresentação dos seguintes aspetos: - Dimensões de avaliação familiar e respetivos diagnósticos de enfermagem; - Avaliação e intervenção familiar disponível no S-clínico; - Apresentação de um estudo de caso. - Debate das dúvidas	Método expositivo Método ativo	
25 min.	Discussão/ Conclusão	-Síntese dos conteúdos -Avaliação da atividade	Método expositivo Método ativo	

Apresentação da formação ministrada disponível em:



