



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

FAMÍLIAS NUCLEARES COM FILHOS ADULTOS:
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

NUCLEAR FAMILIES WITH ADULT CHILDREN:
DEVELOPMENT OF SPECIALIZED CLINICAL
COMPETENCIES IN COMMUNITY NURSING IN THE AREA
OF FAMILY HEALTH NURSING

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Ana Isabel Ferreira Canez

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

FAMÍLIAS NUCLEARES COM FILHOS ADULTOS:
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Maria
Henriqueta Figueiredo e coorientado pela
Professora Ana Isabel Vilar.

Porto, 2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às minhas filhas, Carolina e Maria.

AGRADECIMENTO

À Professora Doutora Maria Henriqueta, orientadora do presente relatório, pela disponibilidade, conhecimento, tranquilidade e amizade transmitidos ao longo deste processo de aprendizagem, essenciais para o desenvolvimento das minhas competências e pela mudança da minha visão da Enfermagem de Saúde Familiar.

À Professora Ana Isabel Vilar, coorientadora do presente relatório, pela disponibilidade e por ser uma constante fonte de motivação e incentivo.

À Enfermeira Joana Cunha pela amizade, empenho e pela confiança.

À equipa multiprofissional da USF que me acolheu, me disponibilizou toda a ajuda, empatia e companheirismo.

À minha equipa da USF de Fânzeres, que compreendeu os momentos de desmotivação e sempre me deram ânimo e força na conclusão deste projeto.

À amiga Verónica, companheira neste percurso de 3 anos, muito obrigada por estares sempre ao meu lado!

À minha irmã, que além de me incentivar, também muito me ajudou com as suas correções...

Ao meu marido Mário, que acompanhou todos os altos e baixos desta jornada! Muito obrigada pela tua paciência, carinho e suporte!

Às minhas filhas, que também sentiram a minha ansiedade, que consolaram os meus momentos mais difíceis, que compreenderam as minhas ausências e muitas vezes diziam “mamã, vais conseguir!!!”. Vocês são a principal razão de nunca desmotivar, para me sentirem como um exemplo no vosso futuro...

Muito obrigada!!!

RESUMO

O presente relatório, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto, descreve o percurso de desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e das competências comuns do Enfermeiro Especialista. A prática clínica decorreu numa Unidade de Saúde Familiar da região norte de Portugal, incidindo em famílias nucleares com filhos adultos em contexto de re-coabitação intergeracional.

Com base numa amostra de 60 famílias da lista do enfermeiro orientador cooperante, foi identificada uma prevalência significativa de famílias com filhos adultos. Foram selecionadas 6 famílias alvo de intervenção, com o objetivo de cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.

As avaliação e intervenção familiar seguiram uma abordagem sistémica, fundamentada nos referenciais teóricos do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, Modelo Calgary de Avaliação da Família e Modelo Calgary de Intervenção Familiar. As dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional foram exploradas através de instrumentos como o genograma, ecomapa e escalas validadas.

As ações desenvolvidas centraram-se na avaliação de áreas de atenção relevantes face às especificidades de dada família, formulação de diagnósticos, planeamento e implementação de intervenções adequadas às necessidades identificadas, e posterior avaliação dos resultados obtidos. As intervenções centraram-se na promoção da comunicação e coesão familiar, e o fortalecimento da rede de suporte formal e informal.

Foi também, desenvolvido um projeto de melhoria contínua da qualidade, no âmbito do desenvolvimento de competências na documentação dos cuidados, no programa “Saúde da Família” do SClínico-CSP®.

Conclui-se que a prática baseada em modelos teóricos específicos da Enfermagem de Saúde Familiar permite uma intervenção mais eficaz e orientada, promovendo a capacitação das famílias e a melhoria do seu funcionamento. O relatório evidencia a importância da integração da teoria na prática e a relevância do papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, na resposta às transições familiares complexas, como a re-coabitação intergeracional. As atividades desenvolvidas contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências, permitindo a prestação de cuidados especializados e personalizados às famílias, bem como para a melhoria da qualidade no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, Filhos Adultos, Re-coabitação intergeracional

ABSTRACT

This report, developed within the scope of the Master's Degree in Community Nursing – Family Health Nursing specialty at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, describes the development process of specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing, particularly in the area of Family Health Nursing, as well as the common competencies of the Specialist Nurse. The clinical practice took place in a Family Health Unit in the northern region of Portugal, focusing on nuclear families with adult children in the context of intergenerational re-cohabitation.

Based on a sample of 60 families from the caseload of the preceptor nurse, a significant prevalence of families with adult children was identified. Six families were selected as intervention targets, with the aim of caring for the family as a unit of care, as well as for each of its members, throughout the life cycle and across different levels of prevention.

Family assessment and intervention followed a systemic approach, grounded in the theoretical frameworks of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, the Calgary Family Assessment Model, and the Calgary Family Intervention Model. The structural, developmental, and functional dimensions were explored using tools such as the genogram, ecomap, and validated assessment scales.

The actions developed focused on assessing key areas based on the specificities of each family, formulating nursing diagnoses, planning and implementing interventions appropriate to the identified needs, and subsequently evaluating the outcomes. Interventions focused on promoting communication and family cohesion, as well as strengthening formal and informal support networks.

Additionally, a continuous quality improvement project was developed, aimed at enhancing competencies in the documentation of care related to the structural dimension, within the “Family Health” module of the SClínico-CSP® system.

It is concluded that practice based on specific theoretical models of Family Health Nursing enables more effective and focused interventions, promoting family empowerment and improved functioning. This report highlights the importance of integrating theory into practice and the relevance of the specialist nurse in Community and Family Health Nursing in addressing complex family transitions, such as intergenerational re-cohabitation. The activities carried out contributed to the acquisition and development of competencies, enabling the provision of specialized and personalized care to families, as well as improving the quality of Family Health Nursing.

Keywords: Family Health Nursing, Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, Adult Children, Intergenerational Re-cohabitation

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVD – Atividades de vida diárias

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVF – Ciclo Vital Familiar

DL – Decreto-Lei

DM – Diabetes Mellitus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EFS - Entrevista Familiar Sistémica

EM - Entrevista Motivacional

EOC – Enfermeiro Orientador Cooperante

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

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

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

HTA – Hipertensão Arterial

ICD – Instrumentos de colheita de dados

ICPC - Classificação Internacional de Cuidados Primários

IMC – Índice de massa corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPAF - Programa Nacional Promoção Atividade Física

SIE – Sistemas de informação de Enfermagem

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPESF - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

UC – Unidade Curricular

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

INTRODUÇÃO	12
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	17
1.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS UTENTES DA USF	19
1.2 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO ORIENTADOR COOPERANTE.....	21
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	35
3.1 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS	35
3.1.1 – <i>Família L</i>	42
3.1.2 – <i>Família M</i>	58
3.1.3 - <i>Avaliação dos Resultados nas Famílias</i>	79
3.2 LIDERANÇA E COLABORAÇÃO NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	82
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	93
4.1 CUIDA A FAMÍLIA, ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS, E DE CADA UM DOS SEUS MEMBROS, AO LONGO DO CICLO VITAL E AOS DIFERENTES NÍVEIS DE PREVENÇÃO	95
4.2 LIDERA E COLABORA NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	103
CONCLUSÃO.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	132

ANEXO I – Variáveis da colheita de dados

***ANEXO II – Descrição da prestação de cuidados à família T; família S; família F;
família P***

ANEXO III – Número de consultas de Enfermagem por Programa de Saúde

ANEXO IV - Instrumento de recolha de dados – identificação de necessidades

ANEXO V - Plano de sessão da ação de formação

ANEXO VI – Instrumento de recolha de dados - avaliação da sessão de formação

ANEXO VII - Número de consultas de Enfermagem por Programa de Saúde

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 - Taxas de avaliação dos resultados	79
Tabela 2 - Taxas de prevalência dos resultados	80
Tabela 3 – Indicadores de resultado.....	81

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 - Intervenções desenvolvidas na família L, por diagnóstico de Processo Familiar Disfuncional	52
Quadro 2 - Intervenções desenvolvidas na família M, por diagnóstico Satisfação Conjugal não mantida.....	66
Quadro 3 - Intervenções desenvolvidas na família M, por diagnóstico Papel Parental não adequado	70
Quadro 4 - Intervenções desenvolvidas na família M, por diagnóstico de Processo Familiar Disfuncional	76
Quadro 5 - Cronograma do Projeto Formativo	86
Quadro 6 - Resultados ICD	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF (SIM SNS, 2024c)	19
Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes da lista do EOC (MIM@UF, 2024b).....	21
Figura 3 - Genograma e psicofigura de Mitchell da família L.....	43
Figura 4 - Ecomapa da família L	44
Figura 5 - Áreas de atenção avaliadas na família L	45
Figura 6 - Genograma e psicofigura de Mitchell da família M.....	59
Figura 7 - Ecomapa da Família M.....	60
Figura 8- Áreas de atenção avaliadas na família M	62

INTRODUÇÃO

Foi elaborado o presente relatório no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (CMECESF), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), como resultado do trabalho desenvolvido ao longo das Unidades Curriculares (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I que decorreu de 16 de abril de 2024 a 21 de junho de 2024 e Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, que decorreram entre o dia 16 de setembro de 2024 e o dia 24 de janeiro de 2025, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) situada na região norte de Portugal. Este relato escrito descreve as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), nomeadamente: 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; liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018) e também das competências comuns do Enfermeiro Especialista, centradas nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade: gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019). A componente clínica, relativamente à prestação de cuidados às famílias incidiu em famílias nucleares com filhos adultos.

O cuidado centrado na família tem o objetivo de promover a saúde e o bem-estar da família e de cada um dos seus membros, sendo esta considerada como uma unidade social ou como um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal (ICN, 2021). É considerada como um sistema complexo e em constante transformação, produto das mudanças e das adaptações exigidas pelas diferentes fases do seu ciclo vital, evoluindo de acordo com as suas finalidades e sujeita a transições normativas e acidentais (Benatti et al., 2021; Figueiredo, 2012). A família

enquanto unidade sistémica, é vista como espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde de cada um dos seus membros (Spínola & Figueiredo, 2023).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), foram considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o primeiro contato dos indivíduos e das famílias com o sistema de saúde (OMS, 1978). Em Portugal, passaram por uma evolução significativa nas últimas décadas, com reformas estruturais que visaram melhorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde. A introdução das USF e a criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários em 2005, marcou um ponto de viragem promovendo equipas multidisciplinares que oferecem cuidados personalizados e centrados nas necessidades dos utentes, com especial foco nos cuidados médicos e de enfermagem (Biscaia & Heleno, 2017; Figueiredo et al., 2023a). A enfermagem de saúde familiar (ESF) e o enfermeiro de família desempenharam um papel crucial nesta reforma, sendo que em 2007 foi reconhecida por Decreto-Lei (DL) a atribuição de famílias a cada enfermeiro (Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde, 2007), evidenciando o papel destes profissionais como agentes de proximidade de cuidados às famílias. Em 2014, o DL n.º 118/2014 foi o primeiro a abordar a figura do enfermeiro de família enquanto promotor ativo e independente da saúde das famílias e dos indivíduos (Decreto-Lei n.º 118/2014 do Ministério da Saúde, 2014), enquadrando a atividade do enfermeiro de família no âmbito dos CSP. O percurso da afirmação da ESF inicia-se na criação, em 2011, do título de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, sendo publicado o DL que define o perfil de competências (Regulamento n.º 126/2011 da OE, 2011). Seguindo-se a este regulamento, foi publicado o DL 428/2018 mantendo a descrição do exercício da especialidade com foco na família enquanto unidade de cuidados, com vista à sua capacitação como um todo e a cada um dos seus membros individualmente, mobilizando os recursos necessários para a manutenção da sua saúde (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). Segundo este regulamento, o EEECESF deve possuir um conhecimento aprofundado e demonstrar capacidade de julgamento crítico e tomada de decisão, prestando cuidados específicos na diferentes fases do ciclo de vida da família.

O ciclo vital da família (CVF) diz respeito às etapas de mudança e transformação, refletindo os processos de desenvolvimento familiar (Figueiredo, 2012). A forma como a família se ajusta a estas fases, revela a sua capacidade de adaptação, podendo surgir dificuldades relacionadas com os padrões de interação entre cada um dos seus membros (Figueiredo, 2012; Santiago & Figueiredo, 2023). Ao longo do tempo, o sistema familiar passa por crises normativas e acidentais, que podem alterar de forma significativa o seu funcionamento, a nível das rotinas e dos papéis que os seus membros desempenham, sendo que as forças familiares contribuem para enfrentar, lidar e superar situações de crise (Simões & Alberto, 2017). Assim, o CVF assume uma importância fulcral para o EEECESF, já que a sua identificação possibilita uma melhor compreensão da família, contribuindo para a tomada de decisão relativamente às áreas prioritárias de avaliação e intervenção (Ribeiro et al., 2021).

Entre a pluralidade de configurações familiares coexistentes na sociedade, a família nuclear corresponde à configuração familiar atualmente predominante, no entanto os processos de individualização levaram à progressiva transformação deste modelo numa pluralidade de novos formatos familiares (Martins et al., 2019). A etapa do CVF caracterizada pela chegada dos filhos à idade adulta, induz mudanças na família trazendo novas tarefas provocando, conseqüentemente, uma reestruturação da dinâmica familiar (Silva et al., 2022; Teixeira, 2023). Nesta etapa, prevê-se que a família permita a separação com a saída dos filhos de casa, mantendo uma base de suporte familiar, bem como o desenvolvimento de uma relação adulto-adulto entre os filhos e os pais (Teixeira, 2023). Nos dias de hoje, é cada vez mais comum que filhos adultos permaneçam por mais tempo com os pais, prolongando-se assim a convivência no seio familiar, sendo este fenómeno conhecido como ninho cheio, em contraste com o tradicional ninho vazio (Rambo et al., 2018; Vieira & Rava, 2012), sendo que esta situação pode acontecer pelo regresso dos filhos adultos a casa dos pais, após terem já saído na fase de transição para a idade adulta (Casares & White, 2018; Seiter et al., 2024). Neste enquadramento, quando o filho retorna após ter saído de casa, é designado como filho *boomerang* (Evans et al., 2022; Figueiredo & Cerveny, 2012; Seiter et al., 2024). A tomada de decisão relativamente às

especificidades das famílias escolhidas desta temática teve como base a caracterização das famílias da USF.

A tipificação de uma amostra de 60 famílias evidenciou uma percentagem significativa de famílias nucleares na etapa do CVF família com filhos adultos, em que as famílias denominadas como ninho cheio têm uma representatividade de 30% (n=18). Decidiu-se assim, implementar um projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de ESF nas famílias nucleares com filhos adultos, em fase de ninho cheio. Foram selecionadas de forma aleatória, seis famílias com filhos adultos que regressaram para casa dos pais após divórcio e que integram a lista de famílias do enfermeiro orientador cooperante (EOC). Com o objetivo de desenvolver e melhorar as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019) e as competências específicas do EEECESF (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018) foram planeadas e desenvolvidas atividades com os objetivos específicos:

- Avaliar as famílias nucleares com filhos que regressaram para casa dos pais, no âmbito das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional; formular diagnósticos tendo em conta os dados avaliativos recolhidos; intervir de acordo com as necessidades identificadas; avaliar os resultados/ganhos em saúde obtidos, num processo colaborativo com as famílias, bem como formular diagnósticos, intervir e avaliar os resultados dessas intervenções em cada membro da família.
- Articular com outros profissionais/ equipas de saúde, de modo a mobilizar os recursos necessários para a prestação de cuidados à família; gerir o sistema de cuidados de saúde familiar nos diferentes níveis de prevenção e promover a melhoria contínua da qualidade.

Sendo a Enfermagem uma disciplina do conhecimento, sustenta-se em conhecimento próprio e derivado de outras disciplinas. Da mesma forma a ESF suporta a sua prática em referenciais teóricos, constituindo como corpo de conhecimentos de teorias das ciências sociais, terapia familiar e teorias de enfermagem (Pires, 2023). Como referenciais teóricos foram utilizados o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), o

Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF) (Wright & Leahey, 2012), essenciais na sua componente teórica e operativa, para dar resposta às necessidades das famílias.

Para a elaboração do presente relatório foi realizada uma pesquisa de evidência científica através do uso de bases de dados, leitura e análise de livros, revistas e relatórios/dissertações de mestrado/doutoramento, privilegiando conhecimento que provém da investigação. Foram consultados websites/ bases de dados como o BI-CSP do Ministério da Saúde e examinados documentos fornecidos pelo contexto clínico.

Este relatório está organizado em cinco capítulos: no primeiro capítulo, é caracterizado o contexto onde foi desenvolvido o estágio profissional, apresentando os dados recolhidos no âmbito das UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, que corroboram o desenvolvimento da prestação de cuidados às famílias; no segundo capítulo é explanado o enquadramento teórico que tem como finalidade a fundamentação da temática e do trabalho desenvolvido, através de evidência científica; no terceiro capítulo, é descrito o desenvolvimento das atividades da componente clínica para a concretização e desenvolvimento de competências, nomeadamente no que diz respeito à avaliação e intervenção que foi desenvolvida com as famílias e ao projeto que foi desenvolvido na USF; no quarto capítulo, é apresentada a descrição e reflexão crítica sobre os contributos do processo de aprendizagem no desenvolvimento de competências e por último, uma conclusão com o intuito de sintetizar as ideias e os dados apresentados.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Os CSP são entendidos como cuidados essenciais que devem ser universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias de uma comunidade, devendo ocupar-se dos principais problemas de saúde dessa comunidade, bem como promover a saúde e prevenir a doença, sendo uma componente essencial para o desenvolvimento humano, centrada em aspetos económicos, sociais e políticos (Melo, 2023; OMS, 2023; Pereira, 2011). A evolução dos cuidados de saúde em modelo de USF em Portugal representou uma transformação significativa na organização e na prestação dos cuidados. Estas unidades de saúde são unidades funcionais multiprofissionais com médicos, enfermeiros e administrativos, de constituição voluntária, com autonomia funcional e técnica, e com o objetivo de prestar cuidados personalizados (Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde, 2007). O regime jurídico da organização e funcionamento das USF foi estabelecido através do DL n.º 298/2007, de 22 de agosto, sendo descritas como unidades de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais (Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde, 2007). O DL n.º 73/2017, de 21 de junho, que veio alterar aspetos organizacionais das USF, deixa claro que os enfermeiros que façam parte destas unidades terão de ser detentores do título de especialista em enfermagem de saúde familiar (Decreto-Lei n.º 73/2017 do Ministério da Saúde, 2017), sendo esta necessidade reforçada no último DL em 2023 (Decreto-Lei n.º 103/2023 da Presidência do Conselho de Ministros, 2023). No mesmo ano, ocorreu uma alteração organizacional nos cuidados de saúde, com o DL n.º 102/2023 que introduz mudanças refletindo um compromisso renovado com a modernização e a melhoria da eficiência dos serviços de saúde (Decreto-Lei n.º 102/2023 Da Presidência Do Conselho de Ministros, 2023). Esta lei procedeu à criação de várias Unidades Locais de Saúde (ULS), através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes, com os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES). Esta integração fez com que a gestão empresarial fosse transferida dos antigos ACES para as ULS e teve como principal objetivo o reforço dos cuidados primários, a resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e

a aposta na promoção da saúde (Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

Os Estágios de Natureza Profissional I e II foram realizados numa USF integrada numa ULS que abrange dois concelhos da região norte de Portugal. A USF iniciou a sua atividade em setembro de 2008 e situa-se num concelho com uma área geográfica de 5,46 km² e com 14380 habitantes (INE, 2021). O método de trabalho é o enfermeiro de família. No seguimento do que é pretendido numa USF, esta unidade tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica, garantindo a acessibilidade, a qualidade e a continuidade, colocando o cidadão no centro da sua atividade. O seu horário de funcionamento é entre as oito e as vinte horas durante os dias úteis. Esta unidade é constituída por uma equipa multiprofissional de 18 elementos que estão organizados em micro equipas, compostas cada uma delas por um médico de família, um enfermeiro de família e um secretário clínico. A equipa é constituída por seis enfermeiros, sendo um especialista em enfermagem comunitária e um especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Existe ainda um grupo de profissionais que colaboram diretamente nos cuidados aos utentes, sendo eles os profissionais integrados na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) – técnico de serviço social, nutricionista e psicólogo.

O Plano de Ação da USF é desenvolvido pela equipa multidisciplinar e engloba o compromisso assistencial, atividades de melhoria clínica, formativas e não assistenciais, variando em função das características da população (Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde, 2007). A Carta de Compromisso é uma declaração de compromisso dos profissionais da unidade com os cidadãos que nela estão inscritos. Esta unidade funcional desenvolveu como atividades na área do desempenho assistencial: melhorar o rastreio VIH/SIDA e melhorar a vigilância das grávidas fumadoras. No que diz respeito à qualidade organizacional - segurança, a USF implementou medidas destinadas a prevenir as infeções e resistências a antimicrobianos e também medidas no âmbito da identificação inequívoca do utente. Esta identificação consiste no conjunto de ações a executar pelos profissionais, visando a correta identificação do utente, efetuado

por todos os profissionais que com ele contactam, permitindo a prestação de cuidados seguros e promovendo uma cultura de segurança. Em 2024, o Plano de Formação Profissional da USF no âmbito da formação interna abrangeu várias temáticas: Aconselhamento à Comissão de Ética e Proteção dos Dados de Carácter Pessoal; Participação ativa dos utentes na tomada de decisão; Satisfação do utente: determinantes e a importância da comunicação; Testamento vital; Medidas de Segurança no Caso de Emergência; Abordagem da Dor. No que diz respeito ao Programa de Acompanhamento Interno, que dá apoio ao processo de contratualização no âmbito do desempenho assistencial da USF para o ano de 2024 foi “Melhorar a Personalização – aumentando as consultas realizadas pelo médico de família”; e, no âmbito da gestão da saúde “Melhorar o rastreio VIH/SIDA”.

1.1 Caracterização geral dos utentes da USF

Segundo dados recolhidos na plataforma BI-CSP do SNS, a unidade apresentava 10350 utentes inscritos (SIM SNS, 2024c). A Figura 1 representa a pirâmide etária dos utentes inscritos na USF. Esta apresenta uma base e um topo mais estreitos que o corpo, o que indica que a maioria da população se encontra na faixa etária adulta ativa. O envelhecimento demográfico é uma tendência a longo prazo, que começou há várias décadas na Europa, sendo esta tendência visível nas transformações da estrutura de idades da população (pirâmide etária), e traduz-se num número crescente de pessoas idosas,

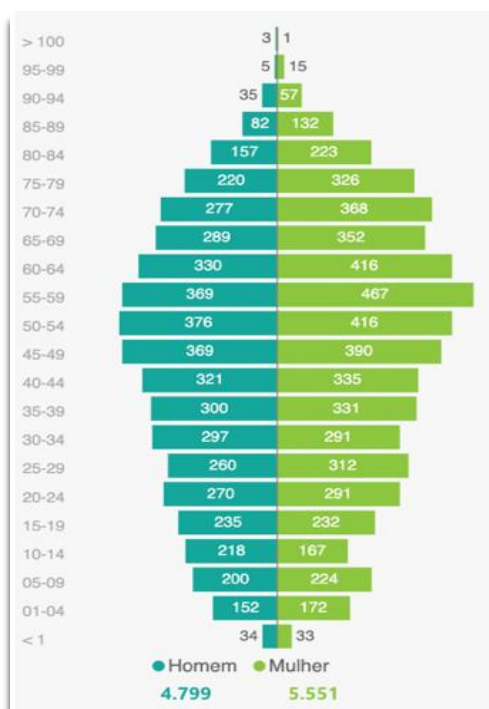


Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF (SIM SNS, 2024c)

juntamente com uma percentagem decrescente de pessoas em idade ativa na população total (Eurostat, 2017). Analisando a Figura 1, 0,65% (n = 67) correspondem a crianças no primeiro ano de vida, e no extremo superior, encontram-se 0,04% (n = 4) de utentes com mais de 100 anos. Na população inscrita a nível nacional, encontravam-se valores sobreponíveis com a pirâmide etária da USF, com 0,69% de crianças com menos de um ano, e 0,04% de utentes com mais de 100 anos (SIM SNS, 2024c). No que diz respeito aos utentes com mais de 65 anos, os valores nacionais também eram muito semelhantes à população da USF. Em Portugal registava-se uma percentagem de 24,1% de utentes com mais de 65 anos, enquanto que na USF este valor correspondia a 24,6% (SIM SNS, 2024c). Apurando a população total da USF, 53,6% são mulheres, sendo a faixa etária mais prevalente a das mulheres entre os 55 e os 59 anos. Estes valores não diferem significativamente dos dados nacionais, uma vez que o número de mulheres também supera o dos homens, mas a faixa etária mais prevalente era a das mulheres entre os 45 e os 49 anos (SIM SNS, 2024c).

Segundo a plataforma BI-CSP do SNS, o índice de dependência era, na USF, de 18,16% nos utentes jovens e de 38,47%, nos idosos. Estes valores são concomitantes com a média nacional, sendo a dependência jovem de 19,87% e nos idosos de 38,08%. Foram também analisados os problemas identificados na USF, utilizando a “Classificação Internacional de Cuidados Primários” (ICPC). Temos, numa escala decrescente das listas de problemas, o excesso de peso (37,63%), a alteração dos lípidos (36,2%) e a hipertensão sem complicações (24,26%) (SIM SNS, 2024a). Comparando com os dados nacionais estes são semelhantes, já que temos: a alteração dos lípidos (30,96%), seguido do excesso de peso (28,93%) e por fim a hipertensão arterial sem complicações (22,84%) (SIM SNS, 2024a), nas patologias identificadas pela ICPC. No caso do diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) não insulínico dependente era o 12º problema mais prevalente a nível nacional (9,32%), sendo o 14º nos dados da USF, mas com uma incidência superior (10,9%) se comparado com os valores nacionais (SIM SNS, 2024a). No caso das doenças respiratórias, a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), na USF, registam-se

respetivamente, 5,35% e 2,55% de utentes com estes diagnósticos, sendo o valor a nível nacional mais baixo, respetivamente 4,28% e 1,64%, asma e DPOC (SIM SNS, 2024a). Relacionando estes dados com a percentagem de fumadores identificados na USF temos 20,3%, sendo que a nível nacional se apuraram 14,27% de utentes consumidores de tabaco (SIM SNS, 2024a).

1.2 Caracterização das famílias do ficheiro do Enfermeiro Orientador Cooperante

A lista de utentes era constituída por 1769 utentes, correspondendo a 686 famílias (MIM@UF, 2024b). No total dos utentes inscritos na USF, em média, cada enfermeiro tem atribuídas cerca de 702 famílias. A Figura 2 representa a pirâmide etária dos utentes inscritos na lista do EOC. Percebe-se que a forma da pirâmide é semelhante à da USF, apresentando uma base e um topo mais estreitos, estando a maior coorte de população entre os 50 e os 59 anos. É de realçar que a população é predominantemente feminina. No que diz respeito ao tipo de problemas ICPC, sobrepõem-se aos problemas ativos na USF, sendo os mais prevalentes: a alteração do metabolismo dos lípidos, o excesso de peso e o erro de refração (MIM@UF, 2024c).

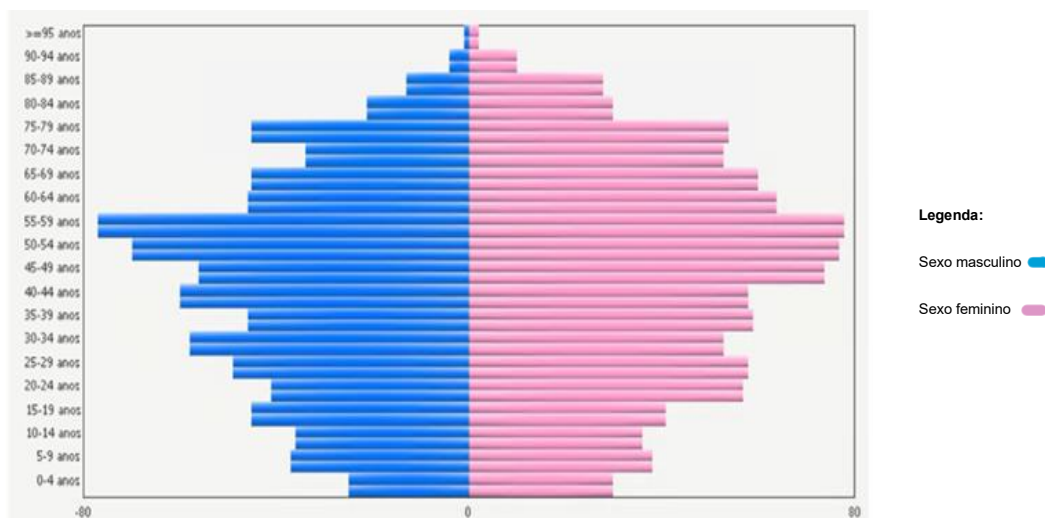


Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes da lista do EOC (MIM@UF, 2024b)

No período de realização do Estágio de Natureza Profissional – Módulo I, foi caracterizada uma amostra acidental ou por conveniência de 60 famílias. Através de uma entrevista, foi aplicado um questionário de colheita de dados aos utentes que se dirigiram à USF para consulta com a sua enfermeira de família. Os dados colhidos para a caracterização desta amostra foram: o número de elementos que constituem a família, a idade, o sexo e a profissão de cada um dos membros; se os elementos da família eram ou não fumadores, nos utentes com mais de 14 anos; se algum dos elementos era dependente nas atividades de vida diárias (AVD) e se tinham alguma doença crónica, tendo-se decidido agrupar as doenças cardiovasculares, doenças metabólicas, doenças respiratórias e doenças neoplásicas. No que diz respeito à caracterização da família recolheu-se dados sobre o tipo de família; os subsistemas familiares, a etapa do CVF segundo a classificação de Relvas (Relvas, 2000) e por último foram recolhidos dados que permitiram avaliar a Classe Social através da Escala de Graffar Adaptada (Amaro, 2001). Os utentes e famílias foram codificados, podendo ser consultadas as variáveis no Anexo I. A informação recolhida foi sintetizada e analisada estatisticamente, sendo os resultados apresentados de seguida.

As 60 famílias constituídas por 161 utentes, tendo o número médio de elementos por família 2,68, variando este valor entre um nas famílias unipessoais, e seis elementos nas restantes. Este valor é ligeiramente superior à média nacional, que se situa nos 2,4 elementos e no concelho de abrangência da USF este valor é igual ao da USF (FFMS, 2023b). A idade média dos elementos que constituem as famílias é de 47 anos – variando entre os zero e os 93 anos. O sexo feminino representa 56% dos utentes, sendo os restantes 44% do sexo masculino, sendo uma população maioritariamente feminina sobreponível com os dados da USF como representado na Figura 2 e da população portuguesa segundo os Censos de 2021 (INE, 2021). Das 60 famílias, três integram um membro com dependência nas AVD, todos estes utentes idosos.

Sobre o tipo de família, a família nuclear é o tipo de família mais prevalente (54%), seguindo-se a do tipo unipessoal (18%), família alargada (10%), monoparental (8%) e casal e família reconstruída, ambos com 5%. Analisando estes dados, nestas famílias há uma maior prevalência de casais com filhos,

54%, do que na população portuguesa, 32%, identificando-se também nesta amostra uma menor percentagem de famílias unipessoais, 18%, do que na população geral, 24% (FFMS, 2023a). Encontra-se uma diferença significativa nas famílias compostas por casais sem filhos, 5%, sendo que na população portuguesa esta tipologia representa 24%. No que diz respeito às famílias monoparentais temos uma diferença menor, sendo identificadas 8% e na população portuguesa 11%. O subsistema familiar mais prevalente é o conjugal (49%), seguindo-se o parental (47%) e por último o fraternal/filial (4%). No que respeita à classificação da etapa do CVF, a maioria das famílias encontra-se na etapa 5, correspondente a família com filhos adultos (81%), seguindo-se a etapa 2, correspondente à etapa de família com filhos na escola (10%). As famílias com filhos pequenos correspondem a 6% e as famílias com filhos adolescentes a 3%. Não foi identificada nenhuma família na etapa formação do casal. Na colheita de dados referentes às famílias, foi também avaliada a Classe Social através da Escala de Graffar Adaptada, encontrando-se na posição social correspondente à classe média mais de metade das famílias (53%), seguindo-se a classe média baixa (30%) e a classe média alta (17%).

Nos elementos das famílias há uma prevalência de diagnóstico de HTA de 39%, mais elevado do que os dados nacionais e nos valores da USF, que representam de 27% de diagnósticos de HTA com e sem complicações (SIM SNS, 2024b). É de realçar a importância da avaliação do risco cardiovascular, bem como a implementação de programas de vigilância e campanhas de sensibilização para um precoce diagnóstico da HTA (Silva et al., 2019). Analisando os utentes com DM tipo 1 e tipo 2, na população analisada há 18% de pessoas com este diagnóstico, sendo a prevalência nacional de 10% e na USF 12% (SIM SNS, 2024b). No que diz respeito às doenças respiratórias foram considerados os diagnósticos de asma e DPOC. Nas famílias analisadas temos 4% dos elementos das famílias com um destes diagnósticos, sendo a prevalência nacional de 6% e na USF de 8% (SIM SNS, 2024b). No que diz respeito à doença oncológica, nos 161 elementos das famílias foram identificados dois utentes com este diagnóstico. No universo de utentes avaliados, 53% não têm nenhum diagnóstico relacionado com as patologias avaliadas. Foram também

identificados os fumadores na amostra analisada, correspondendo a 23%. Este valor é superior aos dados nacionais com o ICPC abuso de tabaco, que tem um valor de 14%, mas mais aproximado com os dados da USF com o valor de 20% (SIM SNS, 2024b).

Da colheita de dados referente às famílias da lista do EOC, foi identificada uma prevalência de 30% (n = 18) de famílias na etapa do CVF com filhos adultos, em situação de coabitação com os pais. Nestas (n = 18), foram identificadas famílias em que os filhos regressaram a casa, voltando a viver com os pais após já terem saído. Verificou-se que este regresso aconteceu por dois motivos principais, como situações de divórcio e/ou problemas económicos, decidindo-se direccionar a prestação de cuidados as famílias com filhos que regressaram a casa, após o divórcio. Assim, as famílias às quais foram prestados cuidados têm como características comuns o tipo de família, dado que todas são famílias em recoabitação intergeracional, bem como a etapa do ciclo vital familiar em que se encontram, famílias com filhos adultos. Foram prestados cuidados a seis famílias, pertencentes à lista de famílias do EOC.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os cuidados à família estão associados intrinsecamente à evolução dos cuidados de saúde (Figueiredo et al., 2023a). O envolvimento da família sempre fez parte dos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2012), associando-se ao longo da história, ao papel da mulher que cuida dos familiares e mantém a higiene do meio promovendo a saúde (Jordão, 2019). Ao longo dos tempos, a preocupação com o acolhimento e a promoção da inclusão dos familiares da pessoa portadora de doença, demonstram que o envolvimento familiar e a prestação de cuidados à família eram já naturais (Figueiredo et al., 2023a; Wright & Leahey, 2012). Além disso, em 1996, a família é já salientada como centro dos cuidados de saúde pela American Nurses Association (Hanson, 2005). Com a evolução tecnológica e o modelo biomédico, existiu uma promoção da prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar, que conduziu ao afastamento entre os cuidados de enfermagem e as famílias (Figueiredo et al., 2023a; Jordão, 2019). A importância dos cuidados de saúde centrados nas famílias tem as seguintes premissas: os comportamentos saudáveis e os comportamentos de risco são apreendidos no contexto familiar; os membros da família são influenciados quando algum deles vivencia situações de doença; os acontecimentos e as práticas de saúde de cada indivíduo afetam toda a família; os cuidados de saúde são mais eficazes quando se dá ênfase à família e não apenas a cada um dos seus membros; a promoção da saúde familiar é importante para a sobrevivência da sociedade (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2012). Os cuidados à família têm acompanhado o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e disciplina do conhecimento, sendo cada vez mais notória a responsabilidade dos enfermeiros no acompanhamento da saúde da família (Silva et al., 2020). Pelas características da sua profissão, o enfermeiro tem um lugar de referência na equipa de saúde, sendo esperado que nos cuidados à família assuma uma posição de destaque, permitindo o desenvolvimento de competências para dar resposta às necessidades da família e de cada um dos seus membros (Ferreira et al., 2021b).

As primeiras definições de família são elaboradas por teóricos de diferentes disciplinas e associam o conceito a laços de sangue e/ou legais (Jordão, 2019). Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), família é “a unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2021). Numa perspetiva sistémica, assume características como a globalidade, a equifinalidade e a auto-organização, sendo um espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros (Figueiredo, 2012; Relvas, 2000; Spínola & Figueiredo, 2023). A família é compreendida como um sistema composto por diversos subsistemas que interagem entre si, sendo estes definidos com base nas relações específicas entre os membros da família, exercendo papéis fundamentais na manutenção do equilíbrio, da funcionalidade e do bem-estar familiar (Figueiredo, 2012; Spínola & Figueiredo, 2023). É considerada um sistema complexo em constante transformação, produto das mudanças históricas e sociais da sociedade e das suas adaptações, tanto na sua configuração quanto nas relações entre os seus membros e nos papéis desempenhados (Benatti et al., 2021). Ao longo da história, como a natural integração da mulher no mundo do trabalho e novas formas de convivência familiar, a família não perdeu o seu papel, incorporando esta evolução cumprindo as suas funções (Benatti et al., 2021; Ferré-Grau, 2023b; Henriques & Santos, 2019), permanecendo inalteráveis as funções de suporte e apoio psicológico (Henriques & Santos, 2019). As suas funções são: a família como o modelo de relações humanas, como estrutura para o desenvolvimento e manutenção de seus membros, como base para equilíbrio emocional e como local de refúgio de tensões, sendo a sua compreensão essencial para a prática de enfermagem, onde o foco centrado na família promove melhores resultados de saúde. (Camargo et al., 2025)

A saúde familiar é um conceito que pode ser compreendido como o equilíbrio resultante das interações entre cada membro da família com o ambiente interno e externo, em determinado contexto social (Martins, 2023). Integra a saúde de cada membro da família bem como os aspetos do funcionamento familiar,

estando intimamente relacionada com a adaptação positiva às mudanças que acontecem na dinâmica familiar e dos seus membros ao longo do tempo (Figueiredo, 2012). Ferreira et al. (2020) definem a saúde familiar como “um estado subjetivo caracterizado pelo conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família (...) e traduz-se na capacidade da família em criar estratégias que mantenham a sua funcionalidade” (p. 8-9). Os cuidados de enfermagem focam-se na interação entre o enfermeiro e a família, sendo este o profissional que está melhor posicionado para avaliar as necessidades de cuidados de saúde e mobilizar diferentes recursos face às necessidades e expectativas das pessoas e famílias (Ferreira et al., 2021b).

A ESF enquanto disciplina com corpo de conhecimentos próprio, tem um percurso recente, tendo vindo a consolidar-se nas últimas duas décadas, assente nas disciplinas das ciências sociais, nas teorias da terapia familiar e nos modelos clássicos de enfermagem, conduzindo à mudança do paradigma do indivíduo para a família (Figueiredo, 2012). Em 1981 no II Congresso Internacional de Enfermagem realizado em Coimbra, foi proposto que os enfermeiros que exercem funções nos centros de saúde tivessem intervenções mais globais com funções adequadas às necessidades dos seus utentes ao longo do ciclo de vida (Gato, 2023). Em 2000, a OMS faz uma declaração também subscrita pelo Governo Português, que atribui aos enfermeiros um papel fundamental, para melhorar a eficácia e qualidade dos serviços de saúde, enfatizando a necessidade de reforçar as suas competências e intervenção na prestação de cuidados às comunidades e famílias (OMS, 2000). Em Portugal, a ESF iniciou-se com a implementação nos CSP de modelos organizacionais de abordagem à família nos anos 90, sendo que em 2002 é publicado pela OE o documento “A cada família o seu enfermeiro”. Este documento salientou o aparecimento de uma cultura organizacional e conceção dos cuidados de enfermagem centrados nas famílias (Figueiredo et al., 2023a). Em 2005, foi iniciada uma reforma dos CSP, com a criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários e sendo no ano seguinte regulamentada a criação das USF pelo Despacho Normativo n.º 9 de 16 de fevereiro, tendo sido reconhecido posteriormente no DL n.º 73 de 21 de junho, que os enfermeiros que a constituem

têm de deter o título de especialista em ESF (Decreto-Lei n.º 73/2017 do Ministério da Saúde, 2017). Assim, tornou-se crucial a definição de competências especializadas para a prestação de cuidados às famílias visando maiores ganhos em saúde familiar. Este percurso de afirmação está exposto na criação do título de enfermeiro especialista em enfermagem, em 2010 sendo publicado o Regulamento das Competências Específicas em 2011 (Figueiredo et al., 2023a). Em 2018, após uma alteração estatutária que surgiu da necessidade de especificar as competências da ESF no âmbito da enfermagem comunitária, foi publicado o Regulamento de Competências Específicas do EEECESF, que deverá cuidar da família como unidade de cuidados, reconhecendo a complexidade e a constante transformação do sistema familiar (Ferreira et al., 2021b). Para além disso, deve prestar cuidados específicos nas diferentes fases do CVF ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, optando por realizar uma avaliação das intervenções de modo a promover o funcionamento familiar (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). Para a sua intervenção, nomeadamente auxiliar a ultrapassar desafios, é necessário dotar os enfermeiros de meios e ferramentas que possibilitem o conhecimento e compreensão das dinâmicas familiares, incorporando na sua formação conceções teóricas de enfermagem e de outras áreas de conhecimento (Henriques & Santos, 2019). O desenvolvimento de competências permitirá ao EEECESF contribuir para o aumento da literacia familiar, fomentar a preocupação com a família no seu todo e com cada um dos seus membros, melhorando o seu funcionamento (Ferreira et al., 2021b). Na ESF onde a família é foco dos cuidados, as estruturas conceptuais de enfermagem desenvolveram-se a partir de três pilares: as teorias das ciências sociais da família, as da terapia familiar e as teorias de enfermagem (Henriques & Santos, 2019; Pires, 2023). Os modelos conceptuais e teorias de enfermagem permitiram o desenvolvimento de diferentes modelos de avaliação e intervenção familiar como o MCAF, o MCIF e o MDAIF (Pires, 2023). A aplicação de uma estrutura conceptual clara favorece a síntese dos dados, permitindo ao enfermeiro, a identificação das forças e dos problemas. O MDAIF surgiu com o propósito de aprofundar o conhecimento na área da ESF e consequentemente conduzir a ganhos em saúde efetivos (Figueiredo, 2023a). Os componentes do MDAIF e a sua matriz operativa,

constituem elementos fundamentais para a representação da visão dos cidadãos do EEECESF bem como a compreensão da complexidade da intervenção familiar e das competências requeridas, sendo o referencial para a tomada de decisão clínica nos cuidados às famílias (Ferreira et al., 2021b; Figueiredo, 2023a; Pinto et al., 2024).

O MDAIF está alicerçado no pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e tem como fonte teórica o MCAF e o MCIF; define os conceitos: família, saúde familiar; ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família, que surge como unidade de cuidados, sendo o foco tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente (Ferreira et al., 2021b; Figueiredo, 2023a). A definição de conceitos possibilita a identidade e a especificidade do modelo e os seus pressupostos e postulados, como definições teóricas e operacionais, estruturam a matriz operativa e conferem os elementos na avaliação e intervenção familiar sistémica (Ferreira et al., 2021b; Figueiredo, 2023a). O MDAIF permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de ESF (Correia et al., 2023; Ferreira et al., 2021b; Santos et al., 2024). Engloba três dimensões que permitem uma avaliação dos aspetos relevantes nos cuidados de enfermagem às famílias: a dimensão estrutural, dimensão de desenvolvimento e dimensão funcional (Figueiredo, 2023a; Santos et al., 2024).

A dimensão estrutural está relacionada com a composição da família, o vínculo entre os seus membros e entre estes e outros elementos significativos como a família alargada, assim como o contexto onde a família se insere que podem indicar riscos de saúde, ou seja classe social, edifício residencial, rendimento familiar, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico (Figueiredo, 2023a). Os instrumentos de avaliação familiar utilizados nesta dimensão incluem, o genograma, o ecomapa e a Escala de Graffar adaptada (Correia et al., 2023; Figueiredo, 2012). Com evolução e o crescimento de cada família, a dimensão de desenvolvimento surge como apoio à avaliação aprofundada das necessidades familiares que decorrem das mudanças em cada etapa do ciclo vital familiar incorporando como áreas de atenção a satisfação

conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental (Correia et al., 2023; Figueiredo, 2023a). A avaliação e intervenção que determina os padrões de interação familiar e que se centra nas tarefas familiares, está presente na dimensão funcional, sendo áreas de atenção o papel de prestador de cuidados e o processo familiar (Figueiredo, 2023a). Os instrumentos de avaliação que constituem a dimensão funcional incluem a escala de readaptação social de Holmes e Rahe, a escala de FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein (Figueiredo, 2012; Pinho et al., 2022). Cada uma das áreas de atenção integra várias categorias, as dimensões avaliativas e operativas, que auxiliam a atividade diagnóstica, sendo que a matriz operativa deste modelo apresenta os dados avaliados que irão permitir ao enfermeiro um conhecimento mais aprofundado da família e conseqüentemente uma priorização dos cuidados (Figueiredo, 2023a; Pinho et al., 2022). Além disso, no caso de um diagnóstico identificar uma necessidade da família, a matriz operativa do MDAIF apresenta propostas de intervenções associadas a cada um dos diagnósticos (Pinto et al., 2024). A aplicação do MDAIF permite identificar necessidades em cuidados, forças, recursos e competências da família e assim, propor intervenções promotoras de mudança no funcionamento da família enquanto unidade sistémica, contribuindo para a melhoria do funcionamento familiar e conduzir a ganhos em saúde familiar (Carvalho & Cardoso, 2022; Santos et al., 2024). Em vários estudos, este referencial teórico demonstrou ser uma mais-valia para a ESF, sendo que a sua utilização na prática clínica permite ganhos significativos em saúde (Ribeiro et al., 2021). Este processo desenvolve-se de uma forma colaborativa com a família, promovendo a sua capacitação para a vivência das transições ao longo do seu ciclo vital, fomentando as mudanças cognitivas, afetivas e/ou comportamentais (Ferreira et al., 2020; Figueiredo et al., 2022).

O CVF é uma cadeia de etapas onde ocorrem transformações na estrutura familiar e onde existem determinadas tarefas que as caracterizam. Os vários processos desenvolvimentais promovem o crescimento da família, sendo que estas fases se iniciam com a formação inicial da família e até que ela se dissolva (Figueiredo, 2012). Na fase de desenvolvimento das famílias com filhos adultos,

que identifica famílias em que a descendência deixa a adolescência e atinge a idade adulta, ocorrem várias mudanças (Alarcão, 2006; Relvas, 2000; Teixeira, 2023). Nesta fase a família enfrenta três tarefas principais: facilitar a saída dos filhos de casa, reavaliar e renegociar a relação do casal e aprender a lidar com o envelhecimento (Agostinho, 2009; Rocha, 2024). Assim, segundo MDAIF a avaliação familiar nesta etapa integra como categoria avaliativa: a adaptação da família à saída dos filhos de casa, concretizada com os itens avaliativos: - a redefinição das relações com os filhos; - a inclusão na família dos parentes por afinidade e netos; - a satisfação com o contacto mantido e com a relação mantida com os filhos (Figueiredo, 2012; Rocha, 2024; Soares, 2023). A compreensão e avaliação desta etapa permite a concretização de cuidados de forma antecipatória com a finalidade de promover a capacitação da família e de cada um dos seus membros bem como fomentar a coesão familiar (Rocha, 2024; Soares, 2023; Teixeira, 2023). Esta coesão possibilita a partilha de sentimentos e respeito mútuo, aceitação do erro e possibilidade de correção (Teixeira, 2023).

Os processos de transformação ao longo do CVF expõem a capacidade de adaptação, sendo que as dificuldades de funcionamento familiar estão relacionadas com os padrões de interação que se estabelecem entre os seus membros e não tanto com a sua composição (Santiago & Figueiredo, 2023). A etapa caracterizada pela chegada dos filhos à idade adulta, induz uma mudança no sistema familiar trazendo novas tarefas para os elementos da família e consequentemente provocando uma reestruturação da dinâmica familiar (Alarcão, 2006; Silva et al., 2022). Uma destas mudanças passa pelo desenvolvimento de uma relação adulto-adulto entre os filhos e os pais, havendo necessariamente uma renegociação dos sistemas conjugal e parental (Teixeira, 2023). Cada vez mais, os filhos adultos permanecem em casa sendo que a convivência familiar parental se prolonga de forma recorrente (Gerber et al., 2019). Esse fenómeno tem sido chamado de ninho cheio, com relação ao antagónico ninho vazio (Rambo et al., 2018; Silva, 2023; Vieira & Rava, 2012). Esta situação pode acontecer por vários motivos: os pais idosos vão morar com os filhos adultos, os filhos adultos permanecem na casa dos pais, preferindo sair por conta própria, ou os filhos adultos retornam à casa dos pais durante a

transição para a idade adulta (Casares & White, 2018). Vários autores enfatizam uma crescente prevalência da taxa de jovens adultos a residir em casa dos pais (Casares & White, 2018; Evans et al., 2022; Rambo et al., 2018; Seiter et al., 2024; Vieira & Rava, 2012). Termos como geração canguru e filho *boomerang* caracterizam a geração de filhos que prolongam o termo de permanência na casa dos pais (Figueiredo & Cerveny, 2012; Thomeer & Reczek, 2020). A geração canguru é descrita pelos filhos com uma média de idades entre 26 e 35 anos que ainda mora com os pais, e o filho *boomerang* refere-se aquele que, depois de sair de casa dos pais, regressa, independentemente do motivo desse regresso (Evans et al., 2022; Figueiredo & Cerveny, 2012; Wu & Grundy, 2023), sendo também definido como um filho adulto com menos de 30 anos que retorna a casa sem ser cuidador dos progenitores (Seiter et al., 2024). Outros termos podem ser atribuídos aos filhos e pais que moram juntos, sendo frequentemente chamados de *delayed families* ou *failed to launch families* havendo autores que preferem o termo re-coabitação (*coresidence*) de forma a reduzir o estigma (Evans et al., 2022). O aumento desta coabitação tem sido atribuído à formação graduada e pós-graduada prolongada no tempo, às condições socioeconómicas, a problemas de saúde mental e a situações onde há alteração do estado civil (Evans et al., 2022). Outros autores identificam outros fatores que podem estar relacionados com esta permanência, como: o investimento na vida profissional, o pouco valor dado à independência individual, a ambivalência dos pais no que diz respeito à saída dos filhos de casa, o conforto e o padrão de vida usufruídos no seio familiar, às expectativas e exigências nos relacionamentos afetivos e a dificuldade de separação entre pais e filhos (Seiter et al., 2024; Vieira & Rava, 2012).

A re-coabitação intergeracional é definida como o retorno de membros que anteriormente tinham deixado o núcleo familiar e que voltam a residir no mesmo domicílio, sendo caracterizada pelo convívio de diferentes gerações no mesmo espaço residencial (Peixoto & Luz, 2007; Thomeer & Reczek, 2020). Das várias situações que motivam o regresso a casa, há duas mais comuns: o desemprego e o divórcio (Peixoto & Luz, 2007). Sair de casa é visto como uma transição normativa para a vida adulta, juntamente com a conclusão da escola, o início de

uma carreira e o casamento, no entanto o regresso a casa dos pais não é visto como uma transição normativa, sendo frequentemente visto como um desenvolvimento negativo (Thomeer & Reczek, 2020). As mudanças em um ou mais membros provocam efeitos em todo o sistema familiar sendo que, a separação conjugal ou divórcio, com o conseqüente regresso a casa dos pais, irá influenciar dimensões pessoais, conjugais e relacionais de cada um dos progenitores (Silva, 2008). Citando Peixoto & Luz (2007): “nos momentos de crise é a família que se mobiliza para a superação dos problemas de cada um dos seus membros. (...) procura organizar a vida doméstica de forma a evitar tensões entre os seus membros e manter a harmonia familiar” (p.179). A re-coabitação induz uma nova dinâmica, tanto na organização das tarefas domésticas bem como na distribuição do próprio espaço (Peixoto & Luz, 2007). Embora se observem desvantagens significativas, incluindo conflitos frequentes com os filhos, encargos financeiros e impactos negativos nas relações sociais e conjugais, a maioria dos pais relatam satisfação com esta coesidência (Gerber et al, 2019; Wu & Grundy, 2023). Um estudo quantitativo de Wu & Grundy (2007) determinou que pode existir tensão e discórdia, mas por outro lado Casares & White (2018) indicam que os pais normalmente relatam satisfação no relacionamento e mínimo conflito, e que o tempo de lazer partilhado com os filhos adultos superou as discussões e desentendimentos. Outros autores demonstraram que voltar a morar com os pais estava associado a mais sintomas depressivos, sendo o conflito doméstico gerado devido às expectativas dos pais em relação à partilha das tarefas domésticas, à falta de independência e ao desvio das normas parentais (Hikichi et al., 2020). Além disso, os filhos adultos utilizam o regresso a casa dos pais como um porto-seguro (Seiter et al., 2024) e os pais também podem beneficiar desta coesidência, tanto em termos de apoio no dia a dia ou apoio financeiro, como do companheirismo (Gil-Moltó & Hole, 2024). Para os filhos o regresso a casa pode ter um impacto negativo introduzindo sentimentos de fracasso e de ficar para trás em relação aos pares (Wu & Grundy, 2023). Por outro lado, o regresso a casa dos pais já não é assim tão invulgar, podendo acarretar menos estigma do que no passado (Wu & Grundy, 2023). É também importante verificar que estas famílias podem

apresentar uma pressão económica, já que a instabilidade financeira pode dificultar a obtenção da independência dos filhos e novamente a sua saída de casa, marcos importantes do desenvolvimento que definem a fase com filhos adultos (Fonseca et al., 2024).

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

No presente capítulo são descritas as atividades desenvolvidas no âmbito da componente clínica, com a finalidade do desenvolvimento de competências relacionadas com a prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados e a cada um dos seus membros e com a colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, de acordo com as competências do enfermeiro especialista e específicas do EEECESF definidas pela OE (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019; Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

3.1 Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

A família desempenha um papel central na saúde e bem-estar dos seus membros, sendo que cuidar da família para a enfermagem é valorizar as interações de cada elemento face a determinadas situações que surgem ao longo do ciclo familiar (Oliveira et al., 2024). É essencial que o EEECESF estabeleça uma relação terapêutica com a família para promover uma atuação bem sucedida e manifestada em ganhos em saúde, mantendo os princípios éticos e deontológicos definidos pela OE (Decreto-Lei n.º 156/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

No decorrer do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II foram prestados cuidados a seis famílias, pertencentes à lista de famílias do EOC.

Para a prestação de cuidados às famílias utilizou-se como referencial teórico o MDAIF (Figueiredo, 2012), tendo as áreas de atenção sido selecionadas de acordo com as especificidades das famílias com filhos adultos a viver em casa dos pais. Desta forma, foi utilizado como documento de apoio uma grelha construída com base neste modelo, apresentada com o objetivo de orientar e facilitar a recolha de dados avaliativos, a atividade diagnóstica, além das

intervenções, ações que concretizam as intervenções e a avaliação dos resultados. O MDAIF especifica três dimensões de avaliação e intervenção familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012; Pinto et al., 2024). Baseia-se no processo de Enfermagem, tendo como objetivo a capacitação da família para mudanças no seu funcionamento (Pinto et al., 2024). Concomitantemente com o modelo operativo, foram utilizados vários recursos, nomeadamente, os instrumentos de avaliação familiar, a entrevista familiar sistémica (EFS) e a técnicas de intervenção ativa e técnicas de intervenção interacionais.

Os instrumentos de avaliação familiar são úteis para a compreensão da família mas também para permitir a elaboração de hipóteses sobre as áreas de atenção mais relevantes. O genograma é um instrumento desenvolvido em 1993 por Bowen e apresenta uma informação gráfica sobre o sistema familiar de fácil análise e utilização (Figueiredo et al., 2023c; Huss & Kapulnik, 2021). Pode ser efetuado na primeira consulta e pode ser completado progressivamente ao longo das várias consultas. Normalmente representa três gerações e, apesar de poderem existirem algumas diferenças na sua representação gráfica, é consensual que as mulheres se representam por um círculo e os homens por um quadrado (Figueiredo et al., 2023c; Mcgoldrick & Gerson, 2000). A simbologia utilizada é de fácil perceção, podendo a família ser motivada a participar na sua construção (Figueiredo et al., 2023c). No genograma estão representados os vínculos familiares tais como o casamento e os laços fraternais. Utilizando a mesma figura, podemos também representar os laços emocionais e relacionais intrafamiliares, representando a psicofigura de Mitchell (Figueiredo et al., 2023c; Mcgoldrick & Gerson, 2000).

O ecomapa cria uma representação visual das interações da família com os seus sistemas mais amplos, podendo ajudar os profissionais de saúde a identificar fontes de apoio e relações que provocam *stress* que podem afetar a família (Jestico et al., 2023). Evidencia as relações da família com pessoas e instituições de referência, serviços da comunidade e grupos sociais, como o local de trabalho e instituição de saúde, permitindo a compreensão destas ligações e

consequentemente permitindo a sua utilização como uma ferramenta no entendimento da família (Figueiredo, 2012).

A escala de Graffar adaptada (Amaro, 2001) avalia as condições socioeconómicas da família, possibilitando uma compreensão mais aprofundada de condições de risco e dos recursos, que possam estar associados a aspetos económicos (Figueiredo, 2012). As características do sistema familiar são elencadas a cinco itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e local de residência, sendo que, para os três primeiros, é considerado o membro da família mais bem posicionado (Alva-Peña et al., 2022; Figueiredo, 2012).

Foi utilizada a escala de readaptação social de Holmes e Rahe (Holmes & Rahe, 1967). Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de medir o impacto dos eventos de vida no *stress* e na saúde, tendo como base um passado recente (Figueiredo et al., 2023b). É composta por uma lista de eventos significativos, como o divórcio e morte na família ou mudanças de trabalho, em que os indivíduos devem indicar se experienciaram algum destes eventos no último ano (de Mello et al., 2021). Ao ser aplicada, identifica uma correlação entre situações de crise e a probabilidade de doença física (de Mello et al., 2021; Figueiredo et al., 2023b). Assim, pode considerar-se uma oportunidade em explorar as capacidades da família para lidar com situações de *stress* bem como quais os recursos internos e externos (Figueiredo et al., 2023b).

A Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES) é um instrumento de avaliação que permite avaliar o funcionamento familiar, focando-se em duas dimensões: a coesão e a adaptabilidade familiar (Figueiredo, 2012; Sequeira et al., 2021). Desde que foi desenvolvida por Olson e os seus colaboradores (1982), tornou-se uma ferramenta essencial na avaliação familiar, tendo sido utilizada em diversos projetos e avaliações clínicas (Place et al., 2005). A coesão refere-se ao grau de ligação emocional entre os membros da família e indica o nível de proximidade ou afastamento nas relações familiares, e a adaptabilidade identifica a capacidade da família para se ajustar a mudanças de papéis e regras após situações de *stress* ou transições familiares (Olson, 1982; Sequeira et al.,

2021). Esta é uma escala de autopreenchimento, que deve ser preenchida por todos os elementos da família. A escala de FACES II foi traduzida e validada para Portugal por Fernandes (1995), é constituída por 30 itens e permite identificar no âmbito da coesão se a família é desmembrada, separada, ligada e muito ligada, e no que diz respeito à adaptabilidade se é rígida, estruturada, flexível e muito flexível (Fernandes, 1995).

A EFS, que foi um dos recursos utilizados nos cuidados às famílias, está alicerçada nos pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas e da teoria da comunicação (Givropoulou & Tseliou, 2021; Figueiredo, 2023b; Zordan et al., 2012). Numa perspetiva sistémica, podemos afirmar que não existe um indivíduo, mas apenas um indivíduo e a sua família, sendo que o sistema familiar é o contexto onde se forja o nosso sentido de identidade (Asen et al., 2024). Assim, os princípios fundamentais da EFS são: a hipotetização, a circularidade e a neutralidade, centrando-se na potencialização das forças da família (Figueiredo, 2023b). A hipotetização está relacionada com a formulação de uma suposição fundamentada na informação prévia sobre a família, que serve como ponto de partida para a entrevista (Figueiredo, 2023b; Galera & Luis, 2002). A circularidade diz respeito à capacidade do profissional para orientar a entrevista baseando-se nos retornos que a família vai disponibilizando. Este mecanismo de *feedback* sustenta-se nas informações que os membros da família vão dando em resposta às questões que lhe são colocadas acerca das relações, diferenças e mudanças no sistema familiar (Figueiredo, 2023b; Wrigth & Leahey, 2000). Para tal são utilizados vários tipos de questões: lineares, questões estratégicas que permitem confrontação, questões reflexivas que são facilitadoras de novas visões e questões circulares (Asen et al., 2024; Figueiredo, 2023b; Wrigth & Leahey, 2000), que possibilitam a circulação da informação. Por fim, a neutralidade que está associada à imparcialidade do enfermeiro, que deve abster-se de qualquer juízo sobre a família ou sobre os seus membros, ou de estabelecer aliança com qualquer um deles (Figueiredo, 2023b; Galera & Luis, 2002; Givropoulou & Tseliou, 2021).

Para a prestação de cuidados à família utilizaram-se as técnicas: o ritual terapêutico, o reenquadramento, a conotação positiva e as cartas terapêuticas. Foi também planeada a utilização da técnica de intervenção ativa: escultura.

Os rituais terapêuticos identificam-se pela prescrição de determinadas tarefas que todos os elementos da família poderão participar e que têm como objetivo levar a mudanças de regras do sistema familiar (Figueiredo & Dias, 2024b; Zordan et al., 2012). Estes rituais podem ser utilizados para marcar transições importantes no ciclo de vida familiar, facilitando processos de adaptação e promovendo a resiliência (Figueiredo, 2012). Ao serem aplicados é necessário descrevê-los de forma rigorosa, de que forma serão implementados, por quem e de que forma (Wolin & Bennet, 1984; Zordan et al., 2012). Daniel (2023), exalta a importância no uso de rituais e cerimónias pessoais para aceitar a perda, gerir emoções fortes e gerir o luto, bem como a utilização dos mesmos como ferramentas que podem ajudar os profissionais a incorporar a espiritualidade e as modalidades multiculturais na prática de aconselhamento do luto.

O reenquadramento está relacionado com diferentes comportamentos que cada elemento da família utiliza para redefinir determinados acontecimentos. Ou seja, é uma técnica de mudança que vai permitir uma redefinição de experiências negativas para situações aceitáveis (Ribeiro & Figueiredo, 2023). As intervenções nos sistemas familiares que se centram na mudança do comportamento demonstraram ser eficazes na prevenção e no tratamento de situações de ansiedade, por exemplo, permitindo analisar se a família tem capacidade para se redefinir, e assim lidar com situações geradoras de *stress* (Carlson et al., 2021).

A conotação positiva é uma técnica terapêutica que visa reformular qualquer perceção negativa dentro da família, atribuindo-lhes significados mais construtivos e úteis (Figueiredo & Dias, 2023a; Pereira, 2009). Esta abordagem, reconhece que as interpretações dos comportamentos familiares influenciam significativamente as dinâmicas relacionais e o bem-estar de cada um dos seus membros (Dallos & Vetere, 2021; Figueiredo & Dias, 2023a). A utilização desta técnica promove o envolvimento de toda a família colocando todos no mesmo

plano, fortalecendo a coesão familiar (Dallos & Vetere, 2021; Pereira, 2009). possibilita aos membros da família perceberem comportamento que poderiam parecer disfuncionais, como necessários para a manutenção do sistema familiar (Figueiredo & Dias, 2023a).

As cartas terapêuticas são utilizadas no âmbito da EFS, como técnica de intervenção (Almeida et al., 2023). Segundo Marchetti & Mandetta (2016), esta técnica identifica os recursos e as forças do indivíduo e da família, impulsionando coragem, esperança e autoestima, sendo consideradas uma intervenção de enfermagem com potencial terapêutico e uma expressão de grande importância da relação terapêutica entre o enfermeiro e a família. As cartas terapêuticas ajudam a criar um espaço seguro e reflexivo, permitindo a cada membro da família reconhecer seu papel no sistema familiar e a sua contribuição para a família como um todo (Concellos, 2024; Ferreira et al., 2021a). As cartas reconhecem os sucessos, as competências e as conquistas da família, visando aliviar o sofrimento para que seja possível atribuir outro significado ao que a família está a vivenciar, permitindo também ampliar a compreensão sobre a situação, possibilitando à família lidar com os cenários de forma fortalecedora (Marchetti & Mandetta, 2016). Existem várias formas de utilizar a linguagem escrita na prática clínica, sendo as cartas escritas pelos clientes a forma preferida pelos terapeutas em contextos individuais e familiares (Concellos, 2024; Paiva & Rasera, 2012).

A escultura é uma técnica de intervenção ativa, sendo inicialmente usada em famílias a vivenciar situações de conflito (Guedes & Figueiredo, 2023). Visa representar, de uma forma tridimensional e simbólica, as relações e dinâmicas entre os membros da família (Sequeira, 2021). Geralmente, um membro da família é o escultor, pedindo aos outros elementos que representem as relações usando a postura corporal ou a expressão facial, valorizando-se a distância e a proximidade entre eles (Pinheiro-Carozzo et al., 2020). Construindo-se diferentes esculturas estão irão evidenciar as diferentes perspectivas dos membros da família, favorecendo-se a comunicação e abrindo espaço para o desenvolvimento de novos padrões relacionais (Pinheiro-Carozzo et al., 2020). É importante realçar que, esta técnica tem mais sucesso se for utilizada em

peças que são capazes de pensar de forma abstrata e metafórica (Martín, 2023).

Na perspectiva individual, recorreu-se à Entrevista Motivacional (EM) e às escalas de Morse (Morse et al., 1989) e de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965). A EM tem como objetivo modificar comportamentos, consistindo num estilo de entrevista colaborativa para fortalecer a motivação da pessoa no comprometimento de mudança (Lima et al., 2023). É um método vantajoso para suscitar motivações para realizar mudanças comportamentais no interesse da própria saúde (Lima et al., 2023).

Através de todas estas ferramentas e recursos, foi possível uma avaliação e intervenção familiar mais minuciosa, quer no que se refere às famílias, quer relativamente aos indivíduos que as compõem. Na primeira consulta, a cada membro foi explicado o objetivo da mesma e solicitada autorização para a sua realização, sendo aplicados os princípios explanados OE que incluem o respeito pela privacidade e dever de confidencialidade (OE, 2015). Desta forma, na realização deste relatório, serão omitidos os dados que permitam a identificação das famílias ou de cada um dos seus membros, que serão então identificados por uma letra ou mais letras aleatórias.

Como já foi referido, foram prestados cuidados a seis famílias: T, S, P, F, L e M sendo que neste relatório será apresentada a avaliação e intervenção familiar realizada às famílias L e M. A descrição da prestação de cuidados das restantes famílias apresenta-se no Anexo II.

A documentação dos cuidados prestados foi efetuada pelo EOC no processo familiar de cada uma das famílias, bem como no processo individual de cada elemento no SClínico® Cuidados de Saúde Primários.

Seguidamente apresenta-se cada um dos casos clínicos que incluirá a descrição e a fundamentação da tomada de decisão clínica.

3.1.1 – Família L

A família L é composta pela M de 50 anos, cozinheira numa cantina, a filha J de 29 anos contabilista, a filha H com 23 anos estudante num Curso Técnico Superior Profissional e pela L com 5 anos filha de J. Esta família composta por 3 gerações, é uma família em situação de re-coabitação intergeracional, na medida em que a filha J tinha já saído de casa, tendo regressado com a sua filha L após o divórcio. Até 2023 vivia também outro filho o V, que faleceu com 30 anos. M e J têm como antecedentes de saúde, o diagnóstico de perturbação depressiva.

Foram realizadas cinco consultas na USF, a primeira só com M, a segunda com M e H e as seguintes com H.

Composição familiar e família extensa

O genograma e psicofigura de Mitchell da família L encontram-se representados na Figura 3 e foi o resultado de respostas a questões lineares colocadas a M e H. Analisando o genograma é possível verificar o subsistema parental M e P e J e D, o subsistema fraterno J e H. Estão representados na Figura 3 os tipos de relações emocionais. M refere que tem uma relação de harmonia com P apesar do divórcio, e este sempre manteve uma ligação com as filhas, mantendo as funções do subsistema parental. M refere que tem uma relação muito próxima com ambas as filhas e com a neta. M, H e J têm uma relação forte com o irmão de M e com a esposa. M refere que “é mais do que uma irmã para mim, (...) como o meu irmão viveu comigo até casar, as minhas filhas também o veem como pai”.

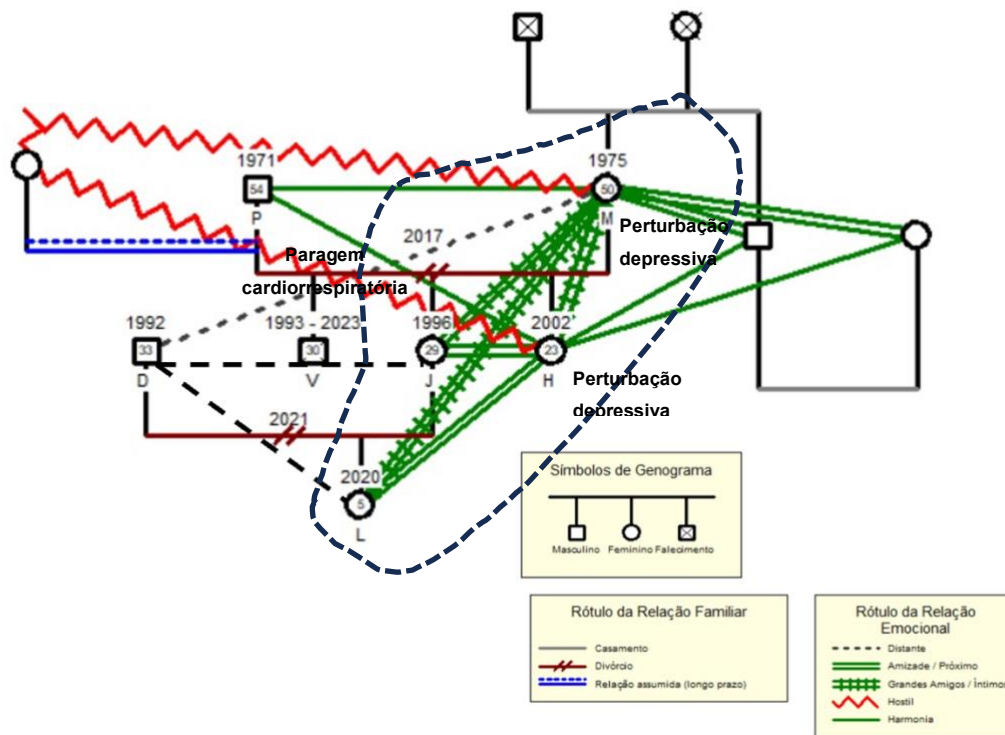


Figura 3 - Genograma e psicofigura de Mitchell da família L

Conforme a representação da Figura 3, P de 55 anos, já não vive com a família após divórcio há sete anos. Tem um relacionamento, sendo a relação da companheira de P, com o resto da família conflituosa “ela é uma pessoa tóxica” diz H. A filha J está divorciada de D de 33 anos, pai de L. Esta separação aconteceu há três anos, após situação de violência doméstica por parte de D.

No que diz respeito ao contacto com a família extensa, com P o contacto é regular, uma vez por mês com M e L, e com H uma vez por semana. Depois da morte de V, H refere que o pai “não está bem”, já que não consegue exprimir os sentimentos associados à perda do filho. O contacto da família L com P assume-se como companhia social, apoio emocional e também ajuda material e de serviço. D, pai de L, não tem qualquer relação com a família, com exceção da filha com quem tem um contacto telefónico, não regular. Não tem nenhuma função de ajuda material e de serviço, estando ainda o poder parental em análise pelo tribunal. A família extensa desempenha um papel importante no desenvolvimento e bem-estar dos indivíduos, sendo fundamental no contexto da avaliação familiar, a compreensão da sua influência e da dinâmica na família

(Souza & Fernandes, 2020). Segundo os mesmos autores, pode atuar como rede de apoio emocional e afetivo, apoio financeiro e material, transmissão de valores e cultura. A convivência com a família extensa amplia as oportunidades de socialização e aprendizagem contribuindo para o desenvolvimento cognitivo e emocional saudável, essencial para a coesão familiar (Souza & Fernandes, 2020).

Sistemas mais amplos

Após questões lineares colocadas a M e H e análise dos sistemas mais amplos, foi elaborado o ecomapa representado na Figura 4. Segundo os dados obtidos, M tem uma ligação forte com o seu local de trabalho, apesar de realçar que tem saudades do seu trabalho anterior, secretariado, sente-se bem a desempenhar as funções atuais. J trabalha como contabilista sendo também identificada por M, uma ligação forte da filha com a instituição de trabalho. Todos os elementos da família têm uma ligação moderada com a instituição de saúde. A neta L faz as consultas de vigilância na USF e os restantes membros da família têm consultas pelo menos uma vez por ano, com a médica e com a enfermeira de família. H tem uma ligação forte com a faculdade e com os amigos, apesar de ainda sentir que alguns não a compreendem após a morte do irmão. J e L têm uma ligação forte com a escola de L, sendo a mãe encarregada de educação.

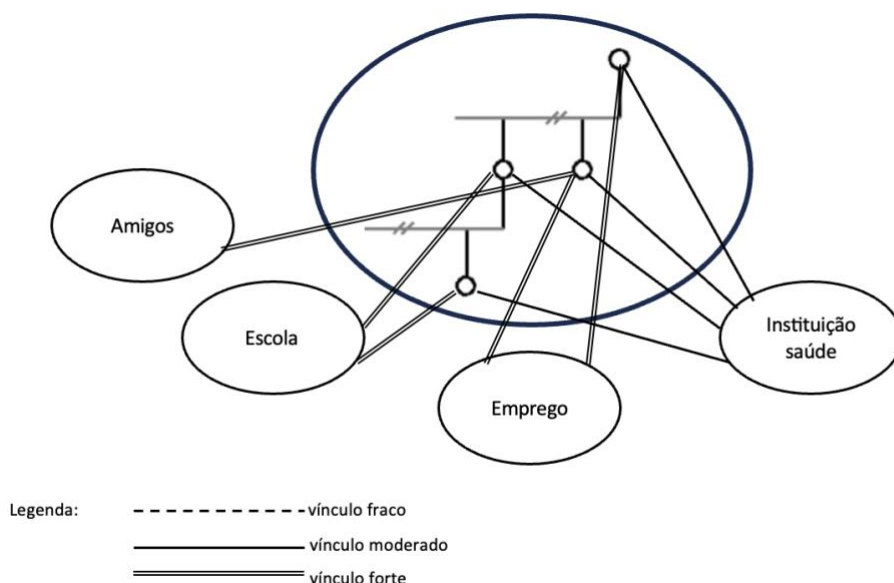


Figura 4 - Ecomapa da família L

Classe social

Avaliando a notação social, a família L pertence à classe média. Obteve-se uma pontuação de 15 pontos: a filha mais velha é contabilista (três pontos); o membro melhor posicionado (as filhas) tem como habilitações literárias o 12º ano (três pontos); os membros melhor posicionados têm rendimentos certos (três pontos); o apartamento que residem tem casa de banho, cozinha, sala e três quartos, está bem conservado, segundo M não tem humidade e tem paredes e soalho em bom estado, tem os eletrodomésticos essenciais, tem água com saneamento básico, tem eletricidade e boa ventilação e luz natural (três pontos) e a zona onde residem pode ser considerada uma zona intermédia sendo uma zona central mas num bairro de custo controlado (cooperativa) (três pontos).

As áreas de atenção distribuídas pelas três dimensões que foram avaliadas na família L, estão estruturadas na Figura 5. No âmbito da dimensão estrutural foram avaliadas todas as áreas de atenção, na dimensão de desenvolvimento foi avaliado o papel parental referente ao subsistema referente a M e, no âmbito da dimensão funcional o processo familiar. Não foi avaliado o papel parental do outro subsistema, porque não foi realizada nenhuma consulta com J.

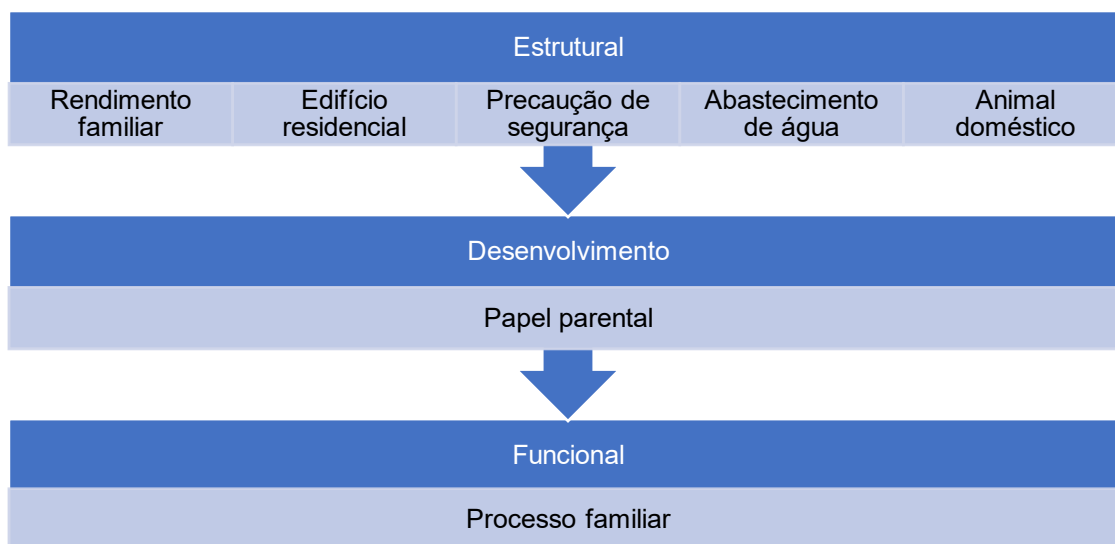


Figura 5 - Áreas de atenção avaliadas na família L

Dimensão estrutural

No que diz respeito à dimensão estrutural, na área de atenção rendimento familiar considerou-se **rendimento familiar não insuficiente**, por origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau três.

Avaliando o edifício residencial, classificado no grau três (Escala de Graffar) foi identificado o diagnóstico **edifício residencial seguro e não negligenciado**. Apesar de não ter sido efetuada visita domiciliária, foi considerada higiene de habitação com base nas informações dadas por M e H.

Na área de atenção precaução de segurança o edifício não tem barreiras arquitetónicas, o tipo de aquecimento é o aquecedor elétrico e o abastecimento de gás canalizado. Quando questionada sobre a utilização dos equipamentos como o aquecedor elétrico, M referiu não ter qualquer dificuldade, referindo que como há uma criança em casa têm sempre muito cuidado com os aparelhos de aquecimento, nomeadamente manter o aquecedor longe da água para evitar curtos-circuitos e choques, não o deixar ligado sem supervisão, não colocar nenhum objeto em cima do aquecedor e desligar o aparelho da tomada quando não está em uso. Relativamente ao gás canalizado, M refere que tem um seguro que faz uma vistoria anual às ligações de gás. Também referiu alguns cuidados na sua utilização, nomeadamente garantir uma ventilação adequada no ambiente para evitar a acumulação de gases e não armazenar materiais inflamáveis perto dos aparelhos a gás. O diagnóstico é **precaução de segurança demonstrada**.

O edifício residencial possui abastecimento de água por rede pública, sendo o **abastecimento de água adequado**.

A família tem um animal doméstico, uma gata que não sai do domicílio, tem uma vigilância regular no veterinário, com vacinação dentro das recomendações do profissional e desparasitação mensal, sendo o **animal doméstico não negligenciado**.

Dimensão de desenvolvimento

No que diz respeito à dimensão de desenvolvimento, considerou-se que esta família desenvolve tarefas na etapa de desenvolvimento família com filhos adultos. As famílias nesta etapa passam por várias mudanças, como o desenvolvimento de uma relação adulto-adulto (Relvas, 2000), com a aceitação dos pais da maturidade e autonomia dos filhos e com a vontade para aceitar novas pessoas na família, como parentes por afinidade e netos (Figueiredo, 2012; Teixeira, 2023). Esta etapa conduz a transformações do sistema familiar trazendo novas tarefas para os seus membros, provocando uma reestruturação da dinâmica familiar (Silva et al., 2022). A situação de coresidência afeta as relações dos que vivem juntos, especialmente no que diz respeito às trocas de apoio entre pais e filhos (Gerber et al., 2019). Estas relações são caracterizadas como ambivalentes, podendo concorrer ao mesmo tempo atributos positivos e negativos, sendo que o relacionamento anterior afeta a forma como os pais e os seus filhos se relacionam, aquando deste regresso a casa (Gerber et al., 2019).

Avaliando o papel parental, relativamente ao conhecimento sobre as tarefas da etapa desenvolvimental, questionou-se “Considera que as suas filhas são autónomas e se sim, que conquistas lhes reconhece?” em que M refere: “ a J já tem a vida dela, mas a H ainda depende da mãe... aos poucos está a conquistar o seu caminho, já tirou a carta e é independente na ida para a escola, já confio mais nela quando sai com os amigos...”. O retorno dos filhos adultos a casa dos pais, provoca novas dinâmicas, na organização das tarefas domésticas bem como na distribuição do espaço de cada elemento da família (Peixoto & Luz, 2007). Quando questionada acerca das mudanças familiares que ocorreram quando a filha J regressou a casa M referiu “quando a J passou pela situação de separação até acho que nos aproximámos... mas nós sempre a apoiamos, nessa fase tão difícil...”.

Avaliando os comportamentos de adesão e adaptação à saída dos filhos de casa M sempre se sentiu facilitadora da situação, tanto da saída como do regresso de J, bem como assume, sem qualquer entrave, a saída de H no futuro. Analisando esta etapa, a coesão familiar é fomentada com a possibilidade do envolvimento

de outras pessoas que até então, não pertenciam ao núcleo familiar (Teixeira, 2023). Quando questionada acerca da inclusão na família dos parentes por afinidade, M responde: “como a separação deles foi após situação grave ainda está tudo em tribunal... não temos nenhum contacto. Mas antes disto acontecer sempre acolhemos o D na nossa família...”. Relativamente à neta L, M assume uma relação muito próxima com a neta já que vive com ela, reforçando que não sabe como seria se não conseguisse estar com ela todos os dias. Quando questionada se se sente sobrecarregada com as funções parentais com questões lineares e reflexivas, M responde “sempre vivi para os meus filhos, estarei sempre cá para os ajudar...” No que diz respeito à avaliação do conflito e saturação do papel, utilizou-se perguntas lineares, tendo M afirmado que não sentia dificuldades em conciliar os papéis e as tarefas desempenhadas ou sobrecarga associada ao papel parental.

Nesta família, a situação de regresso da filha mais velha a casa, pode ser considerado um fator de proteção para as consequências negativas de estar/ficar sozinho (Lee & Kim, 2022), neste caso para M, já que se prevê a saída no futuro da filha H, corroborando que a maioria dos pais coresidentes relatam satisfação com esta situação (Gerber et al, 2019). Não foi possível avaliar o consenso do papel. Considera-se após a atividade diagnóstica, **papel parental adequado relacionado com conhecimento do papel demonstrado, comportamentos de adesão demonstrados e não saturação e conflitos do papel.**

Dimensão funcional

Na dimensão Funcional, foi avaliada a área de atenção Processo Familiar, nas dimensões operativas: comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares.

Aplicou-se a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, sendo que o resultado obtido na escala referente aos acontecimentos nos últimos 12 meses foi de 208, correspondendo a 50% de probabilidade de incidência de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica. É importante identificar este risco no âmbito da avaliação familiar e explorar as capacidades da família para lidar

com situações de *stress*, considerando para tal a sua estrutura, os recursos internos e externos e o significado atribuído a essas situações, nomeadamente no caso desta família em que houve a morte de um familiar próximo, acidente ou doença grave, filho que abandona o lar, alteração dos hábitos pessoais, mudança de diversões, mudança de atividades sociais e férias.

No que diz respeito à **comunicação familiar**, avaliou-se a comunicação emocional identificando a pessoa que na família expressa mais os sentimentos. M e H identificam a mãe como a pessoa que mais expressa os sentimentos mas ambas também identificam V como a pessoa que mais o fazia, antes de falecer. Quando questionada se a família tem falado sobre a morte de V, foi colocada uma questão circular, e M refere “quando o meu filho morreu, não deitei uma lágrima... se naquela altura me cortassem toda eu nem sentia... amanhã faz um ano que ele morreu... e ainda me parece que ele ainda não foi..., nem falamos sobre isso”. Referem também, relativamente a J, esta não exprime o que sente. Ou seja, os membros da família L não estão satisfeitos e muitas vezes não aceitam o modo como cada um exprime os sentimentos. A boa comunicação familiar envolvendo mensagens claras e diretas, a expressão aberta de emoções bem como a congruência verbal-não verbal está entre os principais facilitadores do funcionamento e da resiliência familiar (Fonseca et al., 2024). Ainda no âmbito da comunicação emocional, o impacto que os sentimentos de cada um têm na família não é favorável. Alguns comportamentos da filha J que desvaloriza a perda do irmão e a filha H que não consegue aceitar a sua morte. Quando questionada acerca se todos são claros quando comunicam, M refere “a H vai fazer anos... e quer fazer tudo em homenagem ao irmão, vou fazer este bolo porque era o preferido dele.. vou pôr este boneco no bolo porque era o que ele gostava, ela está a pensar fazer tudo não para ela, mas para o irmão (...) por um lado é bom mas eu também já acho que é exagero...”. Quando colocada a questão se já disse isso à filha, M disse que não a quer magoar. A morte é uma perda concreta, e ao mesmo tempo é um fenómeno com vários estigmas como a ideia de que é uma situação incomum ou atípica, sendo muitas vezes silenciada (Rocha & Negreiros, 2024). Da mesma forma o luto é de difícil

definição, assumindo-se um conjunto de emoções, como a ansiedade, o medo, culpa e sofrimento (Cotrim & Figueiredo, 2023).

No âmbito da comunicação circular M refere que consegue partilhar com a filha H, e também entre elas, o que sentem: “um dia a H chegou a casa e disse-me, fiz uma coisa que não vais gostar... era uma tatuagem de homenagem ao irmão... ela pensou que eu ia ficar zangada, mas eu disse-lhe que também queria fazer uma, e fiz... Sobre a filha J, refere que também tem crises de ansiedade mas não consegue falar com a mãe e com a irmã. M refere: “é uma coisa boa falarmos sobre ele... sentimo-nos mais juntas...”. Considera-se **comunicação familiar não eficaz manifestada por comunicação emocional, comunicação verbal/não verbal e comunicação circular não eficazes**.

Avaliando o **coping familiar**, M fala sobre H “o irmão era como um pai para ela... ainda mais depois do nosso divorcio apegou-se muito ao irmão”. Relativamente a H, M diz: “Já falei com a médica de família para mandar a minha filha para o psicólogo (...) mas ela veio à doutora e ela deu-lhe medicação”. Quando questionada sobre o irmão, H assume que era muito “apegada a ele, vivia muito em função dele, estudava com ele, escolhia roupa com ele... Quando ele adoeceu eu também fui com ele, não o queria deixar sozinho...”. Sobre J, a mãe diz que se faz de forte, mas também não está bem. Ambos os membros da família conseguem identificar os problemas, mas neste momento só M tem a iniciativa de os resolver. Apesar de M e H falarem sobre o luto que estão a vivenciar, ambas identificam que J não consegue discutir com elas sobre a situação que estão a vivenciar, e muito menos recorrer a recursos externos para resolver o que sente. Ambas referem que já ultrapassaram outras situações difíceis em família, nomeadamente os divórcios, mas que a falta de V não ser fácil de ultrapassar. Identifica-se o **coping familiar não eficaz relacionado por solução de problemas não eficaz**.

No âmbito da avaliação de **interação de papéis familiares**, na família L é M que assume o papel de gestão financeira e de provedor, sendo que J participa também nos rendimentos familiares. Este papel é consensual entre os membros da família e não foram identificados conflitos ou saturação do mesmo.

M, H e J partilham o papel de cuidado doméstico, sendo que M e H não se sentem sobrecarregadas com esta partilha de papel nem há nenhum conflito no mesmo. A sobrecarga do trabalho doméstico pode se refletir de forma negativa na saúde a nível físico, mental, emocional e social, com impacto na qualidade de vida da pessoa e consequentemente na família (Marques, 2022).

Não foi identificado em nenhum elemento da família o papel recreativo. A transição situacional da morte de V implicou na família um reajuste do sistema familiar e consequentemente dos papéis familiares. Era V que assumia o papel recreativo, já que era ele que tinha a iniciativa de atividades lúdicas e incentivava a prática de atividades familiares, era mesmo o elo principal de ligação entre a família e P. M refere “O meu filho era a alegria da casa” e H diz “eu saía sempre com o meu irmão... os amigos dele eram os meus amigos, agora custa-me muito sair porque sempre que encontro alguém conhecido lembro-me dele e lembro-me que não vou estar mais com ele...”. Na **interação de papéis familiares considerou-se não eficaz por papel recreativo não eficaz.**

Ainda se avaliaram as crenças familiares considerando que estas orientam os comportamentos, podendo ser facilitadoras ou dificultadoras, por um lado ajudar na atribuição de um significado positivo à mudança, ou por outro contribuir para uma rigidez de pensamento e atitude face à mudança (Figueiredo, 2012). Esta família vivenciou um processo de luto, em que as crenças familiares desempenham um papel fundamental, influenciando a forma como membros da família interpretam e enfrentam a perda de um ente querido (Soledade & Souza, 2021). Enraizadas em valores culturais, religiosos e experiências pessoais, moldam as respostas emocionais e comportamentais, podendo facilitar ou dificultar a adaptação à nova realidade (Souza et al., 2022), tornando-se essencial a validação das crenças. No que refere às crenças espirituais, relacionadas com a procura de um sentido de continuidade da família, M sente uma profunda injustiça de lhe terem levado o seu filho “há aí tanta gente má, porque é que levam estas pessoas boas... e a lei da vida não é ver um filho morrer” Estas crenças integram a esperança e as experiências de vida (Figueiredo, 2012). M verbalizou “quando o V morreu não deitei uma lágrima...quem me visse dizia que eu não estava a sentir nada...”. Relativamente

à perda, está enraizado como crença cultural que o indivíduo demonstre todo o seu sofrimento, toda a sua angústia e depressão e que, se não o fizer poderá ser sujeito a atribuições negativas pela sociedade ou pensar que está a negar a perda (Andrade et al., 2008). As crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde integram as expectativas que a família tem sobre a contribuição destes profissionais na promoção da saúde familiar (Figueiredo, 2012). Durante as consultas realizadas, por várias vezes foi verbalizado por M e H, que sentem que a médica de família não valorizou o falecimento do V. H diz mesmo que, nunca nenhum profissional lhe perguntou como se sentia com a doença do irmão, nunca se sentiu acompanhada nessa altura nem depois da morte.

Com base na avaliação efetuada definiu-se o diagnóstico **Processo Familiar Disfuncional relacionado com comunicação familiar não eficaz, coping familiar não eficaz e interação de papéis não eficaz manifestados por comunicação emocional, comunicação verbal/não verbal, comunicação circular, solução de problemas e papel recreativo não eficaz.**

No Quadro 1, estão descritas as intervenções desenvolvidas para os diagnósticos identificados.

Quadro 1 - Intervenções desenvolvidas na família L, por diagnóstico de Processo Familiar Disfuncional

Diagnóstico: Processo Familiar Disfuncional	
Comunicação familiar não eficaz	- Promover a comunicação expressiva de emoções
Coping familiar não eficaz	- Promover o envolvimento da família
Interação de papéis não eficaz	- Promover estratégias adaptativas/ <i>Coping</i> na família - Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família - Planear rituais na família

Promoção da comunicação expressiva de emoções

A promoção da comunicação irá permitir aos elementos da família, o traçar de novos objetivos após a ausência da pessoa que morreu, a coesão, a expressão de afeto e uma boa comunicação que podem ser considerados como atenuantes nos sintomas de luto (Delalibera et al., 2015). Em 2023, a família L perdeu um dos seus membros, estando a vivenciar o luto desta perda, impondo mudanças significativas que podem influenciar o bem-estar físico, emocional, cognitivo, económico e social de todos os seus elementos (Delalibera et al., 2015; Cotrim & Figueiredo, 2023). Além de que, a pessoa que mais expressava os sentimentos era o familiar que faleceu, ele era também um elo de ligação entre todos os elementos da família. Devemos considerar as diferentes formas como cada um dos membros expressa os seus sentimentos tendo em conta que J é muito mais contida na expressão dos mesmos e H não consegue pensar na sua vida sem pensar no que o irmão acharia. As famílias revelam dificuldades em recorrer aos recursos da comunidade, menor capacidade funcional no trabalho, e conseqüentemente um processo de luto mais complicado, sendo que os conflitos familiares também poderão ser um fator que poderá fomentar o desenvolvimento de um luto patológico (Delalibera et al., 2015). Foram colocadas questões circulares: “como é que cada membro da família percebe como cada um está a lidar com esta perda?”; “de que forma a ausência do V afetou as interações entre cada uma de vocês?”; “quem na família tem sido o maior apoio durante este período?”; “como acha que cada elemento da família vê a sua forma de expressar o luto?”. Estas perguntas permitiram uma reflexão de M e H sobre a perspectiva de cada uma mas também sobre o ponto de vista de J. Esta ponderação vai fomentar a compreensão mútua e facilitar o processo de luto. M refere que consegue perceber o sofrimento de ambas as filhas, mas reforça que J não exprime o que sente. Identifica também que, desde a morte de V está mais próxima das filhas e da neta. Identificou também um apoio fundamental do irmão e da cunhada, mas também do ex-marido P. H refere que “eu faço questão em fazer-lhe as minhas homenagens e há pessoas que criticam... mas eu não quero saber... eu tenho um boneco que era do meu irmão e gosto de estar com ele, até o visto... eu sei que não é ele mas faz-me lembrar

o meu irmão e sinto que estou mais próxima dele...”. Ambas M e H, ao partilharem as suas emoções, referem uma satisfação na forma como exprimem os seus sentimentos e aceitaram que nem todos os membros da família os expressam da mesma forma. Apesar de não estarem presentes todos os membros da família, considerou-se favorável a satisfação e aceitação de M e H relativamente ao modo como J exprime os seus sentimentos, atenuando e melhorando o impacto que os sentimentos de cada um tem na família

Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família /Promover o envolvimento da família

Utilizou-se a técnica de conotação positiva, considerando que fomenta o envolvimento de toda a família e reformula as perceções negativas (Figueiredo & Dias, 2023a; Pereira, 2009). Nesta técnica interacional, o profissional classifica como positiva qualquer situação que à partida é negativa, aumentando assim o potencial de mudança da família, sendo orientada para a centralização do foco em causas positivas em detrimento das negativas (Figueiredo & Dias, 2023a). Na entrevista à família L, foi utilizada esta técnica, sendo sugerido: “Vejo que a vossa tristeza demonstra o quanto V era amado e a importância que tinha na vossa vida”. M e H reagem positivamente, reforçando e aceitando esta afirmação. Relativamente à outra filha, foi dito “parece-me que J tem evitado falar sobre a perda do irmão, talvez vocês estejam a tentar manter um ambiente estável para que todas se sintam seguras...”. Neste sentido H e M verbalizaram que concordavam e que ao pensar desta forma já compreendiam as atitudes de J. No que diz respeito à comunicação circular, durante as consultas foi possível favorecer a comunicação entre M e H, sendo possível avaliar esta abertura através da comunicação não verbal de cada uma sendo também verbalizado por H numa das consultas, que se sentia mais próxima da mãe e da irmã.

Planear rituais na família

Todas as famílias têm rituais que são fundamentais para o seu funcionamento, sendo que estes poderão ser utilizados de forma terapêutica (Figueiredo & Dias, 2024b). Os rituais familiares estão ligados ao bem-estar individual e familiar em diferentes fases de desenvolvimento, sendo ferramentas organizadores da vida

familiar, os rituais familiares apoiam a estabilidade da família em momentos de *stress* (Fonseca et al., 2024). No que diz respeito à prescrição de um ritual terapêutico, este tem como objetivo criar novas regras/intervenientes que substituam de forma subtil as anteriores, estabelecendo novos padrões familiares (Figueiredo & Dias, 2024b). Os rituais terapêuticos têm como objetivo levar a mudanças de regras do sistema familiar (Zordan et al., 2012). Do ponto de vista terapêutico, esta prescrição procura estabelecer novos padrões familiares, abordando o conflito entre as regras verbais e analógicas com o objetivo de promover mudanças comportamentais (Wolin & Benett, 1984). Foi sugerido aos elementos da família L durante a consulta, que recordassem alguma atividade em conjunto que os fizessem sentir-se uma família. Uma das atividades que H e M identificaram foi o assistir a corridas de *drift*, já que V tinha um carro preparado para estas competições, tendo participado no campeonato nacional. H refere que ficou com o carro do irmão, que nunca mais foi usado, nem nunca mais nenhum elemento da família esteve numa prova desta natureza. Antes da morte do irmão toda a família o acompanhava nas provas, até P o fazia mesmo depois do divórcio. Foram questionados sobre a possibilidade de retomar esta atividade em conjunto e qual o significado que teria para cada um dos membros e que impacto teria na família como um todo. Inicialmente M refere que seria muito estranho regressar a um sítio onde foram tão felizes, e H assume o mesmo sentimento identificado pela mãe mas acrescenta que seria uma boa ideia até para a sobrinha L que ia gostar de ver os carros. M acrescenta, “tens razão, até porque recordar é viver, e era uma forma de não nos esquecermos dos bons momentos”. O objetivo da proposta desde ritual é a criação de novas narrativas e memórias, utilizando uma situação anterior vivenciada pelos membros da família e assim estabelecer um novo padrão familiar. Devido ao termo da componente clínica não foi possível avaliar os resultados finais desta prescrição, já que na última consulta efetuada H reforçou que iriam retomar as idas às corridas mas que ainda não o tinham feito. A EOC vai dar continuidade a estes ganhos na comunicação e *coping* familiar. No que diz respeito à interação dos papéis familiares não se considerou eficaz, na medida em que os membros da família não conseguiram ainda identificar e reformular o papel recreativo

representado até agora por V. Identificam-se assim ganhos em saúde, já que apesar de não se terem avaliado os resultados em todos os membros da família, consideram-se dados parcelares com a alteração dos diagnósticos **comunicação familiar eficaz, coping familiar**. Manteve-se o diagnóstico **Processo Familiar Disfuncional relacionado com interação de papéis não eficaz manifestados por papel recreativo não eficaz**.

Prestação de cuidados aos membros individualmente

Dentro das competências específicas do EEECESF, este cuida da família e de cada um dos seus membros, focando-se também na saúde individual. No plano de cuidados individuais, foram efetuadas atividades diagnósticas de M e H, já que J e L não compareceram a nenhuma consulta. A taxonomia utilizada foi a CIPE® (ICN, 2021), parametrizada no SClinico-CSP®.

A M foram identificados os seguintes diagnósticos: adesão à vacinação demonstrada; sem uso de contraceptivos comprometido, comportamento de procura de saúde demonstrado; comportamento de adesão ao rastreio demonstrado; **obesidade; conhecimento sobre complicações: não demonstrado; conhecimento sobre dieta: não demonstrado; autocuidado: atividade física: comprometido**; tristeza. Foram implementadas as seguintes intervenções: ensinar sobre complicações, ensinar sobre dieta, incentivar hábitos alimentares saudáveis e referir para o serviço de nutrição. M manifestou vontade e motivação para perder peso. Foi articulado com o médico de família da utente, que encaminhou por procedimento interno para o nutricionista da URAP. M demonstra motivação para a mudança de comportamento, e foram realizadas intervenções no âmbito ensinar e instruir sobre exercício físico de acordo com as orientações do Programa Nacional Promoção Atividade Física (PNPAF, 2020), realizar atividade física regular, pelo menos 150 a 300 minutos semanais de atividade moderada ou 75 a 150 de atividade física vigorosa. Na consulta seguinte, M refere que iniciou caminhadas três vezes por semana e, já se inscreveu na hidroginástica, estando a aguardar vaga. Sendo possível alterar o status do diagnóstico relacionado com o **autocuidado: atividade física: não**

comprometido; no âmbito da obesidade: conhecimento sobre complicações: demonstrado e conhecimento sobre dieta: demonstrado.

Na colheita de dados e avaliação de H, foram identificados os seguintes diagnósticos: adesão à vacinação demonstrada; sem uso de contraceptivos comprometido, conhecimento sobre o planeamento familiar, comportamento de procura de saúde demonstrado; **obesidade; autocuidado: atividade física não demonstrado, abuso no uso de tabaco; ansiedade; auto controlo: ansiedade comprometido.** H fuma 10 cigarros por dia, sendo o calculo de UMA (unidades/maço/ano): 1,5. Foram realizadas as intervenções: aconselhar sobre o uso de tabaco e encorajar a diminuir o uso de tabaco. Não foi realizada uma intervenção breve nem agendada uma consulta de EM tendo em conta a fase do processo motivacional. H está na fase de pré-contemplação já que, apesar do consumo de risco não considera a possibilidade de mudar os seus consumos e não tem consciência dos seus efeitos (Babor & Higgins-Biddle, 2001). Na primeira consulta com H, verbalizou várias situações de crises de ansiedade, referindo que a ansiedade tem controlado o seu dia-a-dia interferindo na sua capacidade na atividade escolar e no descanso, tendo dificuldade em concentrar-se na escola e adormecer. Foram implementadas as intervenções: disponibilizar suporte emocional, ensinar sobre ansiedade, encorajar expressão de crenças, escutar e assistir a identificar estratégias de auto controlo: ansiedade. Na terceira consulta foi pedido a H para escrever uma carta à sua ansiedade, como o objetivo de identificar as causas e possíveis intervenções de autocontrolo. No controlo não farmacológico da ansiedade o enfermeiro deverá ser facilitador ajudando a utente no desenvolvimento de estratégias de *coping*, treino do auto-controlo, identificação de técnicas de controlo da ansiedade (Lourenço et al., 2023). Além disso, articulou-se com o médico de família o encaminhamento para a psicóloga da URAP. Referiu que uma das estratégias que chegou a usar para ultrapassar as situações de ansiedade foi o ir a ginásio. Utilizando este exemplo positivo de resolução de problemas no passado, H foi incentivada a voltar a fazer exercício físico. A atividade física além de reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares e a incidência de várias doenças como DM tipo 2 e doenças cardiovasculares, melhora a saúde mental reduzindo

os sintomas de ansiedade e depressão, o funcionamento cognitivo e o sono (PNPAF, 2020). Ao longo das consultas foi possível perceber que H já conseguia verbalizar com mais facilidade os seus sentimentos de frustração, deixando de parte os sentimentos de solidão e melhorando o autocontrolo da ansiedade. Na última consulta, foi questionado a H como se sentia desde a última vez, ao qual era referida “agora acho que já sinto... no último ano parece que deixei de sentir-me pessoa, parecia que não estava cá, mas vejo isto como um processo”. Referiu também que a estratégia proposta de escrever uma carta à sua ansiedade lhe permitiu identificar e estratificar o que se estava a passar. Sente que consegue ter um autocontrolo sobre a sua ansiedade, identificando-se o diagnóstico **auto controlo: ansiedade não comprometido**.

3.1.2 – Família M

A família M é composta pelo casal, F de 75 anos, reformado tendo exercido funções como administrativo e M com 72 anos, reformada da profissão de segurança. Têm dois filhos, o filho mais velho D de 49 anos que trabalha como segurança e o J com 43 anos, engenheiro informático, a exercer funções na sua área. Neste momento ambos os filhos vivem com os pais, apesar de D ter saído para constituir a sua família em 2016 e ter regressado em 2020 a casa dos pais, após divórcio. F e M têm ambos diagnóstico de HTA, sendo que M tem um diagnóstico de epilepsia e F de doença neurológica. Devido a esta configuração familiar, considerou-se uma família em re-coabitação intergeracional.

Foram realizadas quatro consultas, as duas primeiras no domicílio com a presença de M e F. As consultas seguintes foram efetuadas na USF com a presença de F.

Composição familiar e família extensa

O genograma e psicofigura de Mitchell encontram-se representados na Figura 6, sendo realizado após respostas a questões lineares colocadas a M e F.

Analisando a Figura 6, a família M é constituída pelo subsistema conjugal e parental F e M e os filhos de ambos D e J, como subsistema fraterno. No que se refere à família extensa salienta-se que está também representado o neto deste casal, DU de oito anos, filho de D que atualmente não vive com o pai. A mãe de DU, ex-mulher de D, é L de 46 anos. Nesta Figura também estão representadas os tipos de relações emocionais, nomeadamente uma relação distante entre F com a nora L bem como uma relação hostil entre M e L e D e L. Depois do divórcio, os pais de D nunca mais tiveram qualquer contacto com a ex-nora, mas durante as consultas enquanto F demonstrou sentimentos de desvalorização da relação, M verbalizou várias vezes a hostilidade que sente por L. M refere “ela fez muito mal ao nosso filho, como é advogada ficou-lhe com tudo...”. Os pais também referiram vários problemas na relação de D com L, devido a várias divergências provocadas pelo divórcio e por não concordância face à relação de D com DU. D tem uma relação muito próxima com o filho. Com os pais a relação é instável, com vários períodos de discórdia, alternados com períodos de indiferença. Entre os irmãos D e J, foi também identificada uma relação de hostilidade, referida pelos pais.

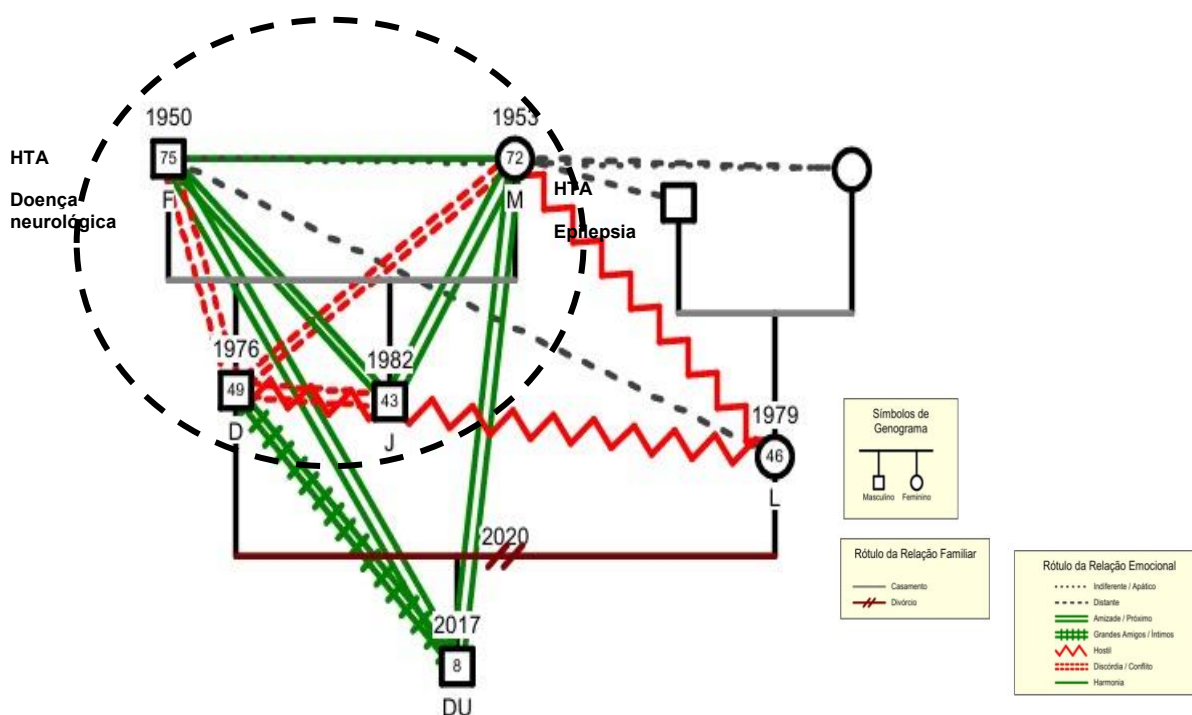


Figura 6 - Genograma e psicofigura de Mitchell da família M

D está divorciado há cinco anos, conforme a Figura 6, sendo que após esta rutura voltou para casa dos pais, e o filho DU ficou a viver com a mãe. DU tem contacto semanal com todos os elementos da família, já que uma vez por semana o pai vai buscá-lo à escola para jantar em casa com a restante família e passa quinzenalmente o fim de semana em casa dos avós/pai. F refere “a nossa casa não é muito grande mas transformámos uma pequena sala que tínhamos para ser o quarto do D e quando o nosso neto vem cá dorme com ele”. M diz “o DU é a luz que ilumina esta casa...”. Relativamente aos avós maternos do DU, há uma relação de indiferença. Segundo M, “não tivemos mais nenhuma relação desde que se separaram, eu sei que eles ajudam a L a cuidar do nosso neto e isso para nós é o suficiente”.

Sistemas mais amplos

Após a identificação dos sistemas mais amplos da família M, foi elaborado o ecomapa representado na Figura 7. Todos os membros da família referem ter um vínculo fraco com os vizinhos, apesar de residirem no mesmo local há quase 40 anos, “as pessoas vão e já não voltam, agora uns morrem e quem vem de novo não quer saber de ninguém...”. M e F têm uma ligação muito forte e com impacto na família com a instituição religiosa, vão todos os domingos assistir à cerimónia e ambos os irmãos acompanham os pais nos momentos mais importantes na congregação. No que diz respeito aos serviços de saúde, M e F fazem as consultas de vigilância semestralmente na USF com a médica e com a enfermeira de família, D e J só ocasionalmente procuram a USF.

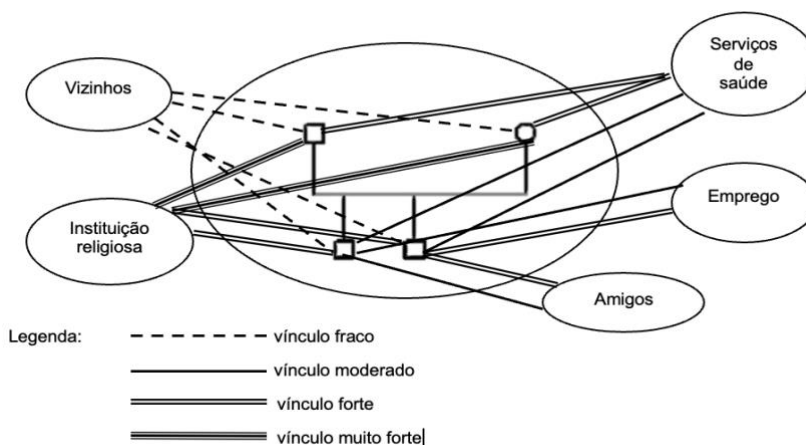


Figura 7 - Ecomapa da Família M

J tem uma ligação forte com o seu local de trabalho, onde já exerce funções há vários anos. D esteve desempregado e só está no emprego atual há dois meses, tendo um vínculo moderado. Os pais referem que D nunca conseguiu exercer funções na sua área, já que é licenciado em Direito. J tem um núcleo de amigos com quem contacta com regularidade e neste momento não tem nenhum relacionamento amoroso, segundo os pais. D mantém o contacto com alguns amigos, ocasional.

Classe social

Avaliando a notação social da família M, esta pertence à classe média alta com uma pontuação de 12 pontos. Considerando o membro melhor posicionado, o filho mais novo exerce funções de engenheiro informático (dois pontos); considerando o membro melhor posicionado, os filhos têm como grau de instrução uma licenciatura (um ponto); o elemento mais bem posicionado tem vencimentos certos, mas não superiores a 10 vezes o salário mínimo nacional (três pontos); a moradia onde residem tem casa de banho, cozinha, sala e três quartos, está bem conservada, tem os eletrodomésticos essenciais, tem água com saneamento básico, tem eletricidade, boa ventilação e luz natural (três pontos) e a zona onde residem pode ser considerada uma zona intermédia já que é uma zona mais antiga, com casas mais humildes (três pontos).

As áreas de atenção avaliadas na família M, distribuídas pelas três dimensões, estão estruturadas na Figura 8. Tendo em conta o subsistema conjugal e parental, na dimensão de desenvolvimento foi avaliada a satisfação conjugal e o papel parental. No âmbito da dimensão funcional foi avaliado o processo familiar, considerando-se que não existia nenhum membro na família dependente no autocuidado, ou seja nenhum membro desempenhava o papel de prestador de cuidados.

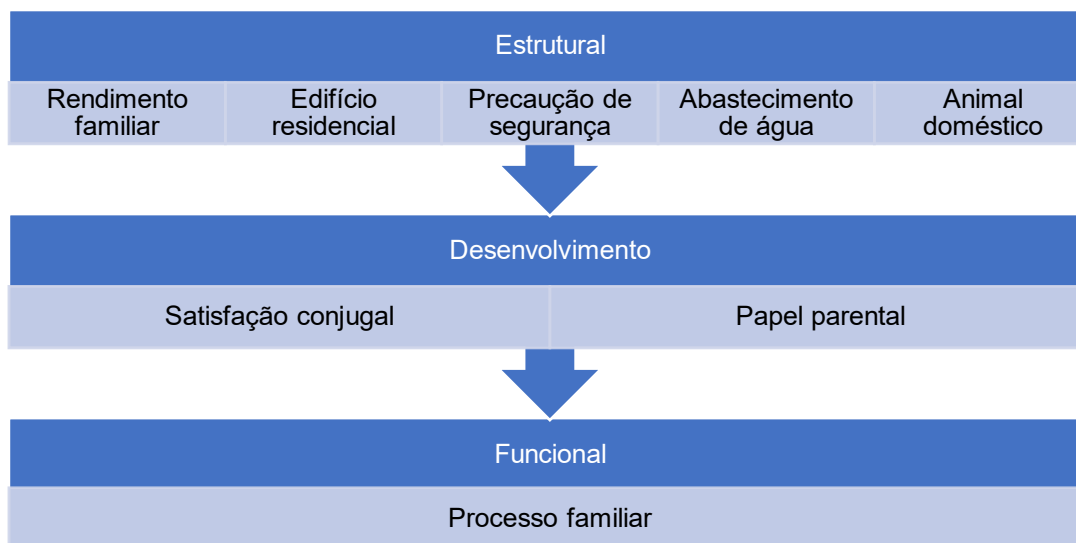


Figura 8- Áreas de atenção avaliadas na família M

Dimensão estrutural

No que diz respeito à dimensão estrutural, na área de atenção rendimento familiar, como já foi referido anteriormente, quanto à sua origem situa-se no grau três. Considerou-se assim, o diagnóstico de **rendimento familiar não insuficiente**.

Avaliando o edifício residencial, classificado no grau três foi identificado o diagnóstico edifício **residencial seguro**. Todo o espaço tem sinais evidentes de higiene e limpeza, com condições de salubridade ambiental. Verificou-se ausência de aglomeração de louça suja, ausência de objetos espalhados pelo chão e ausência de roupa acumulada pelas divisões da habitação. Quando questionada M refere “sou eu que faço as limpezas diariamente... faço no meu vagar...”. A família reside numa moradia com rés do chão e primeiro andar com três quartos com janela, uma sala e uma cozinha, duas casas de banho, uma em cada andar. Assim, identifica-se o diagnóstico edifício **residencial seguro e não negligenciado**.

Na área de atenção precaução de segurança identificou-se no edifício barreiras arquitetónicas já que tem umas escadas para o primeiro andar com corrimão onde são os quartos do casal e de J, e na sala e entrada de casa foram identificados tapetes não seguros. Entende-se por barreiras arquitetónicas, todo

o tipo de elementos de construção ou edificação possa limitar ou até impedir na totalidade a mobilidade dos indivíduos com deficiência ou com alterações na mobilidade, constringendo assim, a sua acessibilidade e a autonomia (Rebelo, 2023). Essas barreiras podem incluir degraus, escadas, portas estreitas, corredores estreitos, ausência de rampas de acesso, elevadores inadequados e casas de banho inacessíveis (Figueiredo, 2012). A casa de banho já tem uma adaptação, onde fizeram obras recentes, tendo substituído a banheira por *poliban*, onde usam tapete antiderrapante. Esta adaptação foi pensada em necessidades futuras. A doença neurológica de F provocou-lhe uma ligeira espasticidade dos membros inferiores mas neste momento não tem qualquer défice motor. Quando questionado refere alguma instabilidade na marcha. Nas consultas realizadas F tem alguma dificuldade em iniciar a marcha colocando-se na posição vertical, mas desloca-se sem qualquer auxiliar de marcha em distâncias curtas e moderadas. F e M conseguem subir e descer as escadas utilizando o corrimão sem dificuldade, mas o processo de envelhecimento pode provocar alterações do equilíbrio e da marcha que se agravam com o avanço da idade e que podem comprometer a autonomia dos idosos (Grupo de estudos de saúde do idoso da APMGF, 2023). Assim torna-se relevante o conhecimento acerca das estratégias adaptativas para as barreira arquitetónicas. Quando questionados sobre estas estratégias, M refere “nós já pensámos nisso... quando o F ou eu não conseguirmos subir as escadas passamos para o quarto cá de baixo, e já falei com o J para prender os tapetes... no outro dia ia caindo...”. Após esta colheita de dados, foi identificada a **existência de barreiras arquitetónicas** escadas e tapetes não seguros e **conhecimento demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas**.

O tipo de aquecimento que utilizam é o aquecedor elétrico. Quando questionados sobre a utilização dos aquecedores elétricos, ambos referem não ter qualquer dificuldade. Referem que o aquecedor só o ligam para tomar banho. O casal está informado sobre o risco de utilização de eletrodomésticos elétricos na casa de banho, M e F referem ser cuidadosos e estarem informados destas precauções.

O abastecimento de gás é com botija, mudada pelos filhos que estão bem adaptados às precauções de segurança no manuseamento de botijas de gás. Referem que não têm botijas de gás armazenadas e estão informados sobre a necessidade da troca regular das mangueiras de borracha. Foi identificado o diagnóstico **precaução de segurança demonstrada, relacionada com conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas, conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento e de equipamento de gás.**

O edifício residencial possui abastecimento de água público, sendo o **abastecimento de água adequado.**

A família tem dois animais domésticos, duas tartarugas. O local onde estão as tartarugas apresenta higiene, sendo limpo duas vezes por semana. Considera-se o diagnóstico de **animal doméstico não negligenciado.**

Dimensão de desenvolvimento

No âmbito da área de atenção satisfação conjugal foi avaliada a relação dinâmica, a comunicação, a interação e a função sexual.

Para avaliar a relação dinâmica, acerca da satisfação sobre a divisão e partilha das atividades domésticas, foi questionado ao casal como fazem esta gestão e F referiu “a divisão das compras para a casa é feita deste forma: eu faço as compras maiores por internet e a minha esposa compra os frescos aqui na mercearia perto de casa”. M acrescentou que “relativamente às limpezas, eu faço pequenas coisas diariamente e quando são limpezas mais profundas, peço ajuda ao J... sabe o meu marido já não consegue e tenho medo que ele caia...”. Quando colocada a questão reflexiva “sentem-se satisfeitos com esta divisão ou gostariam que fosse diferente?”, M diz “sim, a maioria das vezes sim, com o meu marido a gente cá se entende...”. Em relação ao tempo que passam juntos como casal, M responde “gostava muito quando o meu marido ia caminhar comigo, mas agora até parece que já não gosta de mim...”. Foi colocada a questão reflexiva a F questionando qual a razão que identifica para a esposa estar a dizer que já não gostava dele e também o que sente quando diz isso. Ao qual F

responde “ela está a brincar... tenho dificuldades em a acompanhar, mas agora que fala nisso também acho que está na altura de retomar as caminhadas, estou a ser preguiçoso”. Foi então questionada à esposa porque referiu que o marido já não gosta dela, tendo assumido: “foi em tom de brincadeira... depois de tantos anos casados acha que não gostamos um do outro? Mas podíamos voltar a fazer alguma coisa juntos...”. A satisfação com o tempo que passam juntos é fundamental, já que influencia a satisfação e a intimidade conjugal, podendo resultar em sentimentos de recompensa e conseqüentemente na melhoria da comunicação entre o casal (Afonso, 2018). No que refere à forma como partilham os seus sentimentos, utilizaram-se questões lineares e circulares, tendo M referido “cá em casa todos têm de falar... ai de mim se não falasse, o meu marido é mais reservado, mas nós cá nos entendemos...”. Questionou-se o que mudou na relação conjugal desde que D regressou a casa. F refere que não tem disso fácil, inicialmente foi pior, agora já estão adaptados, mas assume que chegou a influenciar a relação entre o casal, já que a esposa andou mais ansiosa. M concorda com o marido. Ambos referem que agora já está tudo mais equilibrado, e conseguem identificar que partilham o que sentem um com o outro. Foi identificada uma **relação dinâmica disfuncional manifestada por não satisfação do casal com o tempo que passam juntos**.

Relativamente à comunicação, foram utilizadas várias questões “consegue conversar com o (a) seu (sua) marido/esposa sobre os seus receios e expectativas?”; “costumam discordar sobre alguma coisa? e quando isso acontece têm alguns conflitos?”. M diz: “quando ocorrem situações mais graves falamos, com quem é que vamos falar sobre as coisas da nossa vida?...” F refere: “Claro que discordamos em muitas coisas até porque a minha esposa é 8 ou 80, compreende? Mas são momentos da vida de um casal...”. Quando questionados se conseguem ultrapassar as situações em que não estão de acordo, referem M: “sabe enfermeira eu não me consigo calar... o meu marido é mais paciente, mas eu tenho de dizer tudo o que me vai na alma... mas depois como ele já me conhece, ultrapassamos tudo” e F diz “às vezes alguém tem de ceder... eu sou mais ponderado, e já não levo a mal as coisas que a minha mulher me diz”. Ainda avaliando o padrão de comunicação, quando

questionados se se sentem satisfeitos como a forma como falam um com o outro, assumem que depois de tantos anos juntos já se habituaram, referindo que M é mais brusca por vezes na forma como fala, mas F já se habituou. Foi identificada uma **comunicação eficaz**. Foram colocadas questões lineares sobre a interação sexual, de forma a avaliar a satisfação do casal com o seu padrão de sexualidade e o conhecimento sobre a sexualidade nesta fase da vida. M e F demonstraram satisfação na vivência da sua sexualidade, referindo quando questionados que se sentem bem com a forma como vivenciam a sua sexualidade e com os momentos de intimidade mantidos juntos. Identificado o **diagnóstico de interação sexual adequada e função sexual não comprometida**.

Com base nos dados recolhidos, formulou-se o diagnóstico de **Satisfação Conjugal não mantida relacionado com relação dinâmica disfuncional manifestada por não satisfação do casal com o tempo que passam juntos**. No Quadro 2, estão descritas as intervenções realizadas após o diagnóstico identificado.

Quadro 2 - Intervenções desenvolvidas na família M, por diagnóstico Satisfação Conjugal não mantida

Diagnóstico: Satisfação Conjugal não mantida	
Relação dinâmica disfuncional	- Planear rituais familiares - Motivar para atividades em conjunto

A satisfação com o tempo que o casal passa junto é um fator relevante (Afonso, 2018), sendo que o planeamento de atividades em conjunto através da proposta para implementação de um ritual, foi desenvolvido com a família M. Utilizando os princípios da EFS, foi questionado a M: “referiu que gostaria de sair mais com o seu marido e hoje vamos concentrar-nos neste ponto, concorda?”. Ambos M e F acederam à proposta de forma positiva. Quando questionados se gostariam de fazer uma atividade conjunta como anteriormente faziam, M responde “antigamente íamos andar os dois juntos. Mas ele demorava muito tempo e isso enervava-me”. Colocada a questão “atualmente, o que costumam fazer no tempo que passam juntos?”, F responde “agora só conversamos e vamos sempre

juntos à oração, é uma atividade que gostamos de fazer juntos”, M confirma que sente da mesma forma que o marido. Recorreu-se então às técnicas, conotação positiva e reenquadramento, já apresentadas anteriormente. Iniciou-se por “o facto de quererem novamente caminhar lado a lado simboliza não só um hábito saudável, mas também um compromisso em comum nesta fase da vida. Então o que vos parece o retomar de um momento que passavam juntos?” O casal identifica o momento em que faziam caminhadas juntos. Reforça-se a proposta: “o ideal seria tentarem ir ao ritmo um do outro, o mais importante não é andar mais rápido ou mais devagar, mas sim disfrutarem do caminho e da companhia um do outro... o que acham?” Ao qual M responde: “Acho boa ideia, até para o meu marido começar outra vez a andar... ele anda muito preguiçoso... Claro que vamos tentar, mas vou ter que ser eu a ter a iniciativa”, ao qual F diz “enfermeira, prometo que me vou esforçar... até agora com a chuva não me apetecia ir... mas agora com o bom tempo, vou recomeçar...”. A avaliação desta intervenção foi realizada com F, já que M não esteve presente nas últimas consultas. O utente refere que não começaram logo a fazer as caminhadas mas que agora já o conseguem fazer duas vezes por semana. F diz “a minha esposa já não se enerva de ter de esperar por mim, consegue ir sempre ao meu ritmo e acompanhar-me”. Identifica também que desde que fazem esta atividade juntos, conseguem conversar sobre mais assuntos e até os problemas parecem ser resolvidos mais facilmente. Como não foi possível a avaliação com o outro elemento do casal, não foi possível reformular o diagnóstico inicial, mas identificam-se ganhos já que F referiu que estes momentos a dois os têm aproximado mais como casal, tendo melhorado consideravelmente a satisfação com o tempo que passam juntos. Considerando ganhos parcelares, podemos identificar o diagnóstico **Satisfação Conjugal mantida relacionado com relação dinâmica não disfuncional, comunicação eficaz, interação sexual adequada e função sexual não comprometida.**

Em relação ao **papel parental**, esta família na etapa do CVF família com filhos adultos, apresenta duas situações distintas de parentalidade de filhos adultos. Um filho que nunca saiu de casa dos pais e outro filho que saiu para constituir a sua família e que regressa após uma situação de divórcio. As tarefas

desenvolvimentais na família com filhos adultos são cruciais para o bem-estar individual e coletivo. A redefinição dos papéis parentais, a promoção da autonomia dos filhos, a reconfiguração da relação conjugal, os ajustes na comunicação e a manutenção do suporte financeiro e logístico são elementos essenciais para uma transição saudável (Umberson et al., 2010). Além disso, a transição para uma relação adulto-adulto permite que os filhos desenvolvam autonomia e independência, aspectos essenciais para o seu crescimento pessoal e profissional (Sörensen et al., 2021). Quando os pais tratam os filhos como adultos, incentivam a responsabilidade e a tomada de decisões independente, fundamentais para a vida adulta bem-sucedida (Sörensen et al., 2021). No que diz respeito ao conhecimento do papel, quando questionados sobre a autonomia do filho J e que conquistas reconhecem nele, ambos os pais referem que é independente e que tem a vida dele, mas ressaltam que sempre ajudou muito em casa. Relativamente a D foram questionados “como tem sido o vosso papel como pais desde que D regressou a casa? Como tem sido a adaptação do J a este regresso?”. F refere que “tem sido uma adaptação difícil, com altos e baixos, ele teve uma depressão depois do divórcio, mas agora está a ficar melhor, fez-lhe bem arranjar um emprego”. Por outro lado M diz: “tem sido muito difícil, não conseguimos comunicar... se falo com ele de alguma coisa, vira-me as costas... com o J é tudo mais fácil...”. Foram colocadas questões circulares: “Este comportamento que efeito tem em si?” sendo que F continua a afirmar que o ambiente em casa já esteve pior e por outro lado, M refere que fica muito perturbada e preocupada com o futuro do filho. M diz “eu sei que é meu filho, mas às vezes tira-me do sério... é pior do que quando era adolescente, fico mesmo irritada, mas não posso fazer nada...”. Estas questões têm como objetivo avaliar o conhecimento do subsistema parental em relação ao papel que devem ter para com os filhos, nomeadamente na redefinição das suas funções parentais, bem como o reconhecimento da sua autonomia como algo normativo e positivo (Figueiredo, 2012). O regresso de um filho que já tinha saído de casa dos pais, influencia dimensões pessoais, conjugais e relacionais da fase do ciclo de vida familiar (Silva, 2008). Como já foi descrito anteriormente, o voltar a morar com os pais pode estar associado a mais sintomas depressivos, sendo o conflito

devido às expectativas dos pais em relação à partilha das tarefas domésticas, à falta de independência e ao desvio das normas parentais (Hikichi et al., 2020). No que diz respeito aos comportamentos de adesão, foi questionado o que se tinha alterado na relação dos pais com o filho D, desde que regressou a casa. F diz: “o D está cada vez mais dependente de nós, agora que trabalha não tanto... mas atua como se fosse muito independente”. E a mãe acrescenta “ não participa em nada em casa, nem nas tarefas nem em nada monetário. Ele vive aqui como hóspede”. Quando questionados sobre a relação com J ambos os pais referem que faz o jantar e vai às compras “desde há algum tempo que quem cozinha é o J, ele gosta muito...”. Na inclusão na família dos parentes por afinidade e netos, ambos M e F neste momento não têm nenhuma relação com a mãe do neto, nas quando falam de DU dizem que gostam muito dele e reforçam que é muito bom tê-lo em casa uma vez por semana. F refere “desde o divórcio que não temos tido nenhum contacto com ela, sabe... houve coisas mal feitas de parte a parte...”. Em relação à satisfação com o contacto, vêem-se todos os dias, fazendo sempre pelo menos uma refeição em conjunto, o J vai sempre com os pais à oração e ocasionalmente também o D, mas neste ponto os pais compreendem que ele vai quando necessita. Para avaliar o consenso do papel foram realizadas questões lineares e reflexivas, tendo também sido questionado a M “numa escala de 1 a 10, em que 1 é nunca e 10 sempre, como classifica a vossa concordância sobre o vosso papel como pais?”, tendo pontuado com um 6, dizendo que por vezes entram em desacordo porque F é mais permissivo. F concorda com a esposa. Para a colheita de dados acerca do conflito e saturação do papel de pais, foram utilizadas questões lineares às quais F e M responderam que não sentem dificuldade em conciliar os papeis e as tarefas parentais ou saturação. A co-residência é uma oportunidade para um maior contacto, mas pode resultar em situações que podem gerar ambivalência tanto para os pais como para os filhos adultos (Gerber et al.,2019). Existindo um desequilíbrio entre os laços pessoais e as pressões sociais, como como aquelas que determinam quando um filho adulto deve atingir a independência financeira ou quanto o apoio dos pais é aceitável (Gerber et al.,2019), esta pode ser vista como uma experiência negativa. A situação de desemprego de D, com a consequente

dependência financeira dos pais, é vista como uma situação indesejável e não normativa.

Com base na avaliação efetuada foi identificado o diagnóstico de **Papel Parental não adequado relacionado com conhecimento do papel e comportamentos de adesão não demonstrados manifestado por não conhecimento das tarefas da nova etapa e com redefinição não demonstrada das relações com os filhos adultos.**

Quadro 3 - Intervenções desenvolvidas na família M, por diagnóstico Papel Parental não adequado

Diagnóstico: Papel Parental não adequado	
Conhecimento do papel não demonstrado	- Promover a comunicação das emoções entre o subsistema parental e o filho D
Comportamentos de adesão não demonstrado	- Facilitar a comunicação familiar - Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família

Após a avaliação diagnóstica considerou-se realizar as intervenções explanadas no Quadro 3, com o objetivo de adequar o conhecimento do papel e dos comportamentos de adesão.

O regresso do filho D a casa representou um momento de crise, sendo espectável que a família se mobilize para a superação dos problemas de cada um dos seus membros. Como já foi referido anteriormente a coresidência, induz a uma nova dinâmica tanto na organização das tarefas domésticas bem como na distribuição do próprio espaço (Peixoto & Luz, 2007). No sentido de atingir os objetivos propostos, recorreu-se a questões de intervenção sistémica e às técnicas interacionais reenquadramento, conotação positiva e cartas terapêuticas. Para estes pais, o regresso a casa do filho D tem sido um desafio e questionou-se “como já me tinham referido anteriormente, entendo que para vocês seja difícil este regresso a casa do vosso filho, mas para ele também deve ser uma situação difícil... o que sentem relativamente a isto? Ao qual os pais

respondem F: “é verdade enfermeira, ninguém parte para um casamento a pensar que vai falhar, além disso as coisas correram mal de parte a parte” e a mãe acrescenta: “a ex-mulher dele tentou moldá-lo à vontade dela, até o afastou de nós... e depois foi isto...”. Quando incentivados se já falaram com D sobre isto ambos concordam que ele anda triste e revoltado. Referem também que teve uma depressão mas que agora até tem procurado ajuda de uma psicóloga. Como toda a situação se tem centrado no filho D decidiu-se questionar: “e o vosso filho J, o que acham que ele pensa de tudo o que se passou? O pai responde “ele até tem uma boa relação com o irmão, mas fica revoltado com ele pela forma como o D nos fala...”, M acrescenta “sabe, enfermeira, são feitios muito diferentes”. Quando questionados se alguma vez conversaram com o J sobre o que se tem passado, também assumem que nunca pensaram nisso. Avaliando se consideram que esta situação pode mudar, ambos os pais respondem que não vai ser fácil, já que consideram que D está fechado com ele próprio.

Decidiu-se utilizar as cartas terapêuticas com F e M: “como sentem esta dificuldade em falar com os vossos filhos, o que acham de passar a mensagem de outra forma? A minha proposta era escreverem o que sentem numa carta se possível uma dirigida a cada um dos vossos filhos e, num dia mais especial que estejam todos em família, por exemplo numa refeição partilhada, lerem-lhe essa carta... o que acham?” M assume: “não sei se é uma boa ideia... eu nem gosto de escrever...” e F concorda: “Acho uma boa ideia, enfermeira... não te preocupes M, fazemos isso os dois... até já me sinto mais aliviado depois desta conversa”. Nos contactos posteriores F refere que ambos os elementos do casal conseguiram fazer a carta mas, até à última consulta realizada ainda não a tinham lido ao filhos. F identificou várias vantagens na execução da mesma, nomeadamente o ter percebido que existia mesmo uma barreira e distanciamento entre ambos os pais e D, que o momento que ele regressou a casa também é para o filho adulto um momento de revolta e que este regresso poderá ser identificado como um insucesso na sua vida. A identificação destas vantagens irá permitir ao casal F e M ver o futuro com mais esperança e partilhar esta visão com ambos os filhos. As cartas terapêuticas ajudam a introduzir novas

narrativas e podem reforçar a conexão emocional entre os membros da família, promovendo a empatia e a compreensão mútua. (Ferreira et al., 2021a). No futuro estas cartas podem ser relidas, funcionando como um recurso duradouro para lembrar os sentimentos e práticas que sustentam a saúde relacional (Ferreira et al., 2021a).

Apesar de não terem sido avaliados os resultados com todos os elementos da família, consideraram-se ganhos em saúde parcelares, identificando-se o diagnóstico **Papel parental adequado relacionado com conhecimento do papel e comportamentos de adesão demonstrados, consenso do papel sim, conflitos e saturação do papel não.**

Dimensão funcional

Na dimensão funcional avaliou-se a área de atenção Processo Familiar. No âmbito da comunicação familiar foi avaliada a comunicação emocional, verbal e não verbal e circular. O conceito de comunicação na família pode ser compreendido a partir de dois componentes principais, o reconhecimento de sentimentos e os comportamentos de resolução de conflitos (Frizzo et al., 2011). A qualidade da comunicação é fundamental e não se pode não comunicar, já que todo comportamento é uma forma de comunicação (Dias, 2015; Silva & Percicotte, 2024). Como seres sociais, precisamos de comunicar, expressar e divulgar as nossas ideias, sentimentos e pensamentos, sendo o processo de comunicação considerado um processo pelo qual as pessoas negociam e se definem a si mesmas e aos seus relacionamentos, de forma recíproca (Dias, 2015). Quando não existem padrões de comunicação familiar eficazes, podem ocorrer conflitos e afastamento, bem como uma ineficácia na resolução de problemas (Frizzo et al, 2011). Além disso, o conceito de globalidade e comunicação circular, estão intrinsecamente interligados com os padrões de comunicação, uma vez que o comportamento é simultaneamente resultado, ou seja, a forma como cada um comunica com o outro vai influenciar o *feedback* do outro e assim sucessivamente (Silva & Percicotte, 2024). Deste modo, a mudança no comportamento de um elemento a nível comunicacional, vai afetar o outro elemento e influenciar o modo como vai comportar e comunicar (Frizzo

et al., 2011). Utilizando questões lineares, circulares e reflexivas questionou-se quem na família expressa mais os sentimentos e se na família todos os elementos conseguem verbalizar e expressar os seus sentimentos e pensamentos. A estas questões M assume que é mais expansiva nas suas atitudes e não consegue ficar calada. Por outro lado F diz: “o D fecha-se em copas, nunca sabemos se está bem ou mal..., mas acho que é a forma que ele tem em lidar com a situação, até porque na nossa família sempre demos espaço a que todos dessem a sua opinião... mesmo quando eles eram mais pequenos...” Foi então questionado o que mudariam na forma como falam uns com os outros, ambos os pais referem que gostaria que o filho D fosse mais aberto e falasse sobre os seus sentimentos e problemas com eles. Com base nestes dados, temos uma **comunicação emocional não eficaz**.

Avaliando a comunicação verbal e não verbal questionou-se se cada um dos elementos da família é claro e direto na forma como fala e se todos compreendem o que se está a dizer. Neste ponto ambos F e M concordam que sim, que todos conseguem perceber o que cada um transmite, identificando o problema não na forma como a comunicação acontece, mas como deveria ser mais partilhada entre cada elemento. Ainda no âmbito da comunicação, agora na comunicação circular F refere “gostava de entrar na cabeça do meu filho, sinto que está muito isolado, ele não fala com ninguém... até acho que não tem amigos.. ao menos fala com o irmão, connosco pais é que é mais difícil...” e M reforça que já tentou chegar até ele mas não consegue. Após esta colheita de dados identifica-se uma **comunicação familiar não eficaz**.

Relativamente ao *coping* familiar, inicialmente foram colocadas questões lineares, sobre quem na família costuma identificar os problemas e se neste momento, identificam algum problema. M responde “como já lhe disse, sou eu que levanto sempre os assuntos.. e até agora temos conseguido enfrentar os problemas que nos vão surgindo...(…) quando o meu marido ficou doente foi mais difícil encarar as coisas, as mudanças, mas agora que ele está a ficar melhor, tem sido mais fácil”. Quando questionados como costumam resolver os problemas que surgem, referem que o fazem em casal e que chegavam a um

consenso, podendo contar com os filhos para a resolução dos mesmos. Assim, identifica-se o diagnóstico de ***coping familiar eficaz***.

No âmbito da interação de papéis familiares o papel de provedor é partilhado pelo casal e por J, já que D só agora começou a trabalhar, não existindo saturação e conflito neste papel. O papel de gestão financeira é desempenhado por F que refere “sou eu que faço essa gestão... isto do *homebanking* veio facilitar-me muito a vida, faço compras online e trato de muitos assuntos através da internet”. O papel do provedor pode ajudar a reduzir conflitos dentro da família, especialmente aqueles relacionados com preocupações financeiras. Quando as necessidades básicas são atendidas, há menos motivos para desentendimentos sobre recursos e gastos (Duncan et al., 2017). A estabilidade financeira, garantida pelo provedor e pelo gestor, é um fator chave na redução de tensões e conflitos domésticos, promovendo um ambiente familiar mais harmonioso (Duncan et al., 2017). Quando questionados sobre quem é o responsável por cuidar das tarefas domésticas, M assume esse papel: “sou eu que trato das limpezas e o F da cozinha... cá vou fazendo as coisas no meu vagar... Já tivemos uma senhora cá em casa a ajudar, mas as coisas não correram bem... ela não limpava nada e ainda tínhamos de lhe pagar!!!, além disso o J também gosta muito de cozinhar e ajuda muitas vezes. O papel do cuidado doméstico é vital para o bem-estar e o funcionamento eficiente da unidade familiar, envolve variadas atividades, desde a manutenção da casa até o cuidado direto com os membros da família, e tem implicações significativas para a saúde física, emocional e social de todos (Nomaguchi & Milkie, 2020). M e F verbalizam que de uma forma geral todos têm a iniciativa de propor atividades de lazer em conjunto e no caso do papel de parente referem que, além do contato com o neto DU semanal, os parentes mais próximos já faleceram, não tendo mais contatos com o resto da família. Dos papéis identificados não se relevou qualquer saturação ou conflito dos mesmos. Assim identifica-se uma ***interação de papéis familiares eficaz e não conflitual***.

Na área da relação dinâmica foi avaliada a influência e poder, as alianças e uniões e por fim a coesão e adaptabilidade da família. Para realizar esta avaliação foi questionado a F e M: “considera que há alguém que tenha mais

poder e influência dentro da família em relação aos outros elementos?”, sendo que ambos concordaram que não. Seguidamente foi questionado “na vossa família existem dois elementos que sejam mais unidos entre si do que com o outro elemento?”, tendo que M assume que tem uma relação mais forte com um dos filhos: “o J sempre viveu connosco... acho normal ter uma maior ligação com ele... o D está muito distante de nós... mas acredito que isso vai melhorar”, sendo que F concorda com ela, mas considera relativamente a si a mesma ligação com D e com J. Ambos os elementos do casal, sentem-se satisfeitos com a forma como esta aliança se manifesta, não influenciando a dinâmica familiar. A existência de triangulações, bem como o seu impacto nos processos de interação familiares e a satisfação com a forma como a família manifesta esta união, podem constituir-se como forças ou como áreas intra-sistémicas que podem ser geradoras de *stress* na família (Figueiredo, 2012). Além disso, os problemas que podem aparecer na reorganização familiar nomeadamente as divisões de espaço e objetos materiais; a mudança na posição na família, podem implicar perdas de lugares no subsistema familiar, as alianças ou coligações (Pires, 2019). Do resultado obtido com a aplicação da Escala Faces II a M, em termos de coesão: família ligada, adaptabilidade: estruturada e tipo de família moderadamente equilibrada; no caso de F este considerou em termos de coesão: ligada, adaptabilidade: flexível e tipo de família moderadamente equilibrada. Considerando o que está definido para a interpretação dos resultados da aplicação da escala FACES II, pode considerar-se esta família como moderadamente equilibrada. Foi identificada uma **relação dinâmica não disfuncional**.

Relativamente às crenças familiares, ao longo das várias entrevistas, foi possível perceber crenças familiares de vários tipos: religiosas, são católicos protestantes e frequentam semanalmente a igreja e são espirituais, acreditam em Deus. Demonstraram como valores fundamentais que orientam a família o amor, o respeito, a confiança, o apoio e a honestidade. Partilham da cultura tradicional portuguesa e em relação às crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde, demonstraram que valorizam os cuidados de saúde e os

seus profissionais, confiando que os cuidados recebidos são importantes para a prevenção da doença e promoção da saúde na sua família.

É de realçar que, nesta avaliação familiar nunca estiveram presentes os filhos. Tendo em conta as dificuldades de comunicação identificadas por M e F com o filho D, foram efetuadas várias tentativas de convocatória para uma consulta/entrevista com este utente. Mesmo após várias tentativas nunca se conseguiu nenhum contacto com D ou mesmo com J, ou seja estes utentes não sentiram necessidade de participar na avaliação e intervenção familiar. Tendo em conta a colheita de dados efetuada identifica-se como diagnóstico: **Processo Familiar disfuncional relacionado com comunicação familiar não eficaz manifestada por comunicação emocional não eficaz e comunicação circular não eficaz.**

Quadro 4 - Intervenções desenvolvidas na família M, por diagnóstico de Processo Familiar Disfuncional

Diagnóstico: Processo Familiar Disfuncional	
Comunicação familiar não eficaz	<ul style="list-style-type: none">- Promover o envolvimento da família- Otimizar a comunicação na família- Planejar rituais na família

Considerando este diagnóstico, de forma a concretizar mudança, foram desenvolvidas as intervenções explanadas no Quadro 4. Identificando as forças desta família bem como os problemas percecionados, foram planeadas as intervenções: promover a comunicação e o envolvimento da família. Utilizando a metodologia do questionário sistémico foi planeada a utilização de um questões circulares e reflexivas focadas em todos os elementos da família de forma a permitir uma construção de novas visões, bem como a utilização de uma técnica de intervenção ativa, que irá um retrato visual dos papéis de cada um tem na dinâmica familiar e desta forma aumentar a consciência sobre as ações de cada membro da família. A técnica proposta seria a escultura, em que com a presença de todos os elementos seria dinamizada a formação de uma escultura dirigida

por um dos membros da família M. Inicialmente seria proposta uma entrevista em que estivessem presentes todos os elementos da família e nessa consulta seja seria negociado com a família: “normalmente, comunicamos através das palavras, hoje propunha fazer uma atividade diferente, ou seja, imaginem que todos são de barro e cada um de vós será o escultor desse barro. Vou pedir que cada um faça uma imagem da sua família no momento atual. O escultor deverá colocar todos os membros da família moldados e colocados nas posições que vos definam atualmente. Podem imaginar uma fotografia, que enviariam a alguém que estivesse noutro país e, sem explicar à pessoa, ao receber essa fotografia, perceberia o que estava esculpido...”. Posteriormente, seria pedido a cada um do escultores para refazerem a escultura, de forma a passar da situação atual para a situação como queriam que estivessem no futuro. As várias posições seriam analisadas e discutidas pelo enfermeiro e por cada um dos membros da família. Esta técnica permite que cada pessoa experimente relacionamentos, interações, emoções e sentimentos e, no caso dos elementos da família não se sentirem confortáveis com o contacto físico, ela também poderá ser feita com imagens ou bonecos representativos de cada um dos membros da família (Guedes & Figueiredo, 2023). No final da consulta, será importante perceber os sentimentos de todos os elementos presentes, deixando espaço a que todos se expressem sem qualquer pressão. Como já foi referido anteriormente não foi possível implementar esta técnica já que D e J não conseguiram participar em nenhuma das consultas realizadas.

Na última consulta realizada com F, este vê o futuro com mais esperança, referindo que a comunicação entre os membros da família melhorou e que se sente mais próximo do filho D. Refere desde que o filho mais velho começou a trabalhar “tem evoluído no sentido positivo, está bem melhor conosco... está voltado para a ginástica, começou a frequentar um ginásio e está motivado...”. Refere que têm mantido o contato regular com o neto e está mesmo tudo mais estável” e que estando o filho D bem, também eles se sentem bem e o convívio familiar saiu reforçado. F também refere que, após as consultas que tiveram no âmbito da avaliação e intervenção familiar, eles também se sentiram mais seguros e com mais ferramentas para ultrapassar os problemas que

enfrentavam. Ambos já conseguem comunicar mais com D e sentem também uma abertura diferente por parte do filho.

Da mesma forma, não sendo possível avaliar os resultados em todos os membros da família, consideram-se ganhos em saúde parcelares identificando-se o diagnóstico **Processo Familiar não disfuncional relacionado com comunicação familiar eficaz , coping familiar eficaz, interação de papéis eficaz e não conflitual e relação dinâmica não disfuncional.**

Prestação de cuidados aos membros individualmente

No que diz respeito ao utente F, foram identificados os seguintes diagnósticos: adesão à vacinação demonstrada, sem excesso de peso, comportamento de procura de saúde adequado, auto-vigilância não comprometida, sem gestão do regime terapêutico comprometida, **comportamento de adesão: não adesão ao regime de exercício**, sem abuso de tabaco e de álcool, baixo risco de queda e andar, dependente em grau reduzido. Como intervenções foi encorajado na tomada de decisão para comportamento de adesão ao exercício físico, ensinar e incentivar comportamentos de adesão que, segundo normas internacionais, no tratamento da HTA é recomendado exercício físico regular de pelo menos 30 minutos, cinco a sete dias por semana (Williams et al., 2018). Esta recomendação foi já realizada na proposta de ritual terapêutico. A doença neurológica de F provocou-lhe uma ligeira espasticidade dos membros inferiores tendo-se aplicado a escala de Morse (Morse et al., 1989) e apresenta Baixo Risco de Queda. Na última consulta realizada com F, este refere já conseguir fazer duas vezes por semana uma caminhada de 30 minutos, acompanhado pela esposa. Além de se sentir melhor fisicamente, refere também benefícios a nível social: “nestas pequenas idas à rua, já encontrei amigos que não via há mais de 10 anos... fiquei mesmo feliz...”. Foi reforçada a importância de aumentar a periodicidade do exercício e foi parabenizado de terem recomeçado as caminhadas. Foi alterado o diagnóstico para **comportamento de adesão: adesão ao regime de exercício.**

Na consultas realizadas a M foram identificados os seguintes diagnósticos: adesão à vacinação demonstrada, com excesso de peso, comportamento de

procura de saúde adequado, auto-vigilância não comprometida, sem gestão do regime terapêutico comprometida, **comportamento de adesão: não adesão ao regime de exercício, sem abuso de tabaco e de álcool**. Relativamente ao exercício físico tem conhecimento sobre o regime de exercício, mas não cumpre justificando-se com a falta de companhia. Como intervenções foi encorajada na tomada de decisão para comportamento de adesão ao exercício físico, ensinar e incentivar comportamentos de adesão. Tem cumprido as caminhadas com o marido, sendo possível alterar o status do diagnóstico para **comportamento de adesão: adesão ao regime de exercício**.

3.1.3 - Avaliação dos Resultados nas Famílias

A avaliação dos resultados gerais que culminam nos ganhos em saúde referentes às seis famílias, realizada de acordo com indicadores MDAIF (ESEP/CINTESIS, 2013), é apresentada seguidamente. Na Tabela 1 estão os resultados das taxas de avaliação. Analisando os dados apresentados, pode verificar-se que foi atingida uma taxa de avaliação de 100 % (n=6), em todas as áreas das dimensões estrutural e de desenvolvimento, e uma taxa de 83% na dimensão funcional por não ter sido avaliada numa das famílias.

Tabela 1 - Taxas de avaliação dos resultados

Taxas de Avaliação	Resultados
Nº. de famílias avaliadas na composição familiar/Nº total de famílias X 100	100% (n=6)
Nº. de famílias avaliadas no tipo de família /Nº total de famílias X 100	100% (n=6)
Nº. de famílias avaliadas em família extensa /Nº total de famílias X 100	100% (n=6)
Nº. de famílias avaliadas em sistemas mais amplos /Nº total de famílias X 100	100% (n=6)
Nº. de famílias avaliadas em classe social /Nº total de famílias X 100	100% (n=6)
Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial /Nº total de famílias X 100	100% (n=6)
Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias /Nº total de famílias X 100	100% (n=6)

Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100	100% (n=6)
Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias X 100	100% (n=6)
Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico /Nº total de famílias X 100	100% (n=6)
Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação Conjugal /Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	100% (n=4)
Nº. de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental /Nº total de famílias com subsistema parental X 100	100% (n=6)
Nº. de famílias avaliadas em Processo Familiar / Nº total de famílias X 100	83% (n=6)

No que diz respeito às taxas de prevalência, apresentadas na Tabela 2, na dimensão de desenvolvimento temos 25% de famílias com satisfação conjugal não mantida, relacionada com relação dinâmica disfuncional; 17% que corresponde a uma família com papel parental não adequado, relacionado com conhecimento do papel não adequado, comportamento de adesão não demonstrado. Analisando a dimensão do processo familiar, considerando as famílias onde foi avaliado o processo familiar (n=5) temos uma prevalência de 40% de famílias com processo familiar disfuncional, em que a totalidades destas está relacionado com a comunicação familiar não eficaz (40%), e 20% do total de famílias avaliadas com *coping* familiar e interação de papéis não eficaz.

Tabela 2 - Taxas de prevalência dos resultados

Taxas de Prevalência	Resultados
Nº. de famílias com Satisfação Conjugal Não Mantida /Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	25% (n=4)
Nº. de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional /Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	25% (n=4)
Nº. de famílias com Papel Parental Não Adequado /Nº total de famílias com subsistema parental X 100	17% (n=6)
Nº. de famílias com Conhecimento do Papel Não Demonstrado /Nº total de famílias com subsistema parental X 100	17% (n=6)
Nº. de famílias com Comportamento de Adesão Não Demonstrado /Nº total de famílias com subsistema parental X 100	17% (n=6)
Nº. de famílias com Processo Familiar Disfuncional /Nº total de famílias X 100	40% (n=5)
Nº. de famílias com Comunicação Familiar Não Eficaz /Nº total de famílias X 100	40% (n=5)

Nº. de famílias com <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz /Nº total de famílias X 100	20% (n=5)
Nº. de famílias com Interação de Papéis Não Eficaz /Nº total de famílias X 100	20% (n=5)

Relativamente aos indicadores de resultado, obtiveram-se na dimensão de desenvolvimento as seguintes taxas: 100 % de ganhos em saúde relativamente à satisfação conjugal e no papel parental, ou seja os diagnósticos foram positivados após as intervenções. No que se refere à dimensão funcional, obtiveram-se taxas de 50% de diagnósticos positivados no processo familiar. Este valor acontece porque não se obteve um diagnóstico positivo na interação de papéis numa das famílias. Ressalva-se que as avaliações apresentadas, foram considerados ganhos em saúde parcelares, já que não foi possível realizar a avaliação dos resultados com todos os membros da família envolvidos.

Tabela 3 – Indicadores de resultado

Indicadores de Resultado	Resultados
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Satisfação Conjugal/Nº total de famílias com Satisfação Conjugal Não Mantida x 100	100% (n=1)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100	100% (n=1)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Parental /Nº total de famílias com Papel Parental Não Adequado x 100	100% (n=1)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel /Nº total de famílias com Conhecimento do Papel Não Demonstrado x 100	100% (n=1)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamento de Adesão /Nº total de famílias com Comportamento de Adesão Não Demonstrado x 100	100% (n=1)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar /Nº total de famílias com Processo Familiar Disfuncional x 100	50% (n=2)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação Familiar /Nº total de famílias com Comunicação Familiar Disfuncional x 100	100% (n=2)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em <i>Coping</i> Familiar /Nº total de famílias com <i>Coping</i> Familiar Disfuncional x 100	100% (n=1)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação de Papéis /Nº total de famílias com Interação de Papéis Não Eficaz x 100	0% (n=1)

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

Neste subcapítulo, serão apresentadas as atividades desenvolvidas no âmbito da competência específica do EEECESF, “lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p.19355). O regulamento n.º 428/2018 da OE descreve esta competência que assenta na gestão, articulação e mobilização dos recursos necessários para a prestação de cuidados à família. A colaboração interdisciplinar, a continuidade dos cuidados, a promoção de uma cultura institucional de formação, práticas e investigação e a utilização dos sistemas de informação para melhorar os cuidados de saúde familiar são valores intrínsecos a esta competência. Referente à unidade de competência “articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p.19358), durante a realização das UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório, Módulo I e II, procurou-se desenvolver e promover a articulação com outros profissionais de saúde no que se refere aos cuidados às famílias, nomeadamente a articulação com o médico de família e profissionais da URAP, de forma a garantir a continuidade de cuidados. Com a família L foi solicitada articulação com a equipa de psicólogos da URAP através do encaminhamento de um dos seus membros, tendo-se também procedido a um encaminhamento para a equipa de nutrição. Além disso, o modelo de trabalho em micro equipas permitiu uma articulação com os diferentes grupos profissionais. Os elementos do processo de enfermagem referentes à colheita de dados, diagnósticos, intervenções e resultados, foram registados no SClinico-CSP®, permitindo a sua consulta pelos restantes profissionais da USF com acesso a este sistema de informação.

No âmbito desta competência, o EEECESF deve assegurar processos de mentoria e *coaching* aos membros da equipa interdisciplinar, bem como promover uma cultura de formação profissional (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). O Regulamento de Formação Profissional da OE enfatiza que esta área “assume

uma particular importância (...) para um exercício profissional de excelência, constituindo um fator diferenciador e determinante em matéria de empregabilidade, adaptabilidade, de desenvolvimento profissional, mas também de realização pessoal” (Regulamento n.º 656/2021 da OE, 2021, p. 173). O mesmo regulamento realça que a formação em enfermagem é um pilar para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e para a garantia de uma prática profissional ética e eficiente (Regulamento n.º 656/2021 da OE, 2021). A formação é essencial para o desenvolvimento das competências necessárias para o exercício profissional, embora o seu foco esteja nas teorias de gestão de recursos humanos os seus conceitos de capacitação e desenvolvimento podem ser aplicados à enfermagem (Chiavenato, 2014). Segundo este autor, a formação deve ser vista como um processo contínuo, que não se encerra com a conclusão da formação pré-graduada, mas que se estende ao longo de toda a carreira profissional. Esta afirmação é especialmente importante na enfermagem, uma profissão que exige habilidades práticas e teóricas para lidar com a complexidade e imprevisibilidade dos cuidados de saúde (OE, 2015). O mesmo documento salienta que a formação contínua do enfermeiro constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever profissional. No Estatuto da OE, na alínea c do artigo 88º, refere-se que procurando a excelência do exercício profissional, o enfermeiro assume o dever de: “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Decreto-Lei n.º 104/98 do Ministério da Saúde, 1998, pp. 1755-1756). A formação contínua é um processo pelo qual os profissionais desenvolvem e aprimoram suas competências, adaptando-se às mudanças e inovações (Chiavenato, 2014; Ornellas & Monteiro, 2023). No contexto da enfermagem, esta afirmação traduz-se na capacidade do profissional se atualizar em relação aos avanços tecnológicos, a novas práticas de cuidados e a novas diretrizes, permitindo uma renovação e atualização de competências (Ornellas & Monteiro, 2023; Serreno et al, 2011). Sendo a Enfermagem uma profissão, cuja área de intervenção está sujeita a uma evolução tecnológica e científica constante, o investimento e a motivação para uma cultura de aprendizagem de ao longo da vida torna-se

imperativo (Ornellas & Monteiro, 2023; Rodrigues et al, 2012). Analisando a formação profissional dos enfermeiros, conclui-se que está associada a uma melhor qualidade dos serviços de saúde, permitindo uma redução dos erros e promovendo cuidados mais seguros e humanizados, sendo de realçar a promoção de uma cultura de formação contínua, fortalecimento da segurança dos utentes e melhoria da eficiência operacional dos serviços (Luz et al., 2024). A aprendizagem ao longo da vida profissional dos enfermeiros deve ser encarada como uma ferramenta indispensável num período marcado pela crise mundial nos serviços de saúde que assim enfrentam vários desafios, num contexto atual de escassez de recursos humanos e financeiros (Ornellas & Monteiro, 2023).

Além da capacitação técnica, científica e de tomada de decisão clínica, a formação em enfermagem também é essencial para o desenvolvimento de competências no âmbito da liderança. A liderança pressupõe o desenvolvimento de várias competências que podem ser desenvolvidas e aprimoradas através de uma formação adequada (Chiavenato, 2014). Oferecer aos profissionais de enfermagem oportunidades de formação que vão além das técnicas é fundamental, envolvendo também aspetos no âmbito da gestão e de inovação nos cuidados de saúde. O processo de formação dos enfermeiros para a liderança é especialmente relevante nos CSP onde muitas das vezes, são necessárias competências de gestão para garantir a continuidade da estratégia da ESF (Rocha et al., 2019). O papel da liderança em enfermagem deve ser realçado, demonstrando um compromisso com a formação contínua, promovendo um ambiente de trabalho favorável para o desenvolvimento profissional e pessoal dos membros da equipa, garantindo a qualidade dos cuidados, motivando as equipas e promovendo um ambiente de trabalho positivo e colaborativo (Fernandes et al., 2021; Ornellas & Monteiro, 2023), contribuindo também para melhorar a tomada de decisão e gestão dos recursos humanos na área da saúde, alinhando-se aos princípios defendidos por Chiavenato (Chiavenato, 2014). sobre a importância de uma gestão eficaz para o sucesso organizacional. Este autor defende que gestão eficiente dos processos de

formação pode transformar desafios em oportunidades, tornando as organizações mais preparadas para enfrentar mudanças.

A documentação da informação é importante para a governação em saúde, tendo em conta os aspetos legais e éticos bem como a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2007). O processo de enfermagem sistematiza a avaliação clínica, evidenciando o raciocínio e a tomada de decisão, sendo uma ferramenta essencial para o planeamento de cuidados e documentação dos mesmos (Oliveira & Peres, 2021). Além disso, integra e organiza informações, facilita a comunicação entre os membros da equipa interdisciplinar e contribui para a qualidade e a segurança. Os sistemas de informação em enfermagem (SIE) permitem a documentação dos cuidados, usando linguagem padronizada, contribuindo para melhoria da qualidade, visibilidade e a avaliação de desempenho dos cuidados prestados (OE, 2007), sendo inegável a sua importância. Também foram criados como forma de extrair dados que permitissem o cálculo de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente aumentar a sua visibilidade e valorização (Nascimento et al., 2021). O SIE utilizado nos CSP é o SClinico-CSP®, possibilitando a documentação dos cuidados ao indivíduo e família e utilizando como linguagem padronizada a CIPE® (ICN, 2021). A avaliação do indivíduo e da família possibilita o registo padronizado de dados relativos à dimensão estrutural do sistema familiar, nomeadamente as características da habitação, classe social e tipologia familiar. Estes dados podem ser inseridos tanto no processo clínico individual como no processo familiar, mantendo-se acessíveis e visíveis em ambas as tipologias de registo. O processo familiar encontra-se associado a todos os membros da família, permitindo aquando do seu acesso, a seleção dos elementos presentes na consulta. Neste contexto, torna-se possível consultar os diagnósticos referentes às dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, conforme preconizado pelo MDAIF. Alguns destes diagnósticos apresentam atividades diagnósticas e intervenções recomendadas. Contudo, a padronização da avaliação e intervenção familiar nos SIE, revela-se ainda incompleta, sendo necessário desenvolver estratégias que superem esta limitação.

Tendo em conta aspetos elencados, bem como as competências comuns e específicas do EEECESF decidiu-se desenvolver um processo formativo na USF, com o objetivo de liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF. As fases deste processo são apresentadas no Quadro 5. Este processo teve como base o processo de “treinamento” de Chiavenato (2009) que evidencia quatro fases no processo de formação: identificação de necessidades (diagnóstico); programação atendendo às necessidades, implementação e execução e por fim, avaliação dos resultados.

Quadro 5 - Cronograma do Projeto Formativo

	2024/2025							
	abril	maio	junho	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro
Avaliação das necessidades formativas								
Colheita de dados sobre os registos de enfermagem no programa de “Saúde da Família”								
Definição dos objetivos gerais e específicos de formação								
Planeamento da formação								
Implementação do projeto formativo								
Avaliação do resultado da formação – quarto nível								

Durante a realização do estágio de natureza profissional – módulo I, identificou-se que não existia nenhum registo no programa “Saúde da família” até abril de 2024 (MIM@UF, 2024a), ver Anexo III. No mesmo espaço temporal, foi realizada uma primeira avaliação das necessidades formativas, através de contactos

informais com a equipa de enfermagem. Posteriormente, no início do estágio de natureza profissional - módulo II, após participação numa reunião de serviço na USF, foi verbalizado pelos profissionais a dificuldade e desconhecimento na documentação na área da ESF no programa SClínico-CSP®, bem como o desconhecimento do MDAIF. Nessa altura, foi também afirmado por vários enfermeiros que a não documentação no SIE acontecia por falta de tempo disponível nas consultas. Após esta identificação verbal de uma necessidade formativa por parte da equipa, foi aplicado um instrumento de recolha de dados (ICD) que pode ser consultado no Anexo IV. Este instrumento foi contruído e adaptado de um ICD já previamente aplicado (Carvalho, 2023), com o objetivo de documentar e validar a necessidade identificada pelo grupo profissional. A primeira parte do ICD tem uma questão acerca do conhecimento do MDAIF, enquanto referencial teórico e operativo em ESF; se teve formação na área de ESF, no caso de terem formação, em que contexto foi; se tinham o conhecimento do programa “Saúde da Família” no SClínico-CSP®, e sobre a sua aplicabilidade e se identificavam vantagens na documentação dos cuidados à família. A segunda parte consiste em 15 questões de resposta verdadeiro e falso, acerca da dimensão estrutural da matriz operativa do MDAIF.

A análise das respostas recolhidas no questionário está apresentada no Quadro 6 sendo de realçar que 67% da equipa de enfermagem referiu não conhecer o referencial teórico e operativo MDAIF e que apesar de alguns enfermeiros terem conhecimento sobre o programa “Saúde da Família”, 100% dos enfermeiros não documenta os cuidados. Os motivos que os enfermeiros elencaram para não realizarem a documentação dos cuidados no SClínico-CSP®, são a falta de conhecimento e formação, e as dificuldades a nível do tempo dispensado neste registo. Os enfermeiros identificaram várias vantagens na documentação dos cuidados. Na segunda parte foram obtidas 54% de respostas certas.

Quadro 6 - Resultados ICD

Dados	Resultados
1 . Conhecimento sobre o MDAIF	Não: 67%
1.1 Interesse no MDAIF	Sim: 100%
1.2 Como tomou conhecimento	- alunos em estágio - formação em serviço
2. Formação em ESF	Sim: 50%
2.1 O contexto da formação	- académico
3. Conhecimento sobre programa de “Saúde da Família”	Sim: 67%
4. Documenta os cuidados	Não: 100%
4.1 Razões porque não o faz	- Falta de conhecimento/formação - Morosidade
5. Vantagem no uso deste programa	Sim: 50%
5.1 Descrição das vantagens?	- Melhor conhecimento da família na sua globalidade - Melhor avaliação das famílias e adequação dos cuidados - Aceder melhor à informação - Melhoria da qualidade dos cuidados prestados à família
6. Conhecimentos sobre dimensão estrutural	Respostas certas: 54%

Analisando estes resultados, identificou-se a necessidade de melhorar a documentação dos cuidados de enfermagem à família, aumentando os conhecimentos acerca do uso do SIE utilizado, bem como da matriz operativa do MDAIF. Foi então proposto a realização de uma ação de formação com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural, no programa “Saúde da Família” do SClínico-CSP®.

A segunda fase do processo formativo, conhecida como programação da formação tendo em conta as necessidades identificadas, é essencial para

garantir que os programas de capacitação estejam relacionados com as necessidades específicas dos indivíduos e organizações (Instituto para a Qualidade na Formação, 2006). Nessa etapa, define-se a estratégia pedagógica e os objetivos da aprendizagem, determinando-se quais as competências que serão desenvolvidas e como elas serão alcançadas (Gatti et al., 2019). Esse processo requer uma análise detalhada prévia das necessidades formativas e a definição clara dos resultados esperados (Instituto para a Qualidade na Formação, 2006). Além disso, a programação formativa deve considerar fatores como duração, recursos disponíveis e metodologias ativas que incentivem a aprendizagem colaborativa e contínua (Gatti et al., 2019). Foi elaborado um plano de sessão da ação de formação, com os objetivos pedagógicos apresentado no Anexo V. O objetivo geral foi contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural, no programa “Saúde da Família” do SClinico-CSP® e os objetivos específicos: - conhecer o MDAIF; - conhecer as áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF; - conhecer o Programa de “Saúde da Família” do SClinico-CSP®; - conhecer os passos para a documentação da avaliação estrutural no Programa de “Saúde da Família” do SClinico-CSP®; - conhecer a forma adequada de preencher a Escala de Graffar; - conhecer a avaliação diagnóstica, formulação diagnóstico e identificação de intervenções para os focos: Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Abastecimento de Água, Animal Doméstico e Prevenção de Segurança.

O passo seguinte foi a concretização da sessão de formação em serviço que decorreu no dia 13 de novembro de 2024 às 13 horas, em que estiveram presentes os seis elementos da equipa de enfermagem. Os conteúdos teórico-práticos foram selecionados com base nos objetivos da sessão, e são apresentados no Anexo V. Nesta a sessão, refletiu-se sobre a possibilidade de desenvolver um processo de *coaching one-to-one*. O *coaching* desempenha um papel significativo no processo de formação, através de uma abordagem colaborativa e orientada para resultados, frequentemente utilizada para facilitar o crescimento pessoal e profissional, além de apoiar o alcance de metas em ambientes organizacionais (Halliwell et al., 2023). É um processo que favorece

o autoconhecimento e o instauração de metas, provocando uma reflexão sobre as perspetivas, mentalidades, crenças e abordagens que podem levar a um comportamento mais sustentável ou seja, o *coaching* é um processo que promove o desenvolvimento do indivíduo de um estado atual para um estado desejado (Rocha et al., 2019). Pode aumentar a eficácia da liderança, promover mudanças comportamentais e melhorar o desempenho em diversas áreas, contribuindo para o desenvolvimento da autoconfiança, da autorregulação e de habilidades específicas, como resolução de problemas e comunicação (Halliwell et al., 2023). O *coaching one-to-one* na enfermagem oferece um suporte personalizado, onde o *coach* auxilia o enfermeiro no alcance de metas pessoais e profissionais, promovendo competências como autoconfiança, comunicação e eficácia no desempenho de funções (Norman, 2022). Foi então proposto à equipa de enfermagem que, durante a realização do estágio sempre que surgisse alguma dúvida ou dificuldade na documentação/identificação de diagnósticos no âmbito do Programa de “Saúde da Família”, poderiam solicitar a nossa colaboração.

A avaliação da formação é fundamental para a sua concretização, sendo que é através dela, que nos é permitido comprovar o seu impacto na organização (Baraças, 2017). O modelo de avaliação da formação de Kirkpatrick foi criado por Donald Kirkpatrick's em 1959 e consolidado em 1994. Este modelo está dividido em 4 níveis de avaliação (Baraças, 2017), especificamente: reação, aprendizagem, desempenho no cargo, mudança de comportamento e resultado (Trindade et al., 2024). De acordo com a visão de Kirkpatrick a avaliação é definida como a determinação da eficiência dos programas de formação, sendo um modelo amplamente conhecido e utilizado em diversos contextos, nomeadamente na área da saúde (Trindade et al., 2024). A popularidade deste modelo está associada à simplificação do processo de avaliação das ações de formação e treinamento e por abordar a necessidade da capacitação dos profissionais para entender a avaliação da formação de forma sistemática (Baraças, 2017; Trindade et al., 2024). Propõe o uso de linguagem simples para tratar os diversos resultados e permite delinear conclusões sobre a necessidade de continuar ou parar a aprendizagem (Trindade et al., 2024). Kirkpatrick defende

que se os formandos não gostarem da formação, a aprendizagem não irá ocorrer (Baraças, 2017). A avaliação no nível de reação foi realizada imediatamente após a sessão de formação, em que foi pedido aos presentes uma reflexão acerca da mesma, acerca dos conteúdos programáticos e métodos, acerca da formadora e uma avaliação global da formação, conforme o Anexo VI. Para esta avaliação foi utilizada uma escala de likert com 5 opções de resposta, ancoradas em um (“nada adequado”), três (“adequado”) e cinco (“muito adequado”). Era ainda possível acrescentar sugestões e/ou críticas. Analisando os dados recolhidos, no ponto adequação dos conteúdos programáticos todas as avaliações foram acima de quatro com a exceção no equilíbrio entre a exposição teórica/prática em que teve 2 avaliações no adequado (três). Na avaliação da formadora e na avaliação global da ação todas as respostas avaliaram acima de quatro sendo a maioria com cinco (muito adequado). Nenhum dos enfermeiros apresentou críticas, sugestões e comentários. Esta avaliação denota um *feedback* positivo por parte dos formandos à sessão de formação realizada. Nesta fase de implementação e execução, após a realização da sessão formativa, foi solicitado por vários enfermeiros suporte na realização da documentação dos cuidados às famílias, promovendo assim o desenvolvimento habilidades e a promoção de sentimentos de confiança na realização dos mesmos.

A avaliação no nível de aprendizagem foi realizada cerca de dois meses após a sessão formativa, em janeiro de 2025. Foi novamente aplicado o ICD inicial apresentado no Anexo IV, utilizando a secção de questões de verdadeiro/falso acerca da avaliação da família da dimensão estrutural da matriz operacional do MDAIF. Esta metodologia permitiu a comparação de resultados e retirar conclusões sobre a aquisição de conhecimentos. Após colheita dos resultados obtidos identificou-se um aumento das respostas certas de 54% para 82%. A avaliação nos níveis de mudança de comportamento foi realizada com uma nova pesquisa utilizando o programa MIM@UF acerca da documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família”, e em janeiro de 2025, contabilizando também o ano de 2024 já tinham sido efetuados 12 registos, como pode ser consultado no Anexo VII. É de realçar que este programa só avalia um primeiro

registo em cada família e não o número total de consultas. Estes resultados corroboram que a adoção de métodos formativos e avaliativos, que incluem avaliações antes e depois da formação, revela-se fundamental na melhoria do nível de conhecimentos e na auto-perceção (Santos, 2023) o que também acontece nas competências dos profissionais de enfermagem. Após análise destes resultados considera-se que a finalidade do projeto foi atingida, traduzindo-se no aumento da documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família” do SClinico-CSP®, bem como os objetivos específicos relacionados com o MDAIF e as áreas de atenção da dimensão estrutural.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se apresentar uma análise crítica e reflexiva acerca de todo o processo de aprendizagem desenvolvido durante a realização das UC Estágio de Natureza Profissional – módulo I e Estágio de Natureza Profissional – módulo II. Esta análise será norteada pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019) e pelo Regulamento das Competências Específicas do EEECESF (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). As várias UC no âmbito do CMECESF facultaram a integração de conhecimentos teóricos e teórico-práticos e posteriormente a sua mobilização em contexto de estágio, com a prática de cuidados especializados à família e assim contribuindo para o desenvolvimento de competências em ESF. Esta reflexão requer uma avaliação crítica das experiências e a compreensão de que o que adquirimos aumenta o nosso conhecimento, ou seja a reflexão ao longo do tempo aumenta o conhecimento e melhora a prática (Cadorette et al., 2023).

O processo de reflexão permite ao enfermeiro analisar as suas práticas, identificar áreas a aperfeiçoar e conseqüentemente consolidar as aprendizagens, sendo que o conceito de reflexão na ação e reflexão sobre a ação possibilita uma tomada de decisão informada e conseqüentemente uma melhoria dos cuidados prestados (Schön, 2000). A reflexão na ação refere-se à aprendizagem através da prática em que os profissionais lidam com situações de incerteza e conflito de valores, por outro lado, a reflexão sobre a ação refere-se à reflexão sobre algo que já aconteceu (Cadorette et al., 2023; Schön, 2000). A reflexão sobre a ação é feita após o facto acontecer e pode ser realizada através de discussão, documentação e análise sobre uma determinada situação (Schön, 2000). Ambos os conceitos podem ser aplicados aos cuidados de enfermagem, já que exigem a implementação de tarefas e intervenções que não são facilmente visualizadas no momento, como por exemplo o apoio emocional (Cadorette et al., 2023). Esta reflexão pode ajudar a descobrir o que já é conhecido e auxiliar na integração de novas informações, gerando um maior

conhecimento e um maior nível de compreensão (Cadorette et al., 2023). No caso dos profissionais de enfermagem, estes têm de ser capazes de adaptar e refletir na sua ação, de forma a individualizar os cuidados às famílias e a cada um dos seus membros (Cadorette et al., 2023). A prática reflexiva e deliberada, no desenvolvimento da componente clínica, contribuiu para a aquisição de competências, que é o que se pretende demonstrar no presente capítulo.

Segundo Perrenoud (1999), a competência é a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para responder de forma eficaz a uma determinada situação. Este autor destaca que este conceito não se limita à posse de conhecimentos teóricos, mas à sua aplicação em contextos reais e dinâmicos. O desenvolvimento de competências implica saber selecionar, mobilizar, integrar conhecimentos, considerando as aprendizagens pessoais, a formação educacional e a experiência profissional (Amaral & Figueiredo, 2021). Em enfermagem, o conceito de competência “identifica um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, (o profissional) mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019, pp. 4745), sendo este conceito fundamental para assegurar que os cuidados prestados vão de encontro às necessidades e promover a melhoria contínua dos serviços de saúde (Amaral & Figueiredo, 2021; Serrano et al., 2011). Segundo Benner (2001) a aquisição e o desenvolvimento de competências do enfermeiro é baseada nas experiências vivenciadas, mas também na forma como as mesmas são ensinadas. O Modelo de Desenvolvimento Socioprofissional caracteriza a aquisição de competências em iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Este modelo enfatiza a importância da experiência prática na aquisição de competências, destacando que o conhecimento teórico, embora fundamental, não é suficiente para alcançar a excelência na prática de enfermagem (Amaral & Figueiredo, 2021; Benner, 2001). A progressão através destes níveis não é automática; requer reflexão contínua, uma aprendizagem ativa e a exposição a diversas situações clínicas (Amaral & Figueiredo, 2021).

Seguidamente, vão ser identificadas as competências específicas do EEECESF: “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, pp. 19355), com a respetiva análise dos contributos das atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio.

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

Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas

A relação de disponibilidade e confiança estabelecida com as famílias ao longo da componente clínica, foi essencial para permitir a criação de uma relação empática com os membros da família, essencial no sucesso terapêutico. Na realização das consultas foi fomentada uma comunicação aberta estabelecendo com os membros das famílias uma relação de neutralidade. Na família L, quando M e H partilham que não compreendem a forma como J tem reagido face à morte do irmão, não se julgou nem se manifestou partido, respeitando todas as perspetivas dos membros da família. Foram consideradas as preocupações no âmbito da saúde, manifestadas pelos membros da família. Existiu sempre uma adequação ao horário solicitado pelos utentes, disponibilizando uma acessibilidade dentro das suas necessidades. Com a concordância dos participantes, com duas das seis famílias avaliadas, foram também realizadas consultas em ambiente domiciliário, o que permitiu um conhecimento mais próximo do ambiente familiar, assim como uma recolha de dados por observação da dimensão estrutural do MDAIF, nomeadamente na família M e família T, sendo possível colher dados acerca da higiene da habitação no âmbito do edifício residencial e identificar as barreiras arquitetónicas no âmbito da

precaução de segurança. No que diz respeito aos planos de cuidados elaborados e conseqüentemente na identificação dos diagnósticos que requerem intervenções, estes foram sempre concebidos com a família, potenciando os seus recursos, forças e estratégias. Foi sempre questionado aos membros das famílias que concordavam com as atividades para concretizar as intervenções. Por exemplo quando foi proposta ao subsistema parental da família M escreverem uma carta dirigida a cada um dos filhos em que ambos concordaram. Durante as consultas com os membros da família, houve sempre flexibilidade para estabelecer objetivos que identificassem como mais prioritários, além das ações e estratégias para atingir os mesmos. Por exemplo nos elementos da família M, ambos os pais identificam como prioritário melhorar a comunicação com o filho D, já que ambos referem não conseguir compreender o que se passa com ele. Além disso, atendendo às especificidades de cada uma das famílias, foram utilizadas diferentes técnicas de intervenção familiar e individual, nomeadamente conotação positiva (família L e M), ritual terapêutico (família L), reenquadramento (família L), cartas terapêuticas (família M e membros da família L), escultura (família M) e EM (membros da família M e L), bem como questões lineares, reflexivas, hipotéticas, circulares e de escala em todas as seis famílias. Foram potenciados os recursos e forças das famílias em todas as consultas realizadas, como por exemplo a adaptação demonstrada aquando do regresso dos filhos adultos à casa dos pais, nas famílias S, P, T e F, como pode ser consultado no Anexo II. Nestas quatro famílias, apesar da re-coabitação intergeracional, não foram identificados diagnósticos que requeriam intervenções, demonstrando uma adaptação às alterações da dinâmica familiar após uma situação de crise. No caso da família T, o regresso a casa da filha M após o seu divórcio, foi visto como uma oportunidade e ajuda para o subsistema parental. Aquando deste regresso, o pai A teve um Acidente Vascular Cerebral. A doença identificada como uma transição acidental, provoca entropia na família com subseqüentes alterações na dinâmica familiar, alterando a estrutura do sistema (Figueiredo, 2012). Esta crise provocou nesta família uma adaptação, tendo uma evolução facilitada pela presença da filha em casa com os pais. Corroborando a literatura, os pais também podem beneficiar da coresidência, em

termos de apoio no dia a dia, apoio emocional e financeiro, situações em que os pais relatam satisfação com este regresso a casa (Gerber et al, 2019; Wu & Grundy, 2023).

Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família

Para efetuar a colheita de dados, foram consultada a equipa de saúde familiar, nomeadamente com o médico e com a enfermeira de família, concretamente a EOC.

Através das consultas realizadas, foram colhidas informações sobre o histórico familiar, permitindo auxiliar na construção do genograma. Foi também avaliada a estrutura familiar, os problemas de saúde presentes nos membros das famílias e se existiam fatores de risco ambiental, nomeadamente no edifício residencial, abastecimento de água e animal doméstico. Tendo em conta as especificidades de cada família, foram avaliadas as áreas da saúde familiar, utilizando a matriz operativa do MDAIF. Além da informação colhida através de questões lineares, teve-se também em consideração a observação feita no local, observação da interação familiar e dos padrões de comunicação verbal e não verbal, como a avaliação da existência de barreiras arquitetónicas no edifício residencial da família M. Além do genograma foram utilizados diversos instrumentos de avaliação familiar: em todas as famílias foi utilizado o ecomapa e a escala de Graffar; na família M foi usada a escala FACES II e na família L, a escala de readaptação social de Holmes e Rahe. Na avaliação individual foram também utilizadas a Escala de Morse (família M), sendo uma avaliação considerada pertinente já que foram identificadas barreiras arquitetónicas no edifício residencial e a Escala de Barthel (família T e F), na medida em que nestas duas famílias foram identificados membros com alguma dependência funcional. Foram identificadas as crenças familiares, identificando a sua influência, nomeadamente as crenças nos valores partilhados pela família, as crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde e as crenças religiosas. Usando como exemplo a crença religiosa da família M considerada uma força da família, já que a participação nas atividades da igreja é feita por todos, considerando-se um ponto de ligação entre os membros desta família. A perceção destas crenças

propiciou a utilização do reenquadramento e conotação positiva utilizados na intervenção familiar. A colheita de dados efetuada possibilitou a identificação de forças e recursos da família, permitindo o desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado e direcionado para as necessidades das famílias e dos seus membros.

Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas

Durante a realização do estágio foram registadas e monitorizadas as respostas das famílias e de cada um dos seus membros, em todas as consultas conforme os dados apresentados no presente relatório. É de realçar o reconhecimento da complexidade e interdependência entre todos os aspetos que influenciam a saúde familiar, bem como a sua influência em cada um dos seus membros. No caso da família L, a morte de um dos membros influenciou a dinâmica familiar, a interação entre cada um dos membros desta família. A forma como cada elemento expressa os sentimentos e encara o luto também não era aceite, havendo uma diferença significativa no subsistema fraternal. H não consegue pensar na sua vida sem pensar no que o irmão acharia. Esta situação consequentemente pode levar a um processo de luto mais complicado, já que os conflitos familiares também poderão ser um fator que poderá fomentar o desenvolvimento de um luto patológico. Promovendo a comunicação expressiva de emoções e o envolvimento da família foi possível que H visse de outra forma o modo como a irmã demonstrava os seus sentimentos. Na avaliação e intervenção familiar realizada, foi sempre valorizada a complexidade da interação entre o indivíduo, família, o meio ambiente que os rodeia e a sua saúde, tendo sido expresso pelos membros das famílias, a sua satisfação com as consultas e com a relação enfermeira/família.

Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

Todas as atividades realizadas e o desenvolvimento da prática clínica foi sempre norteada pela mais recente evidência científica. Com a disponibilidade por parte da instituição de ensino, de bases de dados científicas, o acesso às mais recentes práticas de investigação foi facilitador para o desenvolvimento de novas

competências, já que permitiu um conhecimento do estado da arte e relacionar esse conhecimento com a prática clínica. Relativamente à investigação, identifica-se cada vez mais relevância em que os enfermeiros contribuam para a criação e aquisição de novos conhecimentos da ciência de Enfermagem.

Como referenciais teóricos recorreu-se ao MCAF, o MCIF (Wright & Leahey, 2012) e ao MDAIF (Figueiredo, 2012). Os pressupostos deste referencial teórico permitem identificar a complexidade da família e das suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização. A matriz operativa do MDAIF constituiu uma mais valia teórica e prática, tendo sempre presente o seu carácter dinâmico, orientando a avaliação inicial, o planeamento, a intervenção e a avaliação dos resultados, permitindo uma reflexão sobre a influência do funcionamento familiar, da dicotomia saúde/doença e do ambiente familiar nas intervenções à família. A sua utilização permitiu sistematizar a colheita de dados direccionada para as tarefas esperadas nas famílias com filhos adultos, identificar diagnósticos e implementar intervenções. Além disso a aprendizagem realizada ao longo do processo formativo, através das UC e a sua transferência para o contexto da prática clínica, permitiu o desenvolvimento de competências específicas em ESF. A monitorização e avaliação das intervenções implementadas com as famílias e respetivos ganhos em saúde foram realizadas através dos indicadores MDAIF (ESEP/CINTESIS, 2013).

Após uma pesquisa científica acerca das famílias em situação de re-coabitação intergeracional, foram consideradas e identificadas mudanças que aconteceram nos membros destas famílias, descritas na literatura. Este conhecimento foi facilitador em todo o processo de avaliação e intervenção familiar, permitindo identificar as necessidades, forças e recursos das famílias. Foi identificado que as mudanças provocam efeitos em todo o sistema familiar, já que o regresso a casa dos pais, influenciou dimensões pessoais, conjugais, e relacionais como na família M se demonstrou de uma forma mais patente. No caso das restantes famílias estas ultrapassaram esta transição. No caso da família L a vivenciar uma transição situacional com a morte de um dos membros, fomentou-se a comunicação criando um ambiente seguro para permitir o expressar os seus sentimentos e promover a construção de novos significados em relação à perda.

Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas; facilita a resposta da família em situação de transição complexa.

Em todos os contactos com as famílias, foi privilegiado um diálogo aberto e escuta ativa, ajudando a desenvolver e mobilizar estratégias de resolução de conflitos e técnicas de comunicação eficazes. Os membros das famílias foram sempre encorajados a partilhar as suas histórias, as suas preocupações e as situações anteriores que pudessem ser utilizadas como potenciadoras na resolução de problemas. Da mesma forma, foram aplicadas estratégias e técnicas motivacionais, como o reforço positivo e o elogio. A família S é um exemplo, já que os ambos os filhos regressaram a casa dos pais, após rutura com os respetivos conjugues. A filha já tinha regressado em 2018 e o filho há 2 anos também regressou para casa dos pais. A situação vivenciada com a filha foi um exemplo positivo para esta família, que já não viu como uma crise o regresso do filho C.

Prevedendo-se mudanças que pudessem afetar a sua saúde, no caso da família M, foram encetadas intervenções de forma a melhorar a comunicação familiar. Foram desenvolvidas com a família estratégias de resolução de conflitos, formas de lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas de saúde familiar. Para promover e facilitar a comunicação entre os pais e o filho D, foi proposta a esta família utilizar as cartas terapêuticas, como técnica para partilha de sentimentos e reforçar a conexão emocional.

Quando possível, foi analisado com as famílias o seu progresso, dando *feedback* acerca dos objetivos já alcançados.

Além disso, foi garantida a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, garantido a confidencialidade de toda a informação recolhida, utilizando a sua identificação por letras e não pelo seu nome e data de nascimento

Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar

Durante o processo formativo, foi sempre necessária a orientação e aconselhamento de profissionais peritos e mais experientes, nomeadamente a orientadora pedagógica, as docentes de orientação científica e a EOC, proporcionando o desenvolvimento de competências especializadas. A reflexão crítica sobre os cuidados prestados às famílias foi uma preocupação que permitiu ao mesmo tempo identificar áreas de melhoria, bem como uma procura de constante da melhor evidência disponível. Esta procura permitiu uma sustentação da aprendizagem, com a consequente mobilização dos conhecimentos e desenvolvimentos das competências preconizadas.

A necessidade de complementar o conhecimento em ESF instigou à participação em diversos eventos científicos: fez parte da Comissão Organizadora do Seminário de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, integrado na NursID Spring School 2023, realizado no dia 9 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto; participação no XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas, no dia 15 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (SPESF), em co-autoria da comunicação livre com o título “A influência da disfunção sexual na satisfação conjugal em casais com relacionamentos longos: uma revisão scoping”; participação na sessão de formação online, Técnicas de investigação com ferramentas avançadas de bases de dados científicas" pelo *EBSCO Information Services*, com duração de 1 hora, no dia 28 de outubro de 2024. Em 2023 surgiu um convite para integrar a Comissão de Inovação e Desenvolvimento da SPESF e participar no projeto EnF.amília. A SPESF tem como missão o desenvolvimento de estratégias promotoras de competências profissionais em ESF, com vista à otimização das respostas às necessidades das famílias (SPESF, 2025a). O projeto Enf.amília utiliza as redes sociais com os seguintes objetivos: promover a literacia em saúde das famílias; informar os cidadãos sobre as competências do enfermeiro especialista em ESF, informar sobre as áreas de atividade do enfermeiro de família e identificar as

necessidades das famílias portuguesas (SPESF, 2025b). A participação neste grupo de trabalho ocorre como membro da equipa responsável pela criação de conteúdos. A participação ativa neste projeto permitiu o seu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como promover na difusão da ESF para uma comunidade mais abrangente e heterogénea.

Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

Efetuiu-se uma avaliação ao longo do tempo das intervenções com as famílias, refletindo sobre os progressos e a adequação das intervenções implementadas. Ao longo da componente clínica, foram criados momentos de avaliação acerca dos cuidados prestados, nomeadamente com a marcação de consultas e valorizando sempre uma abertura e disponibilidade para adequação dos procedimentos com todos os elementos das famílias presentes. A relação enfermeiro/família foi sempre tida em consideração, já que existia um enfermeiro de referência que foi sempre incluído nas avaliações e intervenções realizadas. O cuidar de famílias que já tinham um enfermeiro de família, com o qual têm uma relação terapêutica estabelecida, tornou-se um desafio. Esta situação foi ultrapassada com a criação de um ambiente seguro e de confiança. Foi desenvolvida uma prática profissional baseada em princípios éticos, agindo de acordo com as normas legais e a deontologia profissional.

Nem sempre foi possível avaliar a eficácia dos cuidados. No caso da família M, foram efetuadas várias tentativas de marcação com o filho D, e percebeu-se que este elemento não identificou nenhuma necessidade para uma intervenção no âmbito da ESF. Houve sempre uma preocupação de verificação da satisfação das famílias relativamente à relação profissional/família/utente e aos cuidados prestados, sendo que a eficácia e continuidade dos cuidados de enfermagem efetuados será monitorizada no futuro pelo EOC.

4.2 Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

A articulação com os membros da equipa da USF foi uma constante desde o início do estágio profissional. Sempre que identificada alguma necessidade específica, os membros das famílias foram referenciados para outros profissionais de saúde, nomeadamente para a equipa da URAP, com o objetivo de dar resposta a necessidades de saúde específicas. Na família L foi identificada uma necessidade de articulação com o psicólogo e com o nutricionista da URAP tendo-se procedido a um encaminhamento para as referidas equipas.

No que diz respeito aos serviços oferecidos pela comunidade, não foi identificada nenhuma necessidade de orientação de nenhuma das famílias avaliadas.

Houve uma colaboração com a equipa de enfermagem através da implementação do processo formativo para a melhoria da documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família” no SClínico-CSP®. Foi também disponibilizado um processo de *coaching* e mentoria aos enfermeiros no mesmo âmbito.

Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

Para a implementação do processo formativo, foi efetuada um diagnóstico das necessidades; programação atendendo às necessidades identificadas, implementação e execução e avaliação dos resultados. A pertinência e eficácia deste processo foram demonstradas através da melhoria dos conhecimentos corroborado com a aplicação de um ICD, e a mudança de comportamento, traduzida pelo aumento do número de registos efetuados. Além disso, permitiu desenvolver competências no âmbito da formação em serviço, sendo esta

sustentada e ajustada às verdadeiras necessidades dos profissionais. Desta forma, foi construída uma visão da ESF aos diferentes níveis de prevenção, sendo também promovida uma cultura organizacional de formação, de prática e de investigação.

Em colaboração com o EOC, foram utilizados os SIE disponíveis, ou seja o SClínico-CSP®, melhorando assim os resultados, promover e dar visibilidade à ESF.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio visou descrever as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas do EEECESF e das competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como uma reflexão sobre as mesmas.

No que se refere à prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados, ao longo do CVF nos diferentes níveis de prevenção, foi mobilizado o MDAIF, que constituiu uma base teórico-prática sólida e estruturada. A utilização de um referencial teórico foi um recurso facilitador da colheita de dados, identificação de diagnósticos e para o delinear de intervenções com o fim de alcançar os resultados desejados, permitindo adequar os cuidados às especificidades e complexidade de cada família, particularmente nas famílias com filhos em idade adulta.

Tendo em conta os objetivos definidos para as UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, conclui-se que foram adquiridos e aprofundados conhecimentos no âmbito da ESF bem como, o desenvolvimento de competências para avaliação e intervenção. Os dados subseqüentes da avaliação efetuada, conduziram à formulação de diagnósticos nas dimensões de desenvolvimento e funcional, à intervenção direcionada a cada uma das famílias, e também a cada um dos seus membros individualmente. Desta forma, obteve-se uma prestação de cuidados específicos e dirigidos às necessidades identificadas em cada família, tendo em conta a sua especificidade. No que diz respeito à avaliação, foi atingida uma taxa de 100 % em todas as áreas das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional. Na dimensão estrutural não foram identificadas necessidades de intervenção. Na dimensão de desenvolvimento, foram formulados os diagnósticos de satisfação conjugal não mantida numa das famílias e papel parental não adequado numa delas. Na dimensão funcional, identificaram-se diagnósticos de processo familiar

disfuncional em duas das famílias, relacionado com a comunicação familiar não eficaz, *coping* familiar não eficaz, interação de papéis não eficaz. Todas as intervenções foram planeadas para capacitar as famílias de acordo com as suas necessidades e forças. As atividades preconizadas tiveram por base técnicas sistémicas como os rituais familiares, as cartas terapêuticas e a escultura. Após as intervenções implementadas obtiveram-se ganhos em saúde em 100% das intervenções implementadas no âmbito da dimensão de desenvolvimento, nas áreas da satisfação conjugal e do papel parental. Na dimensão funcional, nas áreas do processo familiar conseguiu-se uma eficácia de 50%. Estes resultados evidenciam a importância de uma prática baseada em evidência e focada nos ganhos de saúde sensíveis aos cuidados em ESF. No que diz respeito à avaliação individual, também foram conseguidos ganhos em saúde. Os membros da família foram alvo de cuidados com intervenções que visaram maioritariamente a gestão do regime terapêutico no âmbito do exercício físico e o auto-controlo da ansiedade.

Relativamente à competência liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF foram atingidos os objetivos específicos, através da referenciação dos indivíduos para outros profissionais de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados em cooperação com outras equipas. Foi desenvolvido um processo formativo à equipa de enfermagem da USF sobre a documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família”, que permitiu melhorar a documentação dos mesmos, permitindo a identificação de diagnósticos com necessidade de intervenção, o que levará à implementação de intervenções e consequentemente com a obtenção de ganhos em saúde, bem como para o desenvolvimento e visibilidade da ESF. É de realçar que, o sistema de informação utilizado nos CSP, apresenta muitas lacunas sendo urgente uma nova parametrização, constituindo-se assim como uma limitação a ultrapassar no futuro.

Ao longo da realização do CMECESF que culminou com a elaboração deste relatório, ficou ainda mais notória a importância dos cuidados em que o foco é tanto na família como um todo, quanto em cada um dos seus membros. A complexidade do sistema familiar deve ser encarado como desafio, sendo

essencial a avaliação contínua de dados relevantes, permitindo a tomada de decisão fundamentada e a identificação de diagnósticos de enfermagem no contexto familiar, considerando as transições e necessidades específicas. Concluindo, esta aprendizagem mostrou-se vital no desenvolvimento e aprimoramento de competências na área da ESF. A aquisição das competências do enfermeiro é baseada nas experiências vivenciadas e o conhecimento desenvolve-se ao longo do tempo, aumentando o *know-how* (Benner, 2001). Este processo mostrou uma visão mais abrangente dos modelos teóricos e da sua transposição para a prática da ESF. A capacidade de analisar a prática implica sempre um processo de reflexão sobre a ação e, conseqüentemente de tomada de decisão sobre a ação (Amaral & Figueiredo, 2021).

O mérito do EEECESF deve ser reconhecido por todos os grupos profissionais, pela sociedade e pelo poder político, sendo para isso fundamental o estabelecimento de medidas promotoras do papel social destes profissionais. Uma destas medidas, deverá ser a redução do número de famílias por enfermeiro, visando também garantir uma dotação segura e um fortalecimento dos cuidados de saúde.

Como futura enfermeira especialista, tem-se como objetivo contribuir para o reconhecimento da ESF, pautando a prática profissional com a prestação de cuidados à família, aplicando as competências adquiridas e desenvolvidas neste processo formativo. Pretende-se contribuir para a melhoria dos resultados dos cuidados à família, bem como cooperar ativamente na promoção da qualidade organizacional, garantindo conforme as competências comuns do Enfermeiro Especialista um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas na área da governação clínica. Ambiciona-se desenvolver e implementar processos formativos sobre a prestação de cuidados à família e participar no desenvolvimento de políticas sociais relacionadas com a ESF, já que a prática segura garante cuidados com qualidade promovendo assim ganhos em saúde.

Após este percurso, transpondo-o para prática diária, fica como reflexão a importância da contratualização de indicadores de desempenho adequados à prestação de cuidados na área de ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, J., (2018). *Relação conjugal ao longo do ciclo de vida: satisfação, comunicação, motivação, coesão e adaptabilidade*. [Dissertação de Doutoramento em Psicologia, ISPA]. Repositório Científico de Acesso Aberto ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/6846>
- Agostinho, A. C. M. A. L. (2009). *Filhos na escola e filhos adultos: A relação entre funcionamento familiar, parentalidade e resiliência* [Tese de mestrado, Universidade de Lisboa]. ProQuest Dissertations & Theses. <https://www.proquest.com/openview/d3d09f776df052d924f185f54dd2441d/1?cbl=2026366&diss=y&pq-origsite=gscholar>
- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares, uma visão sistémica* (3rd ed.). Quarteto Editora.
- Almeida, F., Dantas, M. J., & Figueiredo, M. H. (2023). Cartas terapêuticas. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 449–451). Lidel - Edições Técnicas.
- Alva-Peña, J. J., Correa-López, L. E., & De la Cruz-Vargas, J. A. (2022). Factores epidemiológicos y educativos asociados al nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en internos de medicina de Lima, Perú. *Revista de La Facultad de Medicina*, 70(4), e93616. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n4.93616>
- Amaral, G., & Figueiredo, A. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: Uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5). <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- Amaro, F. (2001). Escala de Graffar adaptada. In *A Classificação das famílias segundo a escala de Graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

- Andrade, A. S., Afonso, F., Pacheco, D., & Rocha, J. C. (2008). O luto no ciclo de vida: Para uma compreensão aprofundada do fenómeno no contexto da saúde. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 4. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832319028.pdf>
- Asen, E., Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2024). Mentalization-based work with families. *Psychodynamic Psychiatry*, 52(4), 563–583. <https://doi.org/10.1521/pdps.2024.52.4.563>
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care*. Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/67210>
- Baraças, A. R. C. (2017). *Avaliação da formação segundo o modelo de Kirkpatrick* [Dissertação de mestrado]. Universidade de Lisboa.
- Benatti, A. P., Campeol, Â. R., Machado, M. S., & Pereira, C. R. R. (2021). Famílias monoparentais: Uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41(spe3). <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209634>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701–712. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Cadorette, J., McCurry, M., & Danells Chin, E. (2023). Reflective transition practice model: The new graduate registered nurse. *Nursing Science Quarterly*, 36(3), 282–291. <https://doi.org/10.1177/08943184231169763>
- Camargo, V. C., Dalmedico, M. M., Cezar, J. O., Santos, V. de L., Ioshii, S. O., & Cubas, M. R. (2025). Funções da família na vida de seus membros:

Uma revisão de escopo. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 27(77062), 1–14. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/80001/42516>

Carlson, M., Browning, S., Goodman, L., & Carlson, K. (2021). Case study illustrating family systems interventions in a school setting to address anxiety and school avoidance. *International Journal of Systemic Therapy*, 32(2), 115–133. <https://doi.org/10.1080/2692398X.2020.1849935>

Carvalho, D. A. C. (2023). *Avaliação e intervenção em famílias nucleares com um dos elementos do subsistema conjugal portador de diabetes mellitus tipo 2 - Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde familiar* [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://comum.rcaap.pt/browse/author?scope=59c8e846-e557-4e37-bdb9-ad959adc27f1&value=Carvalho,%20Dayane%20Alessandra%20Cardoso&bbm.return=11>

Carvalho, S. da C. C. de, & Cardoso, A. V. P. (2022). Cuidar da família do doente terminal – avaliação e intervenção familiar segundo o MDAIF- um estudo de caso. *Europub Journal of Health Research*, 3(2), 176–189. <https://doi.org/10.54747/ejhrv3n2-011>

Casares, D. R., & White, C. C. (2018). The phenomenological experience of parents who live with a boomerang child. *The American Journal of Family Therapy*, 46(3), 227–243. <https://doi.org/10.1080/01926187.2018.1495133>

Chiavenato, I. (2009). *Recursos humanos: O capital humano das organizações* (9ª ed.). Elsevier.

Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações* (4ª ed.). Editora Manole.

Concellos, L. (2024). *Cartas terapêuticas: Intervenção de enfermagem ao cuidador familiar em cuidados paliativos à luz da teoria da tristeza crônica* [Tese de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina].

Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina.
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/263903/PGCF0208-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>

Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2023). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - um estudo de caso. *Egitania Scientia*, 1(28), 187–203.
<https://doi.org/10.46691/es.v1i28.93>

Cotrim, H., & Figueiredo, M. (2023). Morte e luto na família. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (1º ed., pp. 286–289). Lidel - Edições técnicas.

Dallos, R., & Vetere, A. (2021). *Systemic therapy and attachment narratives*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003080152>

Daniel, T. (2023). Adding a new dimension to grief counseling: Creative personal ritual as a therapeutic tool for loss, trauma and transition. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 87(2), 363–376.
<https://doi.org/10.1177/00302228211019209>

de Mello, D. B., Trettim, J. P., da Cunha, G. K., Rubin, B. B., Scholl, C. C., Ardais, A. P., dos Santos Motta, J. V., Nedel, F., Ghisleni, G., Pinheiro, K. A. T., Pinheiro, R. T., de Avila Quevedo, L., & de Matos, M. B. (2021). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and the occurrence of stressors events in a probabilistic sample of pregnant women. *Psychiatric Quarterly*, 92(1), 123–133. <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09763-0>

Decreto-Lei n.º 104/98 do Ministério da Saúde. (1998). *Diário da República*: I série, n.º 93. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/93-1998-110255>

Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). *Diário da República*: I série, n.º 161. <https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>

Decreto-Lei n.º 156/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República*: I série, n.º 181.

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Decreto-Lei n.º 73/2017 do Ministério da Saúde. (2017). *Diário da República*: I série, n.º 118.

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf>

Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Diário da República*: I série, n.º 215.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Decreto-Lei n.º 103/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Diário da República*: I série, n.º 215.

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0002100048.pdf>

Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., & Franco, M. H. P. (2015). Family dynamics during the grieving process: A systematic literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), 1119–1134.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.09562014>

Dias, M. (2015). A comunicação como processo de interação e de integração no sistema familiar – os valores. *Gestão e Desenvolvimento*, 23, 85–105.

<https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2015.273>

Duncan, G., Magnuson, K., & Votruba-Drzal, E. (2017). Moving Beyond Correlations in Assessing the Consequences of Poverty. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 413–434. <https://doi.org/10.1146/annurev- psych-010416-044224>

ESEP/CINTESIS. (2013). *Projeto: modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma acção transformativa em Cuidados de Saúde Primários*.

https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/indicadores_de_ganhos_em_saude.pdf

Eurostat. (2017, December). *Estrutura populacional e envelhecimento*. Eurostat Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&direction=next&oldid=365045

Evans, V., Ferrier, P., Pugh, S., Bohecker, L., & Edwards, N. (2022). Coresidence is not a failure to launch or boomerang children. *The Family Journal*, 30(3), 459–465. <https://doi.org/10.1177/10664807211063197>

Fernandes, O. M. (1995). *Família e emigração* [Tese de mestrado, Universidade de Coimbra]. Catálogo UTAD. <https://catalogo.biblioteca.utad.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=52755>

Ferré-Grau, C. (2023a). Entrevista familiar sistémica. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 403–406). Lidel - Edições técnicas.

Ferré-Grau, C. (2023b). Intervenção em enfermagem de saúde familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (1st ed., pp. 80–83). Lidel- Edições Técnicas

Fernandes, V., Contente, A., Guerreiro, I., Guerreiro, H., Gouveia, M., & Melo, M. (2021). Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: revisão narrativa. *Gestão E Desenvolvimento*, 29, 464–482.

Ferreira, J. de S., Cypriano, L. B., Vasconcellos, N. A. de S., Sepulvida, G. M., Silva, J. V. L. da, Coelho, A. da C., Macedo, E. C., Martins, R. A., & Dias, J. R. (2021a). Cartas terapêuticas: Tecnologia estratégica de comunicação e seus desdobramentos terapêuticos. *Research, Society*

and Development, 10(8), e60010817687. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17687>

Ferreira, M., Figueiredo, M. H., Guedes, V. M. S., Marques, A. F., Lopes, A. R., Moreira, A. R., Santos, M. C., Lopes, M., Gomes, T. V., & Peixoto, M. J. (2021b). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários: Perceção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 77–90.

Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(2), 7–20. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>

FFMS. (2023a). *Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/portugal/agregados+domesticos+privados+total+e+por+tipo+de+composicao-19>

FFMS. (2023b). *Dimensão média dos agregados domésticos privados*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/portugal/dimensao+media+dos+agregados+domesticos+privados-511>

Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusodidata.

Figueiredo, M. H. (2023a). Modelo dinâmico de avaliação de intervenção familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 383–391). Lidel - Edições técnicas.

Figueiredo, M. H. (2023b). Princípios da entrevista familiar sistémica. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 407–416). Lidel - Edições técnicas.

Figueiredo, M., & Cervený, C. (2012). Ninho cheio, geração canguru: A permanência do filho adulto em casa segundo a perspetiva dos pais. *Pensado Famílias*, 16, 143–162.

Figueiredo, M., & Dias, A. (2023a). Conotação positiva. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 438–439). Lidel - Edições Técnicas.

Figueiredo, M., & Dias, A. (2023b). Rituais terapêuticos. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 443–444). Lidel - Edições Técnicas.

Figueiredo, M. H., Monteiro, M., & Subtil, C. (2023a). A Enfermagem de Saúde Familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 42–64). Lidel - Edições Técnicas.

Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023b). Escala de readaptação social de Holmes e Rahe. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 357–358). Lidel - Edições Técnicas.

Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023c). Genograma e psicofigura de Mitchell. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 344–346). Lidel - Edições Técnicas.

Fonseca, G., Sousa, B., Crespo, C., & Relvas, A. P. (2024). Economic strain and quality of life among families with emerging adult children: The contributions of family rituals and family problem-solving communication. *Family Process*, 63(3), 1319–1335. <https://doi.org/10.1111/famp.12884>

- Frizzo, G., Silva, I., Piccinini, C., & Lopes, R. (2011). Comunicação conjugal durante a transição para parentalidade no contexto de depressão pós-parto. *Psicologia*, 25(2), 39–60. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v25i2.287>
- Galera, S. A. F., & Luis, M. A. V. (2002). Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(2), 141–147. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000200006>
- Gato, A. P. (2023). A enfermagem comunitária. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 33-41). Lidel - Edições Técnicas.
- Gatti, B. A., Barreto, E. S. de S., André, M. E. D. A. de, & Almeida, P. C. A. de. (2019). *Professores do Brasil: Novos cenários de formação* (1st ed.). Edições Unesco.
- Gerber, A., Heid, A. R., & Pruchno, R. (2019). Adult children living with aging parents: The association between income and parental affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, 88(3), 215–230. <https://doi.org/10.1177/0091415018758448>
- Gil-Moltó, M. J., & Hole, A. R. (2024). The impact of adult children living at home on the well-being of Spanish parents: Evidence from panel data. *Social Science & Medicine*, 340, 116492. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116492>
- Givropoulou, D., & Tseliou, E. (2021). Developing reflexivity through group processes in psychotherapy training: An interpretative phenomenological analysis of systemic family therapy trainees' experience. *Family Process*, 60(2), 346–360. <https://doi.org/10.1111/famp.12600>

- Grupo de estudos de saúde do idoso da APMGF. (2023). *Avaliação do idoso: Um guia prático para a consulta de medicina geral e familiar*. https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/11/Guia-Pratico-idoso_2023.pdf
- Guedes, V., & Figueiredo, M. H. (2023). Escultura. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 433–435). Lidel - Edições técnicas.
- Halliwell, P. R., Mitchell, R. J., & Boyle, B. (2023). Leadership effectiveness through coaching: Authentic and change-oriented leadership. *PLOS One*, 18(12), e0294953. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294953>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família - Teoria, prática e investigação* (2nd ed.). Lusociência.
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Hikichi, H., Ni, M. Y., & Leung, G. M. (2020). Parental cohabitation and mental well-being amongst young adults in the world's densest population with least affordable housing: Evidence from the family cohort. *Journal of Affective Disorders*, 274, 698–703. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.060>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Huss, E., & Kapulnik, E. (2021). Using creative genograms in family social work to integrate subjective and objective knowledge about the family: A

participatory study. *Research on Social Work Practice*, 31(4), 390–399.
<https://doi.org/10.1177/1049731521992843>

International Council of Nurses. (2021). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – Versão 2021*.
<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnp>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021 - População*.
https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21

Instituto para a Qualidade na Formação, (2006). *Guia para a avaliação da formação* (1st ed.). Instituto para a Qualidade na Formação, I. P.

Jestico, E., Taylor, B., Finlay, T., & Schutz, S. (2023). The ecomap: a tool for extending understanding in hermeneutic phenomenological research. *Nurse Researcher*, 31(4), 6–13. <https://doi.org/10.7748/nr.2023.e1890>

Jordão, T. M. (2019). *A sistémica familiar no cuidado de enfermagem centrado na família impacto de um programa de formação*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Lee, S. R., & Kim, L. S. (2022). Coresidence of older parents and adult children increases older adults' self-reported psychological well-being. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2022, 1–6.
<https://doi.org/10.1155/2022/5406196>

Lima, M. A. C., Cunha, G. H. da, Fontenele, M. S. M., Siqueira, L. R., Ramalho, A. K. L., Moreira, L. A., Dantas, M. B., & Gomes, M. E. C. (2023). Intervenções associadas à entrevista motivacional para adesão antirretroviral por pessoas com HIV. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36.
<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR01712>

- Lourenço, H., Gomes, A., Carvalho, J., Santos, J., Gomes, M., Gariso, M., Faria, S., & Correia, S. (2023). *Guia orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental de ligação* (1st ed.). Ordem dos Enfermeiros.
- Luz, L., Alexandre, K., Carvalho, F., Rocha, T., Bezerra, A., Sacramento, G., Júnior, G., Almeida, L., Sena, S., Lourenço, A., Silva, C., Araújo, M., & Almeida, M. (2024). A importância da educação continuada em saúde para a qualidade dos serviços públicos de saúde. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 29(9).
- Mahoney, F. L., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Marcheti, M. A., & Mandetta, M. A. (2016). Cartas terapêuticas: Uma intervenção eficaz com famílias de crianças com deficiência. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 4(6), 408–422.
<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/64>
- Marques, M. B. (2022). *Relação entre trabalho doméstico, fatores associados ao sofrimento psíquico e dinâmica familiar entre as mulheres donas de casa*. [Universidade do Sul de Catarina]. Repositório Universitário da Ânia.
- Martín, N. G. (2023). *Revisión bibliográfica sobre los sistemas de la familia interna* [Tese de mestrado, Universidade Católica de Valencia]. Repositorio Institucional Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.
<https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/31113/Gutiérrez%20Martín%2c%20Nuria%20-%20TFM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martins, M. M. (2023). Conceito de saúde familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 122–124). Lidel - Edições Técnicas.

- Martins, M., Sarmiento, T., & Alves, S. (2019). Família: ontem como hoje, permanente educadora. *Gestão e Desenvolvimento*, 27, 211–228. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.382>
- Melo, P. (2023). A promoção da saúde. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 2–9). Lidel - Edições Técnicas.
- MIM@UF. (2024a). *Contactos de Enfermagem por programa de saúde*. Ministério da Saúde. <https://mimuf-norte.min-saude.pt/MicroStrategy/asp/Main.aspx>
- MIM@UF. (2024b). *Inscritos - Sexo, grupo etário e médico de família*. Ministério da Saúde. <https://mimuf-norte.min-saude.pt/MicroStrategy/asp/Main.aspx>
- MIM@UF. (2024c). *Top Problemas por UF e médico*. Ministério da Saúde. <https://mimuf-norte.min-saude.pt/MicroStrategy/asp/Main.aspx>
- Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 8(4), 366–377. <https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505–510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Nomaguchi, K., & Milkie, M. (2020). Parenthood and well-being: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 198–223. <https://doi.org/10.1111/jomf.12646>

- Norman, K. (2022). A student coaching in practice approach: The impact on adult field pre-registration nursing students. *British Journal of Nursing*, 31(15), 800–806. <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.15.800>
- Oliveira, L. G. F., Fracolli, L. A., Gryscek, A. L. de F. P. L., Pina-Oliveira, A. A., Campos, D. S., Silva, L. A. da, Geraldo, D. C., Silva, E. E. A. da, Pereira, T. Z., & Coelho, T. P. B. (2024). A família como sujeito: a centralidade do cuidado e do conhecimento na orientação familiar em saúde. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 7(14), e14989. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.989>
- Oliveira, N. B. de, & Peres, H. H. C. (2021). Quality of the documentation of the nursing process in clinical decision support systems. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4510.3426>
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. J., & Wilson, M. A. (1982). *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle*. Family Social Science, University of Minnesota.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de informação de enfermagem - Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/conteudos/sistema-de-informa%C3%A7%C3%A3o-em-enfermagem-princ%C3%ADpios-b%C3%A1sicos-da-arquitetura-e-principais-requisitos-t%C3%A9cnico-funcionais-vers%C3%A3o-abril-2007/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Relatório de atividades 2011*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/ordem/Documents/RelatorioAtividades_2011_AG24Mar2012.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem* (1st ed.).

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Organização Mundial de Saúde. (1978). *Declaration of Alma-Ata - The International Conference on Primary Health Care*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/347879>

Organização Mundial de Saúde. (2000). *Munich Declaration: Nurses and midwives: A force for health*. Copenhagen: Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/107658>

Organização Mundial de Saúde. (2023). *Cuidados de saúde primários*.
<https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

Ornellas, T., & Monteiro, M. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(No2). <https://doi.org/10.12707/RVI22055>

Paiva, L., & Rasesa, E. (2012). O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psicologia Clínica*, 24(1), 193-207. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100013>

Peixoto, C., & Luz, G. (2007). *De uma morada à outra: Processos de re-coabitação entre as gerações*. Cadernos Pagu.

Pereira, R. (2009). La devolución en terapia familiar. *Revista Norte de Salud Mental*, VIII(35).

Pereira, T. (2011). *Unidades de Saúde Familiar – A Evolução na gestão dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. [Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61085/2/UFS%20A%20Evoluo%20na%20Gesto%20dos%20CSP%20em%20Portugal.pdf>

Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Artmed.

Pinheiro-Carozzo, N. P., Silva, I. M. da, Murta, S. G., & Gato, J. (2020). Intervenções familiares para prevenir comportamentos de risco na adolescência: possibilidades a partir da teoria familiar sistémica. *Pensando Famílias*, 24(1).

Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Figueiredo, M. H., & Vilar, A. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 9–19. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.182>

Pinto, L., Leal, F., Soares, L., Reis, L., Carvalho, D., Paiva, B., & Figueiredo, M. H. (2024). Aplicabilidade do MDAIF na enfermagem: uma scoping review. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 7(2), 1–12. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i2.328>

Pires, F. D. (2019). *“Parentes ou estranhos?”: Um estudo exploratório da dinâmica das relações em famílias reconstituídas com filhos(as) adolescentes* [Tese de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/25543/1/Mestrado_Psicologia_da_Educa%C3%A7%C3%A3o-Filipa_Dias_Pires-Parentes_ou_estranhos....pdf

Pires, A. (2023). Teorias de enfermagem. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 89–90). Lidel - Edições Técnicas.

Place, M., Hulsmeier, J., Brownrigg, A., & Soulsby, A. (2005). The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): an instrument worthy of rehabilitation? *Psychiatric Bulletin*, 29(6), 215–218.

<https://doi.org/10.1192/pb.29.6.215>

PNPAF. (2020). *Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Resumo*. https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/recomendacoes-af-oms_pt1.aspx

Rambo, M., Hentges, C., Löeblein, F., Pando, L., Klockner, M., & Bertoldo, L. (2018). Uma nova configuração familiar: O fenómeno “ninho cheio” e suas vicissitudes. *Perspectivas Em Psicologia*, 22, 168–179.

Rebelo, L. M. A. (2023). *Barreiras arquitetónicas e autocuidado: Um estudo descritivo em clientes alvo de hospitalização domiciliária*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde Santa Maria]. Repositório Científico de Acesso Aberto.

Regulamento n.º 126/2011 da OE (2011), Diário da República: II série, n.º 35. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2011/02/035000000/0866008661.pdf>

Regulamento n.º 367/2015 da OE (2015), Diário da República: II série, n.º 124. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislaaoOE/Regulamento_367_2015_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf

Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018), Diário da República: II série, n.º 135. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019), Diário da República: II série, n.º 26.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 656/2021 da OE. (2021). Diário da República: II série, n.º 137.

Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Edições Afrontamentos.

Ribeiro, D., Melo, A., Choupinha, A. R., Pinto, M., & Figueiredo, M. H. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(1).

Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023). Reenquadramento. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 436–437). Lidel - Edições Técnicas.

Rocha, B. S., Munari, D. B., Sousa, B. M. de, Leal, M. L., & Ribeiro, L. C. M. (2019). Ferramentas do coaching no desenvolvimento da liderança da enfermagem na atenção primária em saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9, e46. <https://doi.org/10.5902/2179769234762>

Rocha, J., & Negreiros, F. (2024). Losses and grief: Practices in school and educational psychology. *Psicologia Escolar e Educacional*, 8. <https://doi.org/10.1590/2175-35392024-259335-t>

Rocha, R. F. S. A. da. (2024). *Avaliação e intervenção em famílias nucleares com filhos adultos: Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde familiar* [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/d8e0f2d8-3288-48b7-b043-e89eeaa39f9f>

Rodrigues, S., Vieira, M., Charepe, Z., & Capelas, M. (2012). Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e validação da escala de Jeffersone. *Cadernos de Saúde*, 5, 71–77.

Santiago, C., & Figueiredo, M. H. (2023). Estrutura e configurações familiares. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 101-102). Lidel - Edições Técnicas.

Santos, L. C. (2023). *Avaliação formativa como ferramenta para construção das habilidades e competências* [Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/bbd9a6d9-c471-4610-a6a1-108ff986983e>

Santos, S. F., Rocha, A. M., Maduro, B., Ferreira, C., Martins, L., Belo, P., & Ferreira, M. (2024). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação intervenção familiar em cuidados paliativos. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 7(1), 1–14. <https://doi.org/10.37914/rriis.v7i1.306>

Schön, D. A. (2000). *Educando o profissional reflexivo : um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Artmed Editora.

Seiter, G. M., Lopez, M. J., & Slavov, S. N. (2024). Boomerang children and parental retirement outcomes. *Review of Economics of the Household*. <https://doi.org/10.1007/s11150-024-09707-8>

Serrano, M. T. P., Costa, A. da S. M. C. da, & Costa, N. M. V. N. da. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III.

Sequeira, J., Vicente, H. T., Daniel, F., Cerveira, C., Silva, M. I., Neves, S., Santo, H. E., & Guadalupe, S. (2021). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – Version IV (FACES IV): Validation study in the portuguese population. *Journal of Child and Family Studies*, 30(7), 1650–1663. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01941-3>

Sequeira, J. (2021). A escultura familiar: Aplicações terapêuticas nas terapias sistêmicas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(68), 19–30. <https://doi.org/10.38034/nps.v29i68.525>

Silva, D. da, & Percicotte, J. P. (2024). A comunicação nos sistemas familiares – Uma revisão literária. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(5), 2591–2610. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i5.13961>

Silva, G. V. da. (2023). *Ninho cheio: Articulações amorosas dos filhos adultos que residem na casa dos pais* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista]. Repositório Institucional UNESP. <https://repositorio.unesp.br/entities/publication/2fdc7f64-cfa0-47e0-85aa-647dfbbc751f>

Silva, L. (2008). *O Regresso à casa dos pais: Relações entre pais e filhos adultos separados* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/757>.

Silva, M., Tanqueiro, M., Veríssimo, C., Neves, M., Cruzeiro, C., & Coutinho, V. (2020). Avaliação do debriefing estruturado como estratégia pedagógica em enfermagem de saúde familiar. *Revista de Enfermagem Referência*, V (2). <https://doi.org/10.12707/RIV19081>

Silva, M., Figueiredo, C., Costa, M., & Camarneiro, A. (2022). Conjugalidades e interações familiares de casais em “ninho vazio”: Análise baseada no modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. *Millenium*, 2, 21–31.

Silva, P. M. da, Lima, M. J., Neves, P. M., & Macedo, M. E. de. (2019). Prevalência de fatores de risco cardiovascular e outras comorbilidades em doentes com hipertensão arterial assistidos nos Cuidados de Saúde Primários: Estudo Precise. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 38(6), 427–437. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.09.011>

SIM SNS. (2024a). *Análise comparativa - Problemas ativos*. BI-CSP Ministério da Saúde.

SIM SNS. (2024b). *Problemas ativos*. BI-CSP Ministério da Saúde.

SIM SNS. (2024c). *Distribuição das inscrições nos CSP*. BI-CSP Ministério da Saúde.

Simões, T. A., & Alberto, I. M. (2017). Ciclo vital da família: Reflexão sobre as especificidades étnicas e culturais do desenvolvimento das famílias africanas. *Psychologica*, 60(1), 71–93. https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-1_5

Soares, L. M. B. (2023). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem saúde familiar em famílias nucleares com filhos adultos - Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde familiar* [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/13b1fed0-02dd-4e77-a654-a83ec1c1c7d3><https://comum.rcaap.pt/entities/publication/13b1fed0-02dd-4e77-a654-a83ec1c1c7d3>

Soledade, S. G. da, & Souza, L. C. G. de. (2021). O Peso do Luto: Um Estudo Sobre as Representações da Morte e o Processo do Luto na Sociedade Contemporânea. In H. P. S. Farias (Ed.), *Diversidade, meio ambiente e o*

processo interdisciplinar na contemporaneidade (pp. 101-131). Epitaya E-Books. <https://doi.org/10.47879/ed.ep.2021328p101>

Sörensen, S., Missell, R., Eustice-Corwin, A., & Otieno, D. (2021). Perspectives on Aging-Related Preparation. *Journal of Elder Policy*, 1(2), 163–221. <https://doi.org/10.18278/jep.1.2.7>

Souza, V. R. C. S., & Fernandes, M. G. (2020). Família extensa ou adoção: Critérios para a efetividade do princípio constitucional do melhor interesse da criança e adolescente nos processos de colocação em família substituta. *Revista Eletrônica Do Curso de Direito Da UFSM*, 15(2), e39549. <https://doi.org/10.5902/1981369439549>

Souza, J. B. de, Brum, C. N. de, Zuge, S. S., Maestri, E., Lima, L. J., & Beckert, R. (2022). Significados do luto para pessoas que enfrentaram a morte de um familiar por covid-19. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.47489>

SPESF. (2025a). *Apresentação e história da SPESF*. <https://spesf.pt/apresentacao-historia/>

SPESF. (2025b). *Comissão – Inovação e desenvolvimento*. <https://spesf.pt/comissao-inovacao-e-desenvolvimento/>

Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de família. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 92-95). Lidel - Edições Técnicas.

Teixeira, M. (2023). Famílias com filhos adultos. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., pp. 178-181). Lidel - Edições Técnicas.

Thomeer, M. B., & Reczek, C. (2020). Intergenerational coresidential patterns by young adult's and their mother's mental health and substance use. *Journal of Family Issues*, 41(9), 1498–1524.

<https://doi.org/10.1177/0192513X19894348>

Trindade, C. S., Silveira, J. S., & Silva, H. T. H. (2024). Avaliação de cursos EaD para a educação continuada de profissionais da área da saúde: Revisão integrativa. *EaD em Foco*, 14(1), e2294.

<https://doi.org/10.18264/eadf.v14i1.2294>

Umberson, D., Pudrovska, T., & Reczek, C. (2010). Parenthood, childlessness, and well-being: A life course perspective. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 612–629. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00721.x>

Vieira, A., & Rava, P. (2012). Ninho cheio: Perspectivas de pais e filhos. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(1).

Williams, B., Mancía, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., ... Brady, A. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

Wolin, S. J., & Bennet, L. A. (1984). Family Rituals. *Family Process*, 23(3), 401–420. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1984.00401.x>

Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: guia para a avaliação e intervenção na família* (5th ed.). Roca.

Wu, J., & Grundy, E. (2023). 'Boomerang' moves and young adults' mental well-being in the United Kingdom. *Advances in Life Course Research*, 56, 100531. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2023.100531>

Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva*, 36, 133–142.

ANEXOS

ANEXO II – Descrição da prestação de cuidados à família T; família S; família F; família P

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

FAMILIA T

1ª consulta – 3/10/2024

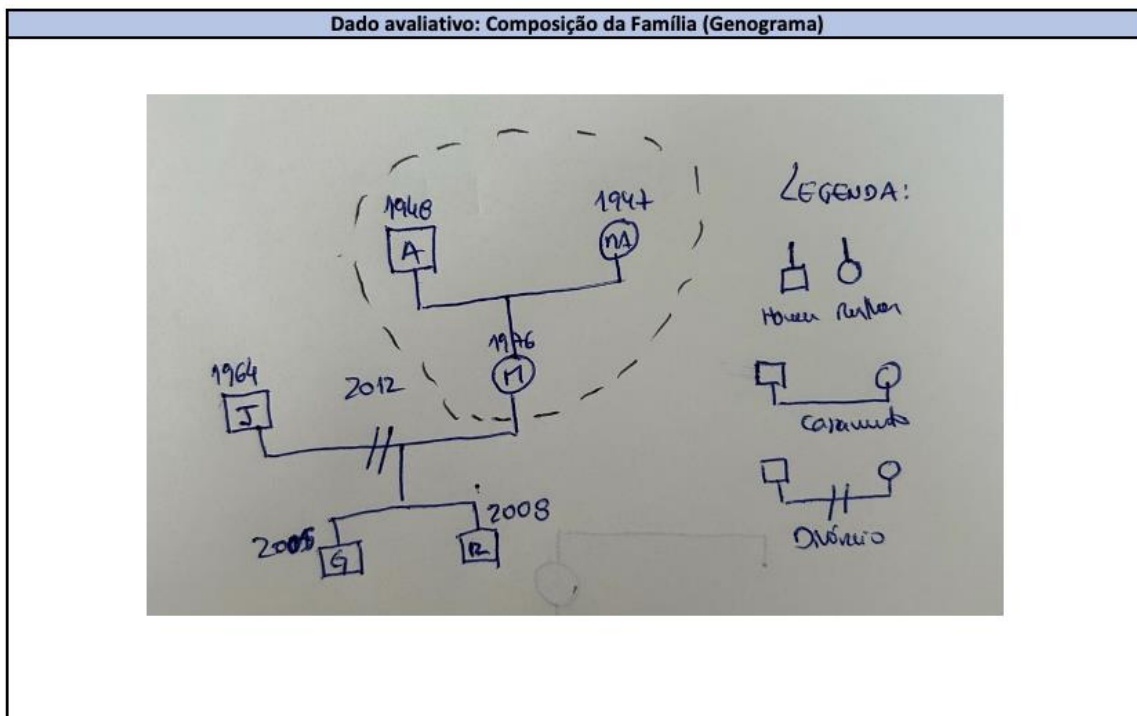
Presentes: A e MA, no domicílio

2ª consulta – 5/11/2024

Presente: MA, na USF

Família composta pelo utente A de 76 anos, reformado desde os 60 anos, trabalhava anteriormente como livreiro, a esposa MA de 77 anos, reformada, que trabalhava como costureira e a filha M de 48 anos. A filha M trabalha como assistente administrativa e é licenciada não exercendo a sua profissão para a qual tem habilitações literárias, professora. O utente A tem como antecedentes patológicos: HTA e doença de Parkinson e sofreu um AVC em 2022 tendo como sequela algumas limitações na mobilidade dos membros inferiores; as utentes MA e M não têm antecedentes patológicos relevantes. Não há antecedentes patológicos familiares relevantes. A filha M tem 2 filhos, J e R. M após o divórcio com o pai dos filhos, voltou a casar. Neste relacionamento sofreu de violência doméstica o que a levou a regressar para casa dos pais. Os filhos ficaram a viver com o pai.

A- DIMENSÃO ESTRUTURAL



Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Dado avaliativo: Tipo de Família	
Outro (especificar) : Re-coabitação intergeracional	X

Dado avaliativo: Família Extensa

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

Legenda: --- vínculo fraco
 ————— vínculo moderado
 = = = = = vínculo forte

	Trabalho	Vizinhos	Inst.Saude	Religião	Filhos/Netos	Genro/Ex M	Cunhada
Vínculo forte	M		MA; A		MA; M; A		MA; M; A
Vínculo intermédio				MA		MA; A; M	
Vínculo fraco		M; MA; A	M	M; A			

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Dado avaliativo: Classe social									
NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)									
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, espaço c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (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 I) - Médicos 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/Releiros - Emp. Escritório (grau I) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível I	- 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 - nº.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Filha M: Licenciada; trabalha como assistente administrativa na Universidade Católica; ganha o salário mínimo

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	Casal com rendimentos vindos da reforma de ambos, filha M ganha o ordenado mínimo Os filhos de M frequentam Colégio Privado pago pelo pai J - Origem do rendimento familiar (ORF) – Grau III
Diagnóstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Foco	A.2- Edifício Residencial
<p>Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial</p>	<p><i>Casa alugada há muitos anos, antiga mas cuidada; tem 2 quartos, 1 casa de banho, 1 cozinha e pátio MA ainda consegue cuidar da higiene da casa; filha M faz limpeza "mais a fundo" 1x/semana</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Habitação (TH) – grau IV - Conhecimento <u>Demonstrado</u> sobre riscos de edifício <p><i>Apesar de antigo não há fissuras nas paredes, tetos e fundações, que podem indicar problemas estruturais; não há humidade excessiva e mofo, que possam causar problemas respiratórios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene da Habitação Presente
<p>Diagnóstico</p>	<p>Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado</p>

Foco	A.3- Precaução de Segurança
<p>Atividade Diagnóstica Avaliar Precaução de Segurança</p>	<p><i>Casa tem barreiras arquitetónicas, tem escadas para os quartos, mas o utente A ainda não necessita de medidas de adaptação às escadas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência de <u>Barreiras arquitetónicas</u> <p>Entende-se por barreiras arquitetónicas, todo o tipo de elementos de construção ou edificação que limitam ou até impedem na totalidade, a mobilidade dos indivíduos com deficiência ou com mobilidade condicionada, constringendo a acessibilidade e a sua autonomia. Essas barreiras podem incluir degraus, escadas, portas estreitas, corredores estreitos, ausência de rampas de acesso, elevadores inadequados, casas de banho inacessíveis, entre outros (Santos et al, 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas <p>Existem várias estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas nomeadamente: instalação de rampas, elevadores, plataformas elevatórias e organização da casa. Neste caso a solução mais viável, dada a falta de espaço, será a adaptação de uma divisão no andar de baixo para quarto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência de <u>Aquecimento</u> No inverno é utilizado ocasionalmente aquecedor elétrico - Ausência de <u>Abastecimento de gás</u> <u>tipo de abastecimento:</u> botija <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás refere que não têm botijas armazenadas e que as mangueiras de borracha são trocadas regularmente
<p>Diagnóstico</p>	<p>Precaução de Segurança Demonstrada</p>

Foco	A.4- Abastecimento de Água
<p>Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água</p>	<p>Existência de <u>Abastecimento de água</u> Rede pública</p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Abastecimento de Água Adequado</p>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)					
Família com filhos adultos	X				
Foco	B.1- Satisfação conjugal				
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica				
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas				
<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Atividade diagnóstica <ul style="list-style-type: none"> <i>Em casa, como é a divisão das tarefas domésticas?</i> <i>Sentem-se satisfeitos com esta divisão ou gostariam que fosse diferente?</i> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Resultados MA: “Eu ainda consigo fazer as minhas coisas... vou dando uma limpeza no dia a dia e a minha filha ao fim de semana também limpa... eu até lhe digo, estás a limpar o que já está limpo. Ela trabalha muito, ao fim de semana devia descansar... O meu marido já não consegue fazer nada, coitado...” </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Fundamentação A perceção dos cônjuges sobre uma divisão desigual pode levar a sentimentos de injustiça, aumento dos conflitos e conseqüentemente a uma menor satisfação conjugal (Afonso, 2018) </td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <ul style="list-style-type: none"> <i>Em casa, como é a divisão das tarefas domésticas?</i> <i>Sentem-se satisfeitos com esta divisão ou gostariam que fosse diferente?</i> 	Resultados MA: “Eu ainda consigo fazer as minhas coisas... vou dando uma limpeza no dia a dia e a minha filha ao fim de semana também limpa... eu até lhe digo, estás a limpar o que já está limpo. Ela trabalha muito, ao fim de semana devia descansar... O meu marido já não consegue fazer nada, coitado...”	Fundamentação A perceção dos cônjuges sobre uma divisão desigual pode levar a sentimentos de injustiça, aumento dos conflitos e conseqüentemente a uma menor satisfação conjugal (Afonso, 2018)	
Atividade diagnóstica <ul style="list-style-type: none"> <i>Em casa, como é a divisão das tarefas domésticas?</i> <i>Sentem-se satisfeitos com esta divisão ou gostariam que fosse diferente?</i> 	Resultados MA: “Eu ainda consigo fazer as minhas coisas... vou dando uma limpeza no dia a dia e a minha filha ao fim de semana também limpa... eu até lhe digo, estás a limpar o que já está limpo. Ela trabalha muito, ao fim de semana devia descansar... O meu marido já não consegue fazer nada, coitado...”				
Fundamentação A perceção dos cônjuges sobre uma divisão desigual pode levar a sentimentos de injustiça, aumento dos conflitos e conseqüentemente a uma menor satisfação conjugal (Afonso, 2018)					
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.2- Satisfação com o tempo que estão juntos				
<u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Atividade diagnóstica e resultados <ul style="list-style-type: none"> <i>Costumam passar tempo juntos enquanto casal?</i> <i>Sente-se satisfeita (o) ou gostaria de ter mais tempo?</i> <i>O que costumam fazer no tempo que passam juntos? Costumam fazer alguma atividade que gostem? Gostariam que fosse diferente?</i> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Resultados MA: “Estamos juntos há 50 anos, feitos este ano... a minha filha e a minha cunhada até nos fizeram uma surpresa.. mas agora estamos pra aqui... ele vê televisão o dia todo e eu faço-lhe companhia. Sinto-me bem com o tempo que estamos juntos” “Antes do meu marido ficar doente íamos uma vez por semana a um encontro de casais na igreja... isso é o que tenho mais pena de ter perdido...” A: “Eu bem digo para ela sair de casa, já que eu não posso para ir, mas ela prefere fazer-me companhia...” </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Fundamentação Estudos indicam que casais idosos que relatam maior satisfação com o tempo que passam juntos tendem a apresentar maior bem-estar emocional e menores níveis de depressão e solidão, além disso a perceção de um tempo de convívio positivo está fortemente associada à qualidade geral do relacionamento entre casais idosos. (Liu et al., 2015) </td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica e resultados <ul style="list-style-type: none"> <i>Costumam passar tempo juntos enquanto casal?</i> <i>Sente-se satisfeita (o) ou gostaria de ter mais tempo?</i> <i>O que costumam fazer no tempo que passam juntos? Costumam fazer alguma atividade que gostem? Gostariam que fosse diferente?</i> 	Resultados MA: “Estamos juntos há 50 anos, feitos este ano... a minha filha e a minha cunhada até nos fizeram uma surpresa.. mas agora estamos pra aqui... ele vê televisão o dia todo e eu faço-lhe companhia. Sinto-me bem com o tempo que estamos juntos” “Antes do meu marido ficar doente íamos uma vez por semana a um encontro de casais na igreja... isso é o que tenho mais pena de ter perdido...” A: “Eu bem digo para ela sair de casa, já que eu não posso para ir, mas ela prefere fazer-me companhia...”	Fundamentação Estudos indicam que casais idosos que relatam maior satisfação com o tempo que passam juntos tendem a apresentar maior bem-estar emocional e menores níveis de depressão e solidão, além disso a perceção de um tempo de convívio positivo está fortemente associada à qualidade geral do relacionamento entre casais idosos. (Liu et al., 2015)	
Atividade diagnóstica e resultados <ul style="list-style-type: none"> <i>Costumam passar tempo juntos enquanto casal?</i> <i>Sente-se satisfeita (o) ou gostaria de ter mais tempo?</i> <i>O que costumam fazer no tempo que passam juntos? Costumam fazer alguma atividade que gostem? Gostariam que fosse diferente?</i> 	Resultados MA: “Estamos juntos há 50 anos, feitos este ano... a minha filha e a minha cunhada até nos fizeram uma surpresa.. mas agora estamos pra aqui... ele vê televisão o dia todo e eu faço-lhe companhia. Sinto-me bem com o tempo que estamos juntos” “Antes do meu marido ficar doente íamos uma vez por semana a um encontro de casais na igreja... isso é o que tenho mais pena de ter perdido...” A: “Eu bem digo para ela sair de casa, já que eu não posso para ir, mas ela prefere fazer-me companhia...”				
Fundamentação Estudos indicam que casais idosos que relatam maior satisfação com o tempo que passam juntos tendem a apresentar maior bem-estar emocional e menores níveis de depressão e solidão, além disso a perceção de um tempo de convívio positivo está fortemente associada à qualidade geral do relacionamento entre casais idosos. (Liu et al., 2015)					
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos				
<u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Atividade diagnóstica - <i>Costuma conversar com o seu marido/esposa sobre os seus sentimentos?</i> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> Resultados MA: “Sempre foi assim... sofremos muito com a situação da nossa filha, mas estaremos sempre aqui juntos, para a ajudar..” A: “Sabe enfermeira, já não sou muito conversador... agora prefiro ouvir...” </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Fundamentação À medida que envelhecem, os casais frequentemente enfrentam desafios como a saúde física debilitada ou a perda de amigos e familiares. A expressão de sentimentos de apoio emocional e compreensão mútua ajuda os parceiros a se adaptarem melhor a essas mudanças e a enfrentarem desafios juntos (Pietromonaco & Collins, 2017). </td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica - <i>Costuma conversar com o seu marido/esposa sobre os seus sentimentos?</i>	Resultados MA: “Sempre foi assim... sofremos muito com a situação da nossa filha, mas estaremos sempre aqui juntos, para a ajudar..” A: “Sabe enfermeira, já não sou muito conversador... agora prefiro ouvir...”	Fundamentação À medida que envelhecem, os casais frequentemente enfrentam desafios como a saúde física debilitada ou a perda de amigos e familiares. A expressão de sentimentos de apoio emocional e compreensão mútua ajuda os parceiros a se adaptarem melhor a essas mudanças e a enfrentarem desafios juntos (Pietromonaco & Collins, 2017).	
Atividade diagnóstica - <i>Costuma conversar com o seu marido/esposa sobre os seus sentimentos?</i>	Resultados MA: “Sempre foi assim... sofremos muito com a situação da nossa filha, mas estaremos sempre aqui juntos, para a ajudar..” A: “Sabe enfermeira, já não sou muito conversador... agora prefiro ouvir...”				
Fundamentação À medida que envelhecem, os casais frequentemente enfrentam desafios como a saúde física debilitada ou a perda de amigos e familiares. A expressão de sentimentos de apoio emocional e compreensão mútua ajuda os parceiros a se adaptarem melhor a essas mudanças e a enfrentarem desafios juntos (Pietromonaco & Collins, 2017).					

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Subdiagnóstico	Relação dinâmica Não Disfuncional	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.1- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um	
<u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	Atividade diagnóstica - <i>Consegue conversar com o (a) seu (sua) marido/esposa sobre os seus receios e expectativas?</i>	Resultados MA: "Sempre conversamos... assim fomos fazendo a vida juntos.. a verdade é que agora conversamos menos, mas para nós está bem assim."
	Fundamentação Conversas sobre expectativas e receios permitem que os parceiros ofereçam apoio emocional um ao outro, sendo especialmente relevante na terceira idade, quando os casais enfrentam desafios como problemas de saúde, perda de amigos e mudanças de vida significativas (Pietromonaco & Collins, 2017)	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.2- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
<u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	Atividade diagnóstica e resultados • Costumam discordar sobre alguma coisa?	Resultados MA: "Não, desde que ele teve o AVC sou eu que organizo a casa e ele não diz nada em contrário..."
	Fundamentação Os casais satisfeitos possuem padrões de comunicação construtivos, apresentando estilos positivos e procurando evitar padrões negativos de resolução das diferenças, enquanto os casais com problemas apresentam tipos de comunicação mais destrutivos, estilos de resolução de conflito negativos, estando frequentemente relacionados com níveis elevados de ofensa e problemas não resolvidos (Costa & Mosmann, 2020)	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.3- Satisfação com o padrão de comunicação do casal	
<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	Atividade diagnóstica - Sente-se satisfeita/o com a forma que o seu marido/esposa fala consigo? Gostaria que fosse diferente?	Resultados MA: "Ele não fala muito... às vezes sinto-me sozinha, mas ele sempre foi assim..."
	Fundamentação Quando os membros do casal estão satisfeitos com seu padrão de comunicação, tendem a entender melhor as necessidades e sentimentos um do outro. A comunicação eficaz é um fator determinante na compreensão mútua e na satisfação conjugal, sendo que casais que se comunicam bem são mais capazes de expressar e ouvir sentimentos e pensamentos, o que fortalece a conexão emocional (Glowacka et al., 2018)	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz	
Foco	B.1. Satisfação Conjugal	
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida por Relação dinâmica funcional e Comunicação Eficaz	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado	
<p><u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Como tem sido o vosso papel enquanto pais, com a vossa filha já adulta?</i> - <i>Conseguem chegar a acordo em relação ao papel e função que devem ter com a vossa filha? Costumam discordar?</i> 	<p>Resultados</p> <p>MA: “Um dia a M ligou-me e disse mãe não tenho para onde ir... e nós dissemos vem para cá... não podia ser de outra maneira” Nessa altura o meu marido teve o AVC e ela também me deu muito jeito... ajuda-nos muito...”</p> <p>“a nossa relação é diferente, ela já é uma mulher adulta... e nunca houve nenhum problema ou discórdia...”</p>
	<p>Fundamentação</p> <p>As tarefas desenvolvimentais na etapa de vida em que a família tem filhos adultos são cruciais para o bem-estar individual e coletivo. A redefinição dos papéis parentais, a promoção da autonomia dos filhos, a reconfiguração da relação conjugal, os ajustes na comunicação e a manutenção do suporte financeiro e logístico são elementos essenciais para uma transição saudável (Umberson et al., 2010)</p>	
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
<p>Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto</p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>O que mudou na relação com a sua filha desde que regressou a casa?</i> - <i>Consegue conversar com ela sobre o caminho que estão a fazer?</i> - <i>Em casa, como é a distribuição de tarefas?</i> - <i>Em relação às despesas da casa, ela também contribuem?</i> 	<p>Resultados</p> <p>MA: “Nós sempre tivemos uma relação muito próxima, não mudou nada desde que ela se mudou cá para casa...”</p> <p>“Ela está a tentar arranjar uma casa para ela e para os filhos, e acho muito bem ela querer o cantinho dela...”</p> <p>“A minha filha ajuda em tudo o que pode... é ela que faz as compras mais pesadas, muda as camas ao fim de semana”</p> <p>“Temos gerido as contas da casa com as nossas reformas, ela também tem de juntar para comprar a casa”</p>
	<p>Fundamentação</p> <p>A transição para relações adulto-adulto frequentemente exige que tanto pais quanto filhos redefinem seus papéis e expectativas. Essa redefinição pode levar a um maior entendimento e respeito mútuo, promovendo relações mais colaborativas e menos conflituosas (Fingerman et al., 2012)</p>	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
<p><u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Como tem sido o contacto com os vossos netos? E com o pai dos vossos netos?</i> - <i>E com o outro ex-genro?</i> 	<p>Resultados</p> <p>MA: “Nós estamos quase diariamente com os netos e a nossa filha também.. eles gostam muito do avô, sabe... ele ia sempre buscá-los à escola e levar à piscina... dava-lhes banho... têm uma relação muito próxima com o avô”</p> <p>“nos dias que eles estão com a mãe veem cá comer, tomam aqui banho...”</p> <p>“O pai dos meus netos tem sido muito amigo deles e também da minha filha... apesar de terem também tido problemas entre eles. Nós sempre nos demos bem com ele, e até com os pais dele... foi sempre bom. Eles são</p>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	<p>- Já alguma vez partilhou com a sua filha este sentimento?</p>	<p>muito mais velhos, e os meus netos foram dar-lhe vida. Demo-nos sempre muito bem...” “Agora com o outro as coisas são diferentes.. apetecia chamar-lhe muitos nomes... mas não chamo...” - “não, nem lhe quero falar sobre ele...”</p>
	<p>Fundamentação</p> <p>A inclusão dos parentes por afinidade é relevante para a manutenção de um ambiente familiar com harmonia e para o apoio emocional e social entre os membros da família. Segundo Cunha (2019), ao incluir esses membros nas decisões e celebrações familiares, as famílias fortalecem os laços de confiança e promovem uma rede de apoio mais sólida. A exclusão desses membros pode gerar conflitos e sentimentos de rejeição, que podem comprometer a coesão familiar a longo prazo</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item Satisfação com o contacto mantido</p>	<p>B.7.2.3- Satisfação com o contacto mantido</p> <p>A FILHA MORA COM OS PAIS</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</p>	<p>B.7.2.5- Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</p>	
	<p>Atividade diagnóstica - Sentem-se satisfeitos com o tempo que passam com eles?</p>	<p>Resultados MA: “A minha filha é muito pacífica, temos uma união muito forte aqui dentro de casa... ela vive também para nós..” como nós o que fazemos é por ela, ela está no topo! Não há nada que se ultrapasse...” A: “Sim, é muito bom ter o apoio dela, e temos muita pena, ela não merecia passar pelo que passou...”</p>
	<p>Fundamentação</p> <p>O contato entre pais e filhos é um fator essencial para o bem-estar psicológico dos pais. De acordo com uma pesquisa conduzida por Oliveira e Souza (2021), pais que mantêm um contato regular e de qualidade com seus filhos relatam níveis mais elevados de satisfação com suas vidas familiares, além de uma menor incidência de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão. Isso se dá porque o relacionamento com os filhos pode atuar como uma fonte de apoio emocional e gratificação pessoal.</p>	
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
<p>Atividade Diagnóstica do item Consenso do Papel</p>	<p>B.7.3- Existência de consenso do papel</p>	
	<p>Atividade diagnóstica Em relação ao vosso papel de pais existe consenso em relação às vossas tarefas?</p>	<p>Resultados MA: Sim</p>
	<p>Fundamentação</p>	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Dimensão	B.7.4 – Conflitos do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.4- Não existência de conflitos de papel	
<u>Conflitos do Papel</u>	Atividade diagnóstica <i>Em relação ao vosso papel enquanto pais, costumam estar de acordo ou têm opiniões diferentes?</i>	Resultados MA: Estamos de acordo e sempre foi assim... se eu dissesse, vamos levar um quilo de arroz para a menina, ele dizia leva 2..." Houve uma altura, neste último casamento que eles ficaram os 2 desempregados e nós ajudámos no que podemos..."
	Fundamentação A definição clara dos papéis facilita uma comunicação mais eficaz entre os membros da família. Quando todos entendem seus papéis e responsabilidades, há menos mal-entendidos e mais espaço para discussões produtivas e colaborativas, as famílias com uma compreensão compartilhada dos papéis tendem a ter uma comunicação mais aberta e honesta, o que fortalece os laços familiares (Silverstein et al., 2006)	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.5 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.5- Não existência de saturação do papel	
<u>Saturação do Papel</u>	Atividade diagnóstica <i>Neste momento sentem-se sobrecarregados nas funções parentais?</i>	Resultados MA: "Não posso dizer que não passamos por momentos difíceis, ajudei-a muito. Mas agora está tudo bem, não nos sentimos sobrecarregados..."
	Fundamentação O consenso sobre os papéis permite que os membros da família ofereçam e recebam apoio emocional de maneira mais eficaz. Quando os papéis são bem definidos e aceitos por todos, cada membro sabe quando e como fornecer apoio aos outros (Silverstein et al., 2006)	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Diagnóstico:	Papel parental adequado por Conhecimento do papel demonstrado/ Comportamentos de adesão demonstrado / Consenso do papel Sim/ conflito do papel Não /Saturação do papel Não

A- DIMENSÃO FUNCIONAL

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Comunicação Emocional		
Quem na família expressa mais os sentimentos?	MA	
	SIM	NÃO

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (<i>Se NÃO, especificar</i>)	X	
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (<i>Se NÃO, especificar</i>)	X	
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (<i>Se NÃO FAVORÁVEL, especificar</i>)	X	
Comunicação Verbal/ Não Verbal		
	SIM	NÃO
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem	X	
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros	X	
Comunicação Circular		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família	X	
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa	X	
Coping Familiar		
Solução de Problemas		
1. Quem na família expressa mais os sentimentos? MA		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas? MA e M		
	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família	X	
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (<i>Se NÃO, especificar</i>)	X	
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		X
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)	X A forma como se ultrapassou o primeiro divórcio de M	
Papéis Familiares		
Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor? M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)	x	
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		X
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		x
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira? M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)	x	
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		X
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		x
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico? M e MA		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)	x	
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		X
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		X
4. Quem desempenha Papel Recreativo? M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)	x	
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		X

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		x
5. Quem desempenha Papel de Parente? MA		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	x	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		X
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		X
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família? Não identificam ninguém com mais poder		
	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros	x	
Alianças e Uniões		
	SIM	NÃO
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros		x
Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião	X	

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz	
<u>Comunicação Emocional</u>	<p>Atividade diagnóstica - Quem na família, expressa mais os sentimentos? - E todos conseguem fazê-lo? - E aceitam os sentimentos dos outros?</p>	<p>Resultados MA: “Sou eu” “Acho que sim, o meu marido não costuma falar muito, mas acho que não se sente inibido, é só assim o feito dele” “Sim, claro que sim”</p>
	<p>Fundamentação A comunicação emocional eficaz dentro da família é essencial para promover o desenvolvimento emocional saudável e o ajustamento psicológico dos seus membros, reforçando a necessidade de práticas parentais que favoreçam a expressão e compreensão das emoções (Chora et al., 2019). É através da comunicação que os membros exprimem as suas carências, desejos, preocupações e expectativas.</p>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz	
<u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u>	<p>Atividade diagnóstica - Todos conseguem expressar a sua opinião e se necessário discordar?</p>	<p>Resultados MA: “sim, nós dizemos o que temos a dizer...”</p>
	<p>Fundamentação</p>	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Circular</u>	<p>Atividade diagnóstica - Sentem-se satisfeitos com a forma como comunicam em família? - Numa escala de 1 a 10 (em que 1 é mau e 10 é excelente), como classificam a vossa comunicação em família?</p>	<p>Resultados MA: Estou satisfeita, e acho que é um 9...” A: Sim, para mim também é 9”</p>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Comunicação Familiar Eficaz	
Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.2.1- Solução de problemas Eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>	Atividade diagnóstica - Quem na família, identifica os problemas? - E quem tem a iniciativa de os resolver? - Ao longo do tempo têm conseguido resolver e ultrapassar problemas e situações difíceis, e têm conseguido ultrapassar?	Resultados MA: "Eu e a minha filha falamos e resolvemos tudo, o A está mais à parte dos problemas e para nós é melhor assim..." "Depois do primeiro divórcio da M foi muito difícil a adaptação, mas aprendemos com os erros e desta vez foi muito mais fácil"
	Fundamentação A capacidade de coping familiar, ou seja, as estratégias que as famílias utilizam para lidar com situações de stress e adversidade, é fundamental para manter o equilíbrio e o bem-estar do núcleo familiar. Quando confrontadas com desafios, como doenças crónicas ou eventos inesperados, as famílias que implementam estratégias de coping eficazes tendem a minimizar as repercussões negativas e a promover a adaptação positiva (Peixoto & Santos, 2009).	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Eficaz	
Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz	
<u>Papel provedor</u>	Atividade diagnóstica - Quem contribui para o sustento da casa? - Estão de acordo que seja assim?	Resultados MA: "A M com o ordenado dela e as nossas reformas... são pequeninas mas dá muito bem para os nossos gastos..."
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz	
<u>Papel gestão financeira</u>	Atividade diagnóstica - Quem gere o dinheiro e paga as contas? - Estão de acordo que seja assim?	Resultados MA: "A minha filha, e está bem assim"
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz	
<u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Atividade diagnóstica - Quem é responsável pelas tarefas domésticas? - Estão de acordo que seja assim?	Resultados MA: "Sou eu e a minha filha, e tem corrido bem..."
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Recreativo</u>	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz	
	Atividade diagnóstica - <i>Quem tem iniciativa de fazer atividades recreativas?</i> - <i>Estão de acordo que seja assim?</i>	Resultados MA: <i>"Por norma é a minha filha, mas o meu marido nunca quer ir a lado nenhum..."</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel de Parente</u>	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz	
	Atividade diagnóstica - <i>Quem tem a iniciativa de promover a convivência com a restante família?</i>	Resultados MA: <i>"oh... isso não é necessário, a família está sempre a visitar-nos, a minha cunhada vez cá todos os dias..."</i>
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz Interação de Papéis Conflitual	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item <u>Influência e Poder</u>	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional	
	Atividade diagnóstica - <i>Na família há algum elemento com mais poder?</i>	Resultados MA: <i>"Não, nada disso... não vejo as coisas dessa forma, aqui somos todos iguais..."</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Alianças e Uniões</u>	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional	
	Atividade diagnóstica - <i>Na vossa família há elementos que têm mais ligação ou união?</i>	Resultados MA: <i>" Não, somos os três muito unidos..."</i>
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional	

Foco	C.2- Processo Familiar
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Processo Familiar não Disfuncional por Comunicação Eficaz e Coping Familiar Eficaz e Interação de Papéis Eficaz e não Conflitual e Relação Dinâmica não Disfuncional

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, J., (2018). *Relação conjugal ao longo do ciclo de vida: satisfação, comunicação, motivação, coesão e adaptabilidade*. (Dissertação de Doutoramento em Psicologia, ISPA). Repositório Científico de Acesso Aberto

ISPA <http://hdl.handle.net/10400.12/6846>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

- Chora, M., Monteiro, L., Ramos, M., & Amaral, R. (2019). Um olhar sobre o papel do pai na compreensão

emocional das crianças: Os estilos parentais e práticas de socialização das emoções negativas. *Psicologia*, 33(1), 19–32. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v33i1.1372>

- Costa, C., & Mosmann, C. (2020). Comunicação conjugal negativa e aberta: modelo interdependente de efeito ator/parceiro no ajustamento conjugal. *Ciências Psicológicas*. <https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2283>

- Cunha, R. S. (2019). Parentes por afinidade: Dinâmicas de inclusão e exclusão no ambiente familiar. *Revista de Ciências Sociais Aplicadas*.

- Fingerman, K. L., et al. (2012). Parent-child relationships in adulthood: The role of age and gender. *Research on Aging*, 34(1), 78-106. doi:10.1177/0164027511425771

- Glowacka, M., Bergeron, S., Dubé, J., & Rosen, N. O. (2018). When self-worth is tied to one's sexual and romantic relationship: Associations with well-being in couples coping with genito-pelvic pain. *Archives of Sexual Behavior*, 47(6), 1649–1661. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1126-y>

- Liu, H., & Umberson, D. J. (2015). The times they are a changin': Marital status and health differentials from 1972 to 2003. *Journal of Health and Social Behavior*, 56(4), 511-535. doi:10.1177/0022146515613620

- Oliveira, R. S., & Souza, M. L. (2021). Qualidade das interações entre pais e filhos: Impacto no bem-estar familiar. *Revista Brasileira de Psicologia*.

- Peixoto, M. J., & Santos, C. (2009). Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos De Saúde*, 2(2), 87-93. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2009.2795>

- Pietromonaco, P. R., & Collins, N. L. (2017). Interpersonal mechanisms linking close relationships to health. *American Psychologist*, 72(6), 531-542. doi:10.1037/amp0000088

- Santos, M. L. M., Fernandes, J. M., Vicente, D. P., Simionatto, J., Sanches, V.S., Souza, A.S., Christofolletti, G., & Merey, L. F. (2020). Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saude : Revista Do Sistema Único de Saúde Do Brasil*, 29(2), e2018258. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200022>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

- Silverstein, M., Gans, D., & Yang, F. (2006). Intergenerational support to aging parents. *Journal of Family Issues*, 27(8), 1068–1084. <https://doi.org/10.1177/0192513X06288120>

- Umberson, D., Pudrovska, T., & Reczek, C. (2010). Parenthood, childlessness, and well-being: A life course perspective. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 612–629. [https://doi.org/10.1111/j.1741-](https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00721.x)

3737.2010.00721.x

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

FAMÍLIA S

1ª consulta – 8/10/2024

Presentes: S e M, USF

2ª consulta – 11/11/2024

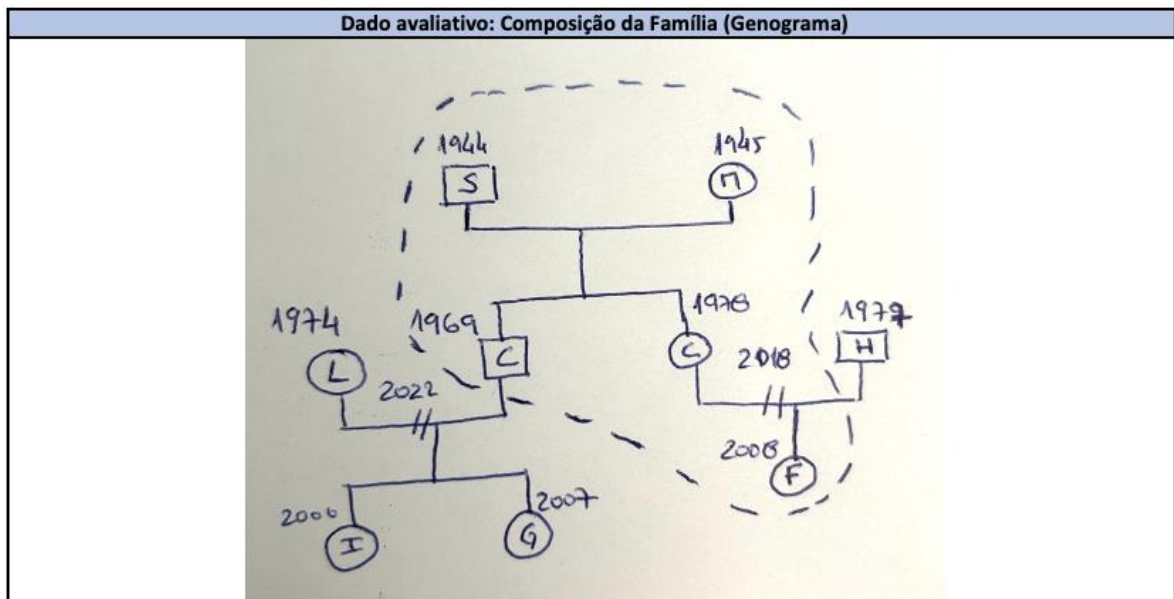
Presentes: M, USF

3ª consulta – 9/12/2024

Presentes: M, USF

Família composta pelo utente S de 80 anos reformado, tendo trabalhado na construção civil, a esposa M de 79 anos, reformada, trabalhava como auxiliar de ação educativa numa escola primária, a filha C de 44 anos que é Licenciada em Psicologia mas trabalha em venda de telecomunicações, a neta F de 15 anos, que é estudante e o filho C de 55 anos, motorista de longo curso. A filha C está divorciada há 6 anos e tendo regressado para casa dos pais com a filha. O filho C também regressou há 2 anos após divórcio, e tem 2 filhos G e I. O utente S tem como antecedentes patológicos: hipertensão arterial e insuficiência cardíaca; a utente M tem como antecedentes patológicos: hipertensão arterial, doença valvular cardíaca, tem claudicação na marcha por gonalgia e usa canadiana. Ambos os filhos e a neta não têm antecedentes patológicos relevantes. Não há antecedentes patológicos familiares relevantes.

A- DIMENSÃO ESTRUTURAL

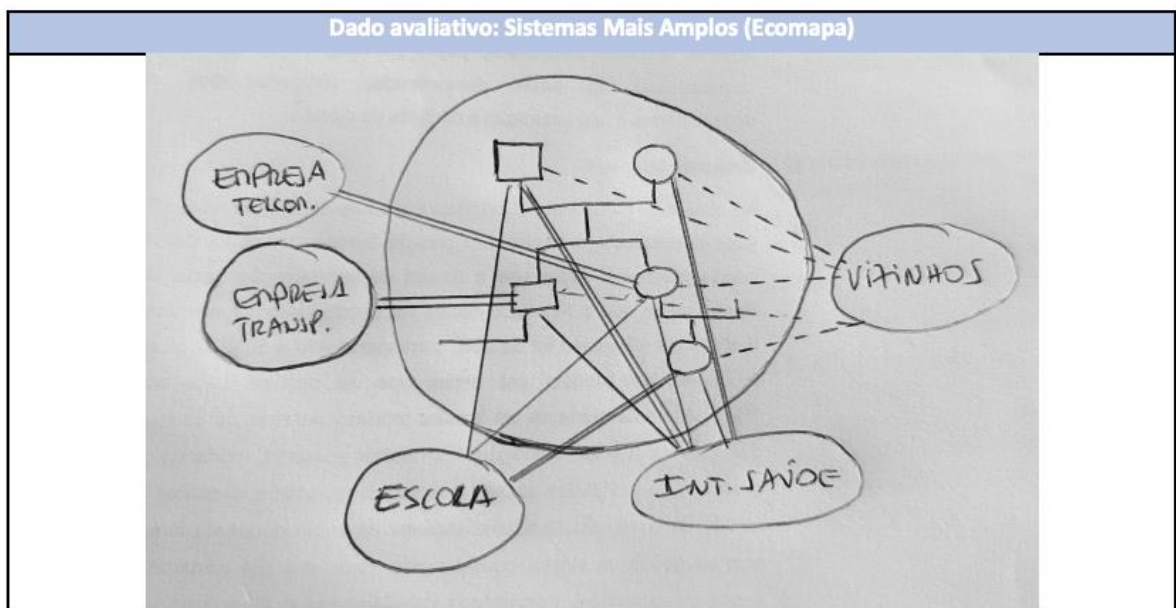


Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Dado avaliativo: Tipo de Família		
Outro: Re-coabitação intergeracional	x	

Dado avaliativo: Família Extensa	
Tipo	Nome(s)
Pessoal	G; I
Telefónico	
Carta/e-mail	
Outro:	
Intensidade de contacto	
Semanal	G; I
Quinzenal	
Mensal	
Outro:	
Função das relações	
Companhia social	
Apoio emocional	
Guia cognitivo e conselhos	
Regulação social	
Ajuda material e de serviço	



Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	Trabalho	Escola	Inst.Saude	Religião	IPSS	Lazer/ Cultura	VIZINHOS	Outros
Vínculo forte	C, C	C, F	S, M					
Vínculo intermédio			C, F					
Vínculo fraco			C				S, M, C, C, F	

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	- Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (c/ 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 1) - Médicos agricultores - Sargentos e equivalentes	- 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 1) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível 1	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↓ 21	14 ↓ 16	10 ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA _/ _/ _
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↓ 25	17 ↓ 20	13 ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA _/ _/ _

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - nº.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Classe social: Classe média alta

Filho C: Camionista/Emp. Armazém

Filha C: Teletrabalho empresa telecomunicações

Crítérios relativos ao Tipo de Habitação

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

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	Rendimento familiar: reforma de M + ordenados de C e C; filhos ajudam nas despesas familiares - Origem do rendimento familiar (ORF) grau 3
Diagnóstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	Moradia com 2 andares - Tipo de Habitação (TH) grau 3 - Não foi avaliada a higiene da casa
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro

Foco	A.3- Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Precaução de Segurança	Casa com 2 andares – tem escadas com corrimão – apesar da claudicação e uso de canadiana, utente M consegue subir e descer sem ajuda - Existência de <u>Barreiras arquitetónicas</u> : escadas - Entende-se por barreiras arquitetónicas, todo o tipo de elementos de construção ou edificação que limitam ou até impedem na totalidade, a mobilidade dos indivíduos com deficiência ou com mobilidade condicionada, constringendo a acessibilidade e a sua autonomia. Essas barreiras podem incluir degraus, escadas, portas estreitas, corredores estreitos, ausência de rampas de acesso, elevadores inadequados, casas de banho inacessíveis, entre outros (Santos et al, 2020) - Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas <i>M consegue subir e descer as escadas sem dificuldade, utilizando o corrimão. Existe o conhecimento acerca das estratégias adaptativas para as barreira arquitetónicas.</i> - Existência de <u>Aquecimento</u> : <u>tipo de aquecimento</u> , aquecedor elétrico e <u>conhecimento</u> sobre utilização de equipamento: não cobrir o aquecedor ou bloquear as saídas de calor; evitar ligar o aquecedor em extensões elétricas ou adaptadores múltiplos: não utilizar em locais húmidos. - Existência <u>Abastecimento de gás</u> : <u>tipo de abastecimento</u> , botija e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás: A botija de gás é mudada pelos filhos que estão bem adaptados às precauções de segurança. Refere que não têm botijas de gás armazenadas e estão informados sobre a necessidade da troca regular das mangueiras de borracha.
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência de <u>Abastecimento de água</u> : tipo de abastecimento de água - rede pública
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	<i>Têm uma cadela que veio com o filho e uma gata que veio com a filha</i> - Existência de <u>Animal doméstico</u> - Existência de Vacinação, do cão e do gato no veterinário - Existência de Desparasitação
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado

B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)	
Família com filhos adultos	X

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	Atividade diagnóstica <ul style="list-style-type: none"> • <i>Em casa, como é a divisão das tarefas domésticas?</i> • <i>Sentem-se satisfeitos com esta divisão ou gostariam que fosse diferente?</i> 	Resultados M: <i>“Sou eu que faço as compras todas”</i> S: <i>“Algumas compras a minha filha faz... aqueles extras...”</i> M: <i>“Por vezes à noite ela faz comidas mais modernas, para ela e para a filha..., mas de resto sou sempre eu. Ao domingo vai buscar comida fora, para também não ser sempre eu a cozinhar...”</i> M: <i>“A minha filha ajuda na limpeza da casa, ao sábado”</i> S: <i>“também lhe dou uma ajuda nas lidas domésticas, descasco batatas...”</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.2- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
	Atividade diagnóstica e resultados	Resultados

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<p><u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Costumam passar tempo juntos enquanto casal?</i> • <i>Sente-se satisfeita (o) ou gostaria de ter mais tempo ou menos tempo? O que costumam fazer no tempo que passam juntos? Costumam fazer alguma atividade que gostem juntos? Gostariam que fosse diferente?</i> 	<p>M: “ Ele não se sente parado, só se estiver a chover muito é que se senta a ver TV, senão anda no campo...” S: “Tenho um campo para fazer.... mas se estiver em casa estamos sempre juntos.. além disso também estendemos as rodilhas no estendal... e também dou uma ajuda a lavar a roupa”</p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u></p>	<p>B.1.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p>- <i>Costuma conversar com o seu marido/esposa sobre os seus sentimentos?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>S: “falamos muito, quando aconteceu isto à nossa filha mexeu muito connosco, mas sempre falamos sobre tudo”</p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Relação dinâmica Não Disfuncional</p>	
<p>Dimensão</p>	<p>B.1.2- Comunicação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u></p>	<p>B.1.2.1- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p>- <i>Consegue conversar com o (a) seu (sua) marido/esposa sobre os seus receios e expetativas?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>S: “sempre conversamos, há muita harmonia na nossa família”</p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u></p>	<p>B.1.2.2- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</p>	
<p>Atividade diagnóstica e resultados</p> <p>- <i>Costumam discordar sobre alguma coisa?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>M: “às vezes coisas do dia-a-dia... mas já estamos há tantos anos juntos.... já nos conhecemos muito bem”</p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u></p>	<p>B.1.2.3- Satisfação com o padrão de comunicação do casal</p>	
<p>Atividade diagnóstica</p> <p>- <i>Sente-se satisfeita/o com a forma que o seu marido/esposa fala consigo? Gostaria que fosse diferente?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>M e S: “Sim... estamos bem assim”</p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Comunicação eficaz</p>	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Foco	B.1. Satisfação Conjugal
Crítérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Mantida por: <ul style="list-style-type: none"> • Relação dinâmica não disfuncional e • Comunicação Eficaz
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnóstica - Como tem sido o vosso papel enquanto pais, com os vossos filhos já adultos? - Houve alguma mudança desde que os seus filhos regressaram a casa?	Resultados M: “Quando a nossa filha C e a F regressaram correu tudo bem, tinha o seu quarto de solteira e para lá regressou” S: “Correu muito bem, está tudo bem... até quando vão de férias para algum lado sentimos saudades...” M: “Mesmo quando o meu filho regressou também correu tudo bem” “Os irmãos dão-se muito bem” S: “o meu filho também tem um quarto só para ele, nas águas furtadas”
	Fundamentação	
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	Atividade diagnóstica - O que mudou na relação com os seus filhos desde que regressaram a casa? - Consegue conversar com ela sobre o caminho que estão a fazer? - Em casa, como é a distribuição de tarefas? - Em relação às despesas da casa, eles também contribuem?	Resultados M: “ a minha filha colabora nas compras e o C dá todos os meses um valor para ajudar na comida... ele também tem de dar dinheiro aos filhos, por isso não pode dar mais...” S: “como a nossa filha já está connosco há 6 anos a vinda do C não mudou nada na nossa relação... às vezes parece que nunca saíram de casa...”
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
<u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	Atividade diagnóstica - Como tem sido o contacto com os vossos netos? E com o pai/mãe dos vossos netos?	Resultados M: “ Quando a minha neta F vai um fim de semana para o pai, sinto muito a falta dela..” S: “O ex-marido da minha filha é um rapaz exemplar... até agora não sei como se passou aquilo... nós damo-nos muito bem.” M: “Mesmo ele e a minha filha dão-se bem... mesmo com a miúda ela gosta muito de estar com o pai e com os avós...”
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.3- Satisfação com o contacto mantido	
<u>Satisfação com o contacto mantido</u>	Atividade diagnóstica <i>AMBOS OS FILHOS MORAM COM OS PAIS</i>	Resultados
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.5- Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	
<u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	Atividade diagnóstica <i>- E têm alguma relação com os ex-companheiros dos vossos filhos? - Sentem-se satisfeitos com o tempo que passam com os netos filhos do vosso filho, a I e o G?</i>	Resultados S: "O ex-marido da minha filha é um rapaz exemplar..." M: "Mesmo ele e a minha filha dão-se bem... mesmo com a miúda ela gosta muito de estar com o pai e com os avós..."
	Fundamentação	
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.3- Existência de consenso do papel	
<u>Consenso do Papel</u>	Atividade diagnóstica <i>Em relação ao vosso papel de pais existe consenso em relação às vossas tarefas?</i>	Resultados M: "Sim"
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.4 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.4- Existência / Não existência de conflitos de papel	
<u>Conflitos do Papel</u>	Atividade diagnóstica <i>Em relação ao vosso papel enquanto pais, costumam estar de acordo ou têm opiniões diferentes?</i>	Resultados M: "Sempre estivemos de acordo, até porque o nosso objetivo sempre foi ajudá-los... quando a minha neta F era pequena o meu marido ia todos os dias levar-me a casa da minha filha para eu tomar conta dela.. e depois o meu marido ia sempre busca-la à escola... por isso quando vieram para cá, não foi difícil a adaptação"
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.5 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.5- Existência de saturação do papel	
<u>Saturação do Papel</u>	Atividade diagnóstica <i>Neste momento sentem-se sobrecarregados nas funções parentais?</i>	Resultados M: "não, até ficamos muito felizes por podermos ajudar..."
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental adequado por Conhecimento do papel demonstrado e • Comportamentos de adesão demonstrado e • Consenso do papel sim e conflito do papel não e Saturação do papel não

C- DIMENSÃO FUNCIONAL

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

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

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Papéis Familiares		
Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor? Pais e filhos C e C		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	X	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		X
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		X
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira? M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	x	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		X
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		X
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico? M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	X	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		X
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		X
4. Quem desempenha Papel Recreativo? Filho C		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	X	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		X
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		X
5. Quem desempenha Papel de Parente? Filha C		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>	X	
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		X
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		X
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família? Não identificaram nenhum		
	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros	X	
Alianças e Uniões		
	SIM	NÃO
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros	X	
Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião	X	

BIBLIOGRAFIA

- Santos, M. L. M., Fernandes, J. M., Vicente, D. P., Simionatto, J., Sanches, V.S., Souza, A.S., Christofolletti, G., & Merey, L. F. (2020). Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saude : Revista Do Sistema Único de Saúde Do Brasil*, 29(2), e2018258. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200022>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

FAMÍLIA F

1ª consulta – 23/10/2024

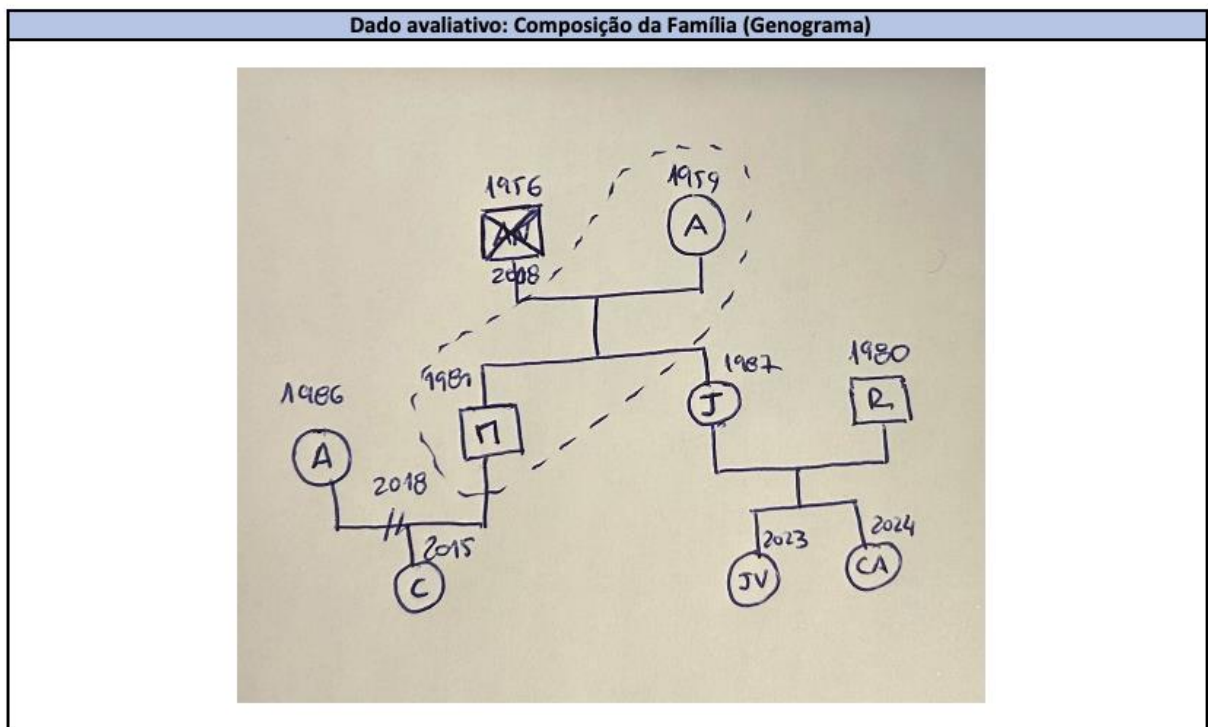
2ª consulta – 7/07/2025

Presentes: A na USF

Família composta pela utente A de 65 anos, pela filha J de 37 anos e pelo filho M de 43 anos. O marido AN faleceu há 18 anos após diagnóstico de neoplasia pulmonar. O filho M vive com a mãe desde há 6 anos após divorcio. Tem uma filha C de 9 anos que vive com a mãe, e está com o pai e com a avó semanalmente. A utente A teve poliomielite aos 9 meses e tem uma malformação nos membros inferiores, sem qualquer influência na sua mobilidade. Tem como antecedentes pessoais Hipertensão arterial e dislipidemia. O filho M não tem antecedentes patológicos pessoais. Não há antecedentes patológicos familiares relevantes. O filho M é segurança e estudou até ao 12º ano.

A filha J já não vive com a mãe e o irmão. Vive com o marido R de 44 anos, tendo 2 filhas JU (20 meses) e C (3 semanas). A filha J é médica e vive em Vila Real.

A- DIMENSÃO ESTRUTURAL

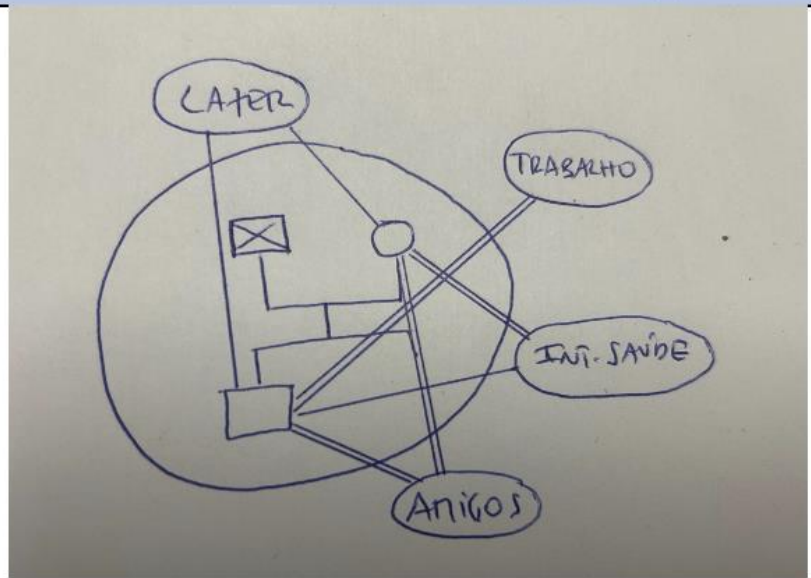


Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Dado avaliativo: Família Extensa

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)



	Ex-mulher/nora	Cunhadas	Filha/Irmã	Netas
Vínculo forte		A	A, M	M, A
Vínculo intermédio	A	M		
Vínculo fraco	M			

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Dado avaliativo: Classe social									
NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)									
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	- Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (c/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior 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, 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 militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - 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 - nº 6 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	<i>A utente A é reformada e tem uma loja alugada; filho M tem vencimentos certos</i> - Origem do rendimento familiar (ORF) – Grau III
Diagnóstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	<i>Casa própria – moradia com 2 andares</i> - Tipo de Habitação (TH) – grau II - Higiene da Habitação Presente
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado

Adaptado de Figueiredo (2012)

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



Foco		A.3- Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Prevenção de Segurança	<p><i>Casa tem barreiras arquitetónicas, tem escadas – utente não necessita de nenhuma adaptação porque vive no rés do chão</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência de <u>Barreiras arquitetónicas</u> <p>Entende-se por barreiras arquitetónicas, todo o tipo de elementos de construção ou edificação que limitam ou até impedem na totalidade, a mobilidade dos indivíduos com deficiência ou com mobilidade condicionada, constringendo a acessibilidade e a sua autonomia. Essas barreiras podem incluir degraus, escadas, portas estreitas, corredores estreitos, ausência de rampas de acesso, elevadores inadequados, casas de banho inacessíveis, entre outros (Santos et al, 2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência de <u>Aquecimento</u> No inverno é utilizado aquecedor elétrico - Ausência de <u>Abastecimento de gás</u> <u>tipo de abastecimento: botija</u> <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás: refere que não têm botijas armazenadas e que as mangueiras de borracha são trocadas regularmente 	
Diagnóstico	Prevenção de Segurança Demonstrada	

Foco		A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	Existência de <u>Abastecimento de água</u> Rede pública	
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado	

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

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

B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)	
Família com filhos adultos	X



Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado	
<p><u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental.</u></p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como tem sido o seu papel enquanto mãe, com os vossos filhos já adultos? - Como foi a adaptação com o regresso do filho M a casa? 	<p>Resultados</p> <p>A: “Temos uma relação muito próxima, já quando foi da partida do meu marido, o que me deu razão para eu viver foi pensar que tenho 2 filhos fruto de um grande amor... nós sempre fomos muito unidos, uma família que nos completávamos...”</p> <p>“A separação do M foi um desgosto para mim, mas continuamos a ter muita ligação”</p>
	<p>Fundamentação</p>	
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
<p>Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto</p>	<p>Atividade diagnóstica</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que mudou na relação com o seu filho desde que regressou a casa? - Consegue conversar com ele sobre o caminho que estão a fazer? - Em casa, como é a distribuição de tarefas? - Em relação às despesas da casa, ele também contribui? - E com a sua filha que vive em Vila Real? Como é a vossa relação? 	<p>Resultados</p> <p>A: “Não mudou nada... não conversamos sobre o que se passou mas está tudo bem...” Com a morte do pai ele ficou muito revoltado (M), a J aceitou bem, sempre muito paciente com o pai e o M distanciou-se” “Eu nunca lhe perguntei, mas eu acho que o M sente peso na consciência de não ter estado muito tempo com o pai.... quando falo do meu marido ainda me veem as lágrimas aos olhos, e ele fica logo zangado, não gosta de me ver assim...”</p> <p>A: “Ainda esta semana estive em casa deles, da minha filha J, isto de ter uma menina com 20 meses e agora a mais nova nascer.. é um bocadinho difícil, eu ajudo no que posso...”</p>
	<p>Fundamentação</p> <p>A transição para relações adulto-adulto frequentemente exige que tanto pais quanto filhos redefinam seus papéis e expectativas. Essa redefinição pode levar a um maior entendimento e respeito mútuo, promovendo relações mais colaborativas e menos conflituosas (Fingerman et al., 2012)</p>	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
	<p>Atividade diagnóstica</p>	<p>Resultados</p> <p>A: “Para mim a separação deles foi um desgosto, e foi mau, porque eles não saíram amigos. Para a menina é</p>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<p><u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u></p>	<p>- Como tem sido o contacto com os vossos netos? E com a mãe da sua neta?</p>	<p>normal, já está habituada... Eles zangaram-se mas eu sempre fui amiga da mãe da minha neta” “ainda hoje dou muito apoio, a C anda na acrobática e ainda hoje a fui levar... só não a vou buscar porque tinha esta consulta marcada... Eu ajudei-a a criar, antes de ir para a escola estava sempre comigo...”</p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Satisfação com o contacto mantido</u></p>	<p>B.7.2.3- Satisfação com o contacto mantido</p>	
	<p>Atividade diagnóstica “Sente-se satisfeita com o tempo que passa com a sua filha?</p>	<p>Resultados A: “A minha filha foi para Vila Real, ainda esta semana fui para lá ajudar...” “ O meu filho tem coisas do pai... o meu marido mal saia de qualquer lado dava-me a mão, e o meu filho agora também faz isso... tantas saudades que tenho das mãos dele....”</p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u></p>	<p>B.7.2.5- Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</p>	
	<p>Atividade diagnóstica - Sentem-se satisfeitos com o tempo que passam com eles?</p>	<p>Resultados A: <i>Sim</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>O contato entre pais e filhos é um fator essencial para o bem-estar psicológico dos pais. De acordo com uma pesquisa conduzida por Oliveira e Souza (2021), pais que mantêm um contato regular e de qualidade com seus filhos relatam níveis mais elevados de satisfação com suas vidas familiares, além de uma menor incidência de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão. Isso se dá porque o relacionamento com os filhos pode atuar como uma fonte de apoio emocional e gratificação pessoal.</p>		
<p>Dimensão B.7.3 – Consenso do papel</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Consenso do Papel</u></p>	<p>B.7.3- Existência de consenso do papel</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>Não questionado</i></p>	<p>Resultados</p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Subdiagnóstico Consenso do Papel SIM</p>		
<p>Dimensão B.7.4 – Consenso do papel</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conflitos do Papel</u></p>	<p>B.7.4- Não existência de conflitos de papel</p>	
	<p>Atividade diagnóstica <i>Não questionado</i></p>	<p>Resultados</p>
<p>Fundamentação</p>		

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.5 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.5- Não existência de saturação do papel	
<u>Saturação do Papel</u>	Atividade diagnóstica <i>Neste momento sente-se sobrecarregada nas funções parentais?</i>	Resultados "Não, nunca senti isso..."
	Fundamentação O consenso sobre os papéis permite que os membros da família ofereçam e recebam apoio emocional de maneira mais eficaz. Quando os papéis são bem definidos e aceitos por todos, cada membro sabe quando e como fornecer apoio aos outros (Silverstein et al., 2006)	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> Papel parental adequado

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>)	x	
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (<i>Se NÃO, especificar</i>)	x	
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (<i>Se NÃO FAVORÁVEL, especificar</i>)	x	
Comunicação Verbal/ Não Verbal		
	SIM	NÃO
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem	x	
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros	x	
Comunicação Circular		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família	x	
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa	x	
Coping Familiar		

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Solução de Problemas		
1. Quem na família expressa mais os sentimentos? A		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas? A		
	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família	x	
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas	x	
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas	X Filha J	
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas		x
Papéis Familiares		
Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor? A		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	x	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		x
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		x
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira? A		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	x	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		x
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		x
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico? A		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	x	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		x
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		x
4. Quem desempenha Papel Recreativo? M		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)	x	
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		x
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		x
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família? A		
	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros	x	
Alianças e Uniões		
	SIM	NÃO
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros		x
Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião	x	

Intervenção dos profissionais de saúde	
--	--

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	
	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Comunicação Emocional</u></p>	<p>- <i>Quem na família expressa mais os sentimentos?</i></p> <p>- <i>Todos conseguem verbalizar e expressar os seus sentimentos?</i></p> <p>- <i>Sente que a família aceita os seus sentimentos?</i></p>	<p>- "Sou eu, e penso que sim todos temos uma boa relação e cada um pode dizer o que sente..."</p> <p>"Sim, quando eu não estou bem eles apoiam-me e eu também os apoio"</p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u></p>		
<p>Atividade diagnóstica</p> <p>- <i>Todos na família são claros e diretos no assunto? Todos percebem e compreendem o que se está a dizer ou usam uma linguagem "disfarçada"?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>"Nada disso, enfermeira, na nossa família isso não acontece..."</p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Comunicação Circular</u></p>		
<p>Atividade diagnóstica</p> <p>- <i>Sente-se satisfeita com a forma como comunicam em família?</i></p> <p>- <i>De 1 a 10 como classifica a vossa comunicação em família?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>"Sim, estou satisfeita"</p> <p>"Classifico como um 8"</p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Comunicação Familiar Não Eficaz se:</p> <p>Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Comunicação Familiar Eficaz</p>	
<p>Dimensão</p> <p>C.2.2- Coping Familiar</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Solução de Problemas</u></p>		
<p>Atividade diagnóstica</p> <p>- <i>Quem na família identifica os problemas e tem iniciativa para os resolver?</i></p> <p>- <i>Costumam discutir os problemas em família?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>"Sou eu, e tentamos chegar a um acordo entre todos"</p>	
<p>Fundamentação</p>		
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Coping Familiar Não Eficaz se:</p> <p>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</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Coping Familiar Eficaz</p>	
<p>Dimensão</p> <p>C.2.3- Interação de Papéis Familiares</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Papel provedor</u></p>		
<p>Atividade diagnóstica</p> <p>- <i>Quem contribui para o sustento da casa? Está de acordo que seja assim?"</i></p>	<p>Resultados</p> <p>"Sou eu, o M também ganha o seu dinheiro, mas como tenho os meus rendimentos nunca lhe peço nada.... e sinto-me bem assim, também assim ajudo-o a poupar...."</p>	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel gestão financeira</u>	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz	
	Atividade diagnóstica - <i>Quem gere o dinheiro na sua família? Está de acordo que seja assim?</i>	Resultados "Sim sou eu e está bem assim"
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Cuidado Doméstico</u>	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz	
	Atividade diagnóstica - <i>Quem é responsável por cuidar das tarefas domésticas? Está de acordo que seja assim?</i>	Resultados "Sou eu, sempre fui mesmo quando a J estava em casa... enquanto conseguir fazer as coisas está muito bem para mim...."
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Recreativo</u>	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica - <i>Quem tem a iniciativa de fazer atividades em família? Está de acordo que seja assim?</i>	Resultados "Por norma é o meu filho M, vamos ao cinema e leva-me às festas, quando é por aqui perto... ele tem muitos amigos, mas não se esquece da mãe..."
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel de Parente</u>	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica - <i>Quem tem a iniciativa de contactar com a restante família?</i>	Resultados "Somos os dois..."
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	<p>Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Papel SIM</p> <p>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 Interação de Papéis Não Conflitual</p>	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item <u>Influência e Poder</u>	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional	
	Atividade diagnóstica - <i>Na família há algum membro com mais poder?</i>	Resultados "Não, acho que não"
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Alianças e Uniões</u>	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional	
	Atividade diagnóstica - <i>Na família há elementos que têm mais ligação uns com os outros? Está satisfeita que seja assim?</i>	Resultados "Como agora o M vive novamente comigo, se calhar sinto mais ligação com ele, mas agora que a minha filha foi mãe tenho-a ajudado muito e tenho passado mais tempo com ela... por isso acho que temos uma boa ligação todos..."

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional
-----------------------	--

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

BIBLIOGRAFIA

- Fingerman, K. L., et al. (2012). Parent-child relationships in adulthood: The role of age and gender. *Research on Aging*, 34(1), 78-106. doi:10.1177/0164027511425771
- Oliveira, R. S., & Souza, M. L. (2021). Qualidade das interações entre pais e filhos: Impacto no bem-estar familiar. *Revista Brasileira de Psicologia*.
- Santos, M. L. M., Fernandes, J. M., Vicente, D. P., Simionatto, J., Sanches, V.S., Souza, A.S., Christofolletti, G., & Merey, L. F. (2020). Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saude : Revista Do Sistema Único de Saúde Do Brasil*, 29(2), e2018258. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200022>
- Silverstein, M., Gans, D., & Yang, F. (2006). Intergenerational Support to Aging Parents. *Journal of Family Issues*, 27(8), 1068–1084. <https://doi.org/10.1177/0192513X06288120>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

FAMÍLIA P

1ª consulta – 15/10/2024

Presentes: L na USF

2ª consulta – 12/11/2024

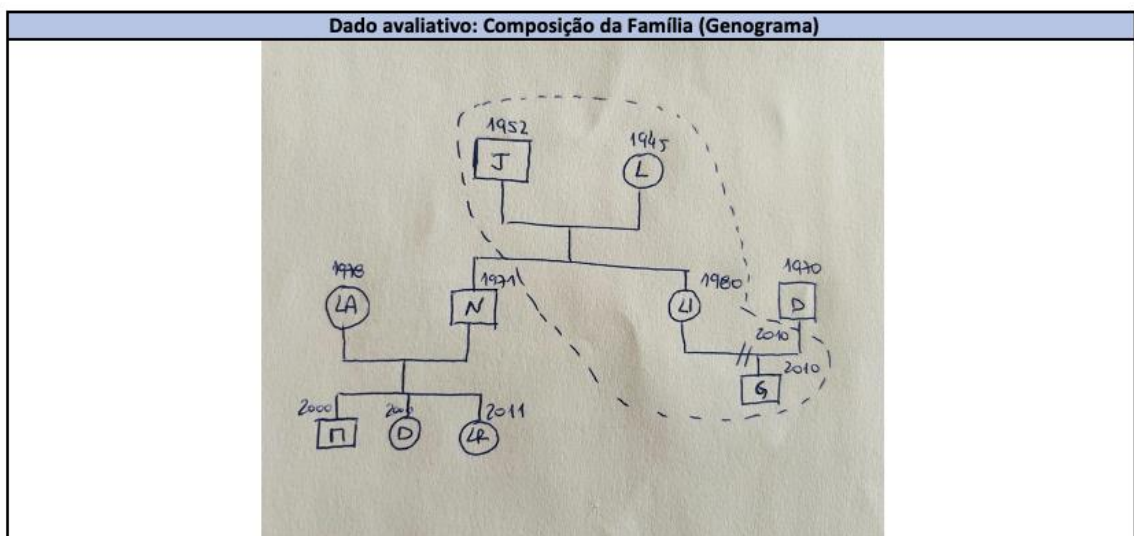
Presentes: L na USF

3ª consulta – 28/11/2025

Presentes: L na USF

Família nuclear, composta pela utente L de 78 anos e o utente J de 72 anos. Este casal tem 2 filhos, o N com 52 anos e a LI com 44 anos. O N é casado com a LA de 46 anos e têm 3 filhos: a D e o M gémeos com 24 anos e a LR com 13 anos. A filha LI tem um filho G de 14 anos e está divorciada do pai da criança, D que tem 54 anos. O divórcio aconteceu 10 dias após o nascimento do G, em 2010. Desde aí a filha e o neto G vivem com os avós J e L. A utente LI é empregada numa superfície comercial. Os utentes L e J estão reformados. A utente L teve uma tabacaria e o J trabalhava na área da publicidade. A utente L tem como antecedentes patológicos HTA, diabetes não-insulinodependente, DPCO e artrite reumatoide. O utente J tem como antecedentes patológicos HTA, diabetes não-insulinodependente e EAM. A filha LI tem como antecedentes patológicos HTA.

A- DIMENSÃO ESTRUTURAL

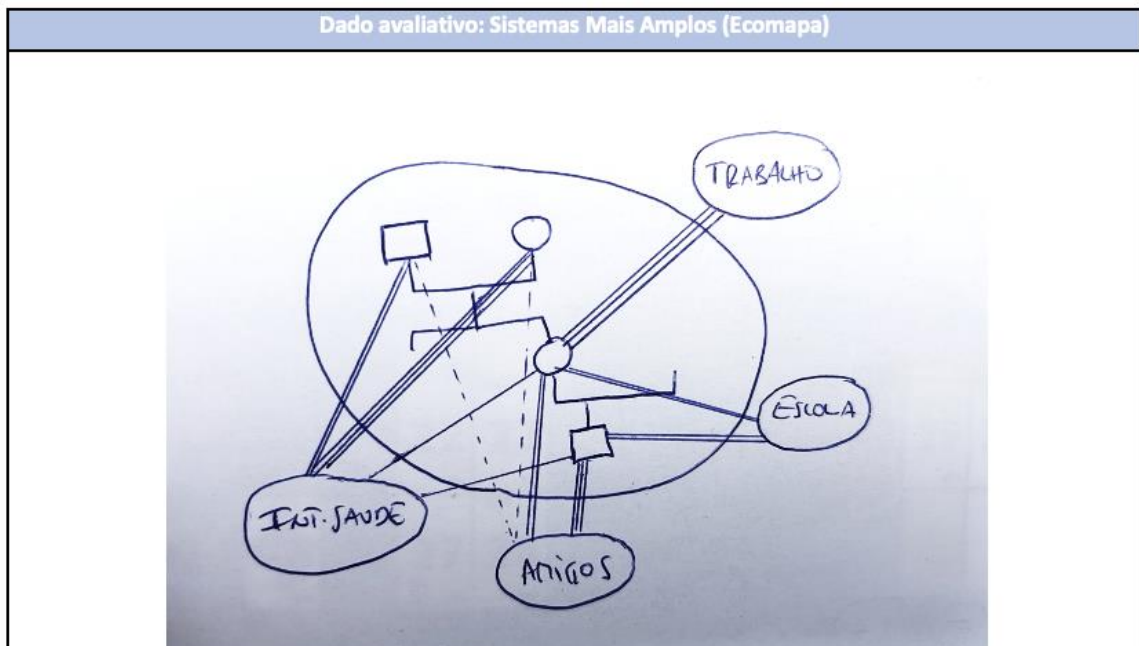


Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Dado avaliativo: Tipo de Família	
Família: Outros: recoabitação intergeracional	X

Dado avaliativo: Família Extensa	
Tipo	Nome(s)
Pessoal	N, LA, M, D, LR
Telefónico	N, M, D, LR
Carta/e-mail	
Outro:	
Intensidade de contacto	
Semanal	N, LA, M, D, LR
Quinzenal	
Mensal	
Outro:	Anual (pai D)
Função das relações	
Companhia social	N e LA
Apoio emocional	N e LA
Guia cognitivo e conselhos	
Regulação social	
Ajuda material e de serviço	



Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	Trabalho	Escola	Inst. Saúde	Netos	Filho/nora	Pai/genro
Vínculo forte	LI		L, J	L, J	L, J	G
Vínculo intermédio		LI, G	LI, G	LI, G	LI, G	LI
Vínculo fraco						L, J

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	- Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (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	- Pés. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médicos agricultores - Sargentos e sarganados	- 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	- Pés. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizados 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	16 ↑ ↓ 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

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

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	<i>Reformas de L e J, vencimento certo de LI</i> - Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) Gau III
Diagnóstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente

Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	Apartamento T3+1 6º andar com elevador - Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar) grau III - Higiene da Habitação Presente
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado

Foco	A.3- Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Precaução de Segurança	Apartamento T3+1 6º andar com elevador - Ausência de <u>Barreiras arquitetónicas</u> - Existência de <u>Aquecimento</u> : Aquecedor elétrico - Existência de <u>Abastecimento de gás</u> Se Existência, especificar: <u>tipo de abastecimento: canalizado</u> - <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás: nas ligações dos aparelhos os tubos são adequados e estão dentro do prazo; há uma correta ventilação e exaustão.
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	- Existência de <u>Abastecimento de água</u> <i>tipo de abastecimento de água: rede pública</i>
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado

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

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)	
Família com filhos adultos	x

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	Atividade diagnóstica - A D. L e o Sr. J partilham as tarefas domésticas? - Está satisfeita com esta partilha?	Resultados “As compras sou eu que decido e vou gerindo o que é necessário e o meu marido e a minha filha compram...” “Estou satisfeita, sempre foi assim, já estou habituada” “As limpezas é a minha filha que faz, as coisas mais pesadas...”
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.2- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
<u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	Atividade diagnóstica e resultados - <i>Está satisfeita com o tempo que passam juntos?</i> - <i>Gostam de partilhar alguma atividade recreativa?</i>	Resultados “Já estamos muito habituados a estarmos juntos... e sempre nos demos bem” “Partilhamos o dia-a-dia em casa...”
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
<u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	Atividade diagnóstica - <i>Costumam conversar sobre o que sentem?</i>	Resultados “Sempre, não temos segredos...”
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Relação dinâmica Não Disfuncional	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.1- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	- <i>Sente que vocês têm facilidade em expressar as expectativas e os vossos receios?</i>	“Sempre foi tudo muito aberto, sempre conversamos sobre tudo... quando a minha filha regressou a casa sempre conversámos sobre tudo...”
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.2- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
<u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	Atividade diagnóstica e resultados - Costumam ter opiniões diferentes sobre alguns assuntos?	Resultados “Neste momento acho que só não estamos de acordo com o futebol...(riso) ele é do Benfica e eu do Porto...”
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.3- Satisfação com o padrão de comunicação do casal	
<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	Atividade diagnóstica - <i>Costumam ter momentos de diálogo como casal?</i> - <i>Está satisfeita pela forma como vocês comunicam?</i>	Resultados “Falamos sobre tudo... não fica nada por dizer...”
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz	

Foco	B.1. Satisfação Conjugal
Crítérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: <ul style="list-style-type: none"> • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnóstica - <i>Como tem sido o vosso papel enquanto pais, com os vossos filhos já adultos?</i> - <i>Houve alguma mudança desde que a sua filha regressou a vossa casa?</i>	Resultados “O meu filho mais velho foi criado pela avó e ficou com ela até fechar os olhos... já a minha filha esteve sempre connosco” “Quando a minha filha decidiu vir novamente para casa teve sempre a porta aberta...” “Acho que não mudou nada, sem ser a chegada do nosso netinho!!!”
	Fundamentação	
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p>Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto</p>	<p>B.7.2.1- Redefinição demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto</p>	
	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>- O que mudou na relação com a sua filha desde que regressou a casa?</i></p> <p><i>- Consegue conversar com ela sobre o caminho que estão a fazer?</i></p> <p><i>- Em casa, como é a distribuição de tarefas?</i></p> <p><i>- Em relação às despesas da casa, ela também contribui?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>“Não mudou nada... na altura foi muito difícil ela vir com o filho nos braços, mas adaptamo-nos e apoiamo-nos uns aos outros...”</p> <p>“Ela ajuda nas compras da casa e faz as limpezas, nós ajudamos com o nosso neto... o avô é que o vai sempre buscar à escola”</p> <p>“é ela que faz a maioria das compras e paga a água e a luz..”</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u></p>	<p>B.7.2.2- Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</p>	
	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>- Como foi o regresso a casa da sua filha, com o seu neto? E têm contacto com o ex-marido da LI?</i></p> <p><i>- E como é que o seu filho reagiu com o regresso da irmã a casa dos pais?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>“Quando a minha filha regressou a casa com o meu neto, ajudei-a muito... ela tinha de trabalhar e eu fazia de mãe e avó.”</p> <p>“Ele tem contacto com o meu neto pelo menos uma vez por ano, como vive no Algarve ele vai lá passar férias, mas nós não temos contacto com ele”</p> <p>“O meu filho já tem a vida dele e ficou muito feliz por nós conseguirmos ajudar a irmã... eles dão-se muito bem...”</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Satisfação com o contacto mantido</u></p>	<p>B.7.2.3- Satisfação com o contacto mantido</p>	
	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>- Sente que consegue manter o contacto com o seu filho e com a restante família?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>“Todos os fim-de-semana nos juntamos, ou na minha casa ou na casa do meu filho”</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u></p>	<p>B.7.2.5- Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</p>	
	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>- Que relação têm com o seu filho e a sua nora?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>“Estamos juntos todos os fim-se-semana”</p>
	<p>Fundamentação</p>	
<p>Dimensão</p>	<p>B.7.3 – Consenso do papel</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Consenso do Papel</u></p>	<p>B.7.3- Existência de consenso do papel</p>	
	<p>Atividade diagnóstica</p> <p><i>Em relação ao vosso papel de pais existe consenso em relação às vossas tarefas?</i></p>	<p>Resultados</p> <p>“Sim..”</p>
	<p>Fundamentação</p>	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.4 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.4- Existência / Não existência de conflitos de papel	
<u>Conflitos do Papel</u>	Atividade diagnóstica <i>Em relação ao vosso papel enquanto pais, costumam estar de acordo ou têm opiniões diferentes?</i>	Resultados <i>“Costumamos estar de acordo...”</i>
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	
Dimensão	B.7.5 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.5- Não existência de saturação do papel	
<u>Saturação do Papel</u>	Atividade diagnóstica <i>Neste momento sente-se sobrecarregada nas funções parentais?</i>	Resultados <i>“Não, nunca pensei nisso dessa forma”</i>
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com filhos adultos)
Diagnóstico:	Papel parental adequado por Conhecimento do papel demonstrado/ Comportamentos de adesão demonstrado / Consenso do papel Sim/ conflito do papel Não /Saturação do papel Não

ANEXO III – Número de consultas de Enfermagem por Programa de Saúde –
(dados recolhidos em abril 2024)

Programa de Saúde - Enfermagem ▲	Métrica N° Contactos de Enfermagem em Programa de Saúde ▼
Grupo de Risco: Hipertensão	610
Saúde do Adulto	458
Tratamento Feridas / Ulceras	436
Saúde Idoso	429
Grupo de Risco: Diabetes	378
Saúde Infantil	205
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	201
Rastreio do cancro do colo do útero	161
RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RECTO	106
Dependentes	70
Saúde Materna	66
Intervenções Breves em fumadores	24
Puerpério	19
Domicílio	18
Saúde Juvenil	12
Grupo de risco - Cardiovascular	7
Saúde Mental e Psiquiatria	5
Preparação Psicoprofilática Para o Parto	3
COVID-19 (Temporário)	3
ADR Comunidade	2
Acompanhamento de Conviventes de Doentes Com Tuberculose	1
P.N.S.E.: Saúde Individual e Colectiva	1
Grupo de Risco : DPOC	1
Total	3.216

ANEXO IV - Instrumento de recolha de dados

Diagnóstico das Necessidades formativas na documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da dimensão estrutural, do Programa “Saúde da Família” do SClínico®

Este questionário tem como objetivo conhecer as necessidades formativas individuais de cada profissional no sentido de programar e adaptar a Formação em Serviço que será realizada pela Enfermeira Ana Canez no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF) da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Todas as respostas e dados partilhados são confidenciais.

Selecione, por favor, com um X em SIM ou NÃO para cada pergunta e responda às perguntas abertas com a sua opinião

	Sim	Não
1. Conhece o referencial teórico e operativo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1 Se respondeu NÃO à pergunta anterior, tem interesse em conhecer o MDAIF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

1.2 Se respondeu SIM à pergunta anterior, como tomou conhecimento?

Sim Não

2. Teve formação em Enfermagem de Família?

Se sim, em que contexto?

- Contexto académico
- Formação contínua formal
- Auto-formação
- Outra: _____

3. Tem conhecimento sobre a existência do programa “Saúde da Família” no SClínico®?

4. Costuma fazer a documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família” no SClínico®?

Se não, quais os motivos que o levam a não o fazer:

5. Identifica vantagens na documentação dos cuidados no programa “Saúde da Família” no SClínico®?

Se sim, quais?

6. Responda com Verdadeiro (V) ou Falso (F) às seguintes afirmações:

- | | V | F |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 6.1 O tipo de família e a etapa do ciclo vital são dados que podem ser documentados em separador predefinido da Avaliação Inicial da Família. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 Uma das áreas de atenção da dimensão estrutural da avaliação familiar é o Processo Familiar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 Para se realizar a documentação no processo clínico da família é necessário ativar o programa de “Saúde da Família”. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 O genograma é um instrumento da avaliação estrutural que pode ser anexado em separador próprio da Avaliação Inicial da Família. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5 A possibilidade de avaliação da Classe Social da Família, através da Escala de Graffar em separador próprio, é um dos upgrades a fazer-se no SClinico® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6 Através do “Programa da Família” é possível identificar-se diagnósticos à família mas ainda não é possível planear e documentar a execução de intervenções assim como avaliar o resultado das mesmas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.7 O Animal Doméstico é uma das áreas de atenção da avaliação estrutural | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.8 O Planeamento Familiar e o Edifício Residencial são áreas de atenção da avaliação estrutural | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.9 As condições de habitação são possíveis de documentar em separador próprio no SClinico® | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.10 O Abastecimento de Água não releva para a prática de Enfermagem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | V | F |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 6.11 A consulta de Enfermagem no domicílio do utente é a única oportunidade de colheita de dados para a avaliação estrutural da família | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.12 A Precaução de Segurança é avaliada no âmbito da dimensão estrutural | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.13 A avaliação do Rendimento Familiar é realizada apenas pela assistente social, saindo do âmbito dos cuidados de enfermagem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.14 A documentação no “Programa Saúde da Família” pode ser feita de forma gradual, em várias consultas diferentes, conforme se colhem os dados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.15 A documentação no “Programa Saúde da Família” é da competência apenas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Obrigada pela vossa participação

Ana Canez

ANEXO V - Plano de sessão da ação de formação

PLANO DE SESSÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Documentação dos cuidados de enfermagem no programa “Saúde da Família” no SClínico

População Alvo: Equipa de Enfermagem da USF

Nome do Formador: Ana Canez **Data:** 13/11/2024 **LOCAL:** USF B

Objetivo Geral:

- Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na documentação dos cuidados no âmbito da dimensão estrutural, no programa “Saúde da Família” do SClínico®CSP

Objetivos Pedagógicos	Conteúdos Teórico / Práticos	Métodos e Atividades Pedagógicas	Recursos Didáticos	Forma de Avaliação	Duração (Horas)
<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) Conhecer as áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF Conhecer o Programa de Saúde da Família do SClínico®CSP Conhecer os passos para a documentação da avaliação estrutural no Programa de Saúde da Família do SClínico®CSP Conhecer a forma adequada de preencher a Escala de Graffar Conhecer a avaliação diagnóstica, formulação diagnóstica e identificação de intervenções para os focos: Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Abastecimento de Água, Animal Doméstico e Precaução de Segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermagem de Saúde Familiar MDAIF: matriz operativa e áreas de atenção Dimensão estrutural Instrumentos de avaliação familiar Exemplos práticos de como documentar no SClínico®CSP 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo; Demonstrativo; 	<ul style="list-style-type: none"> Computador; Videoprojector. 	<ul style="list-style-type: none"> Continua. Observação dos formandos 	1h30min

ANEXO VI – Instrumento para avaliação da ação de formação

Avaliação da Perceção dos Formandos

Formação: Documentação dos Cuidados no Programa de Saúde “Saúde da Família”

Data: 13 / 11 / 2024

Local: Sala Reuniões USF

Formadora: Ana Canez

Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5, sendo atribuído ao valor 1 “nada adequado”, 3 “adequado” e ao valor 5 “muito adequado” conforme a sua opinião.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS	1	2	3	4	5
Conteúdos da formação					
Estrutura dos conteúdos					
Interesse/utilidade dos conteúdos					
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados					
Equilíbrio entre a exposição teórica/prática					
Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)					

FORMADORA	1	2	3	4	5
Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação					
Estímulo à participação dos/as formandos/as na sessão					
Relacionamento com os/as formandos/as					

Capacidade de motivar para a sessão					
Pontualidade / cumprimento do horário					



AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	1	2	3	4	5
Concretização dos objetivos propostos					
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					
O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu conhecimento					

Críticas/Sugestões/Comentários

Obrigada pela sua atenção

ANEXO VII – Número de consultas de Enfermagem por Programa de Saúde –
(dados recolhidos em dezembro 2024 e janeiro 2025)

Programa de Saúde - Enfermagem ▲	Métrica Nº Contactos de Enfermagem em Programa de Saúde ▼
Saúde Idoso	5.079
Grupo de Risco: Hipertensão	5.037
Saúde do Adulto	5.010
Tratamento Feridas / Úlceras	4.572
Grupo de Risco: Diabetes	3.142
Saúde Infantil	2.045
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	2.023
Rastreio do cancro do colo do útero	1.370
RASTREIO DO CANCRO DO COLON E RECTO	1.161
Dependentes	1.015
Saúde Materna	603
Domicílio	422
Intervenções Breves em fumadores	313
Grupo de Risco : DPOC	252
Saúde Juvenil	220
Puerpério	175
Saúde Mental e Psiquiatria	89
ADR Comunidade	65
Grupo de risco - Cardiovascular	57
COVID-19 (Temporário)	49
Ostomizados	28
Preparação Psicoprofilática Para o Parto	24
P.N.S.E.: Inclusão Escolar	15
Programa Nacional de Combate à Obesidade	12
Programas de Narcóticos de Substituição	9
Acompanhamento de Conviventes de Doentes Com Tuberculose	5
Saúde da Família	4
P.N.S.E.: Saúde Individual e Colectiva	4
Reabilitação	3
Programa Nacional de Cuidados Paliativos	3
Programa de Cuidados Continuados	3
Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose	2
Hipocoagulados	2
P.N.S.E.: Ambiente Escolar	2
P.N.S.E.: Estilos de Vida	2
Programa de Intervenção Precoce	2
Podologia	2
Saúde da Comunidade	1
Apoio Domiciliário Integrado (Adi)	1
Total	32.823

Programa de Saúde - Enfermagem ▲	Métrica Nº Contactos de Enfermagem em Programa de Saúde ▼
Grupo de Risco: Hipertensão	1.245
Saúde Idoso	1.168
Tratamento Feridas / Úlceras	1.152
Saúde do Adulto	1.030
Grupo de Risco: Diabetes	753
Saúde Infantil	649
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	459
Rastreio do cancro do colo do útero	333
Dependentes	279
RASTREIO DO CANCRO DO COLON E RECTO	260
Domicílio	243
Saúde Materna	159
Intervenções Breves em fumadores	71
Puerpério	65
Saúde Juvenil	46
Grupo de Risco : DPOC	42
ADR Comunidade	32
Grupo de risco - Cardiovascular	14
Preparação Psicoprofilática Para o Parto	13
Saúde Mental e Psiquiatria	13
COVID-19 (Temporário)	12
Saúde da Família	8
Programa Nacional de Combate à Obesidade	7
Programas de Narcóticos de Substituição	5
P.N.S.E.: Inclusão Escolar	5
Ostomizados	2
P.N.S.E.: Ambiente Escolar	2
Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose	1
Acompanhamento de Conviventes de Doentes Com Tuberculose	1
P.N.S.E.: Saúde Individual e Colectiva	1
P.N.S.E.: Estilos de Vida	1
Total	8.071