



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS NUCLEARES
COM FILHOS ADULTOS –
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

**ASSESSMENT AND INTERVENTION IN NUCLEAR
FAMILIES WITH ADULT CHILDREN –
DEVELOPMENT OF SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN COMMUNITY
NURSING IN THE FIELD OF FAMILY HEALTH NURSING**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Filipa Soares Rodrigues

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM
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 Maria Rui Sousa e
coorientado pela Professora Maria José
Peixoto.

Porto, 2025

“Importante não é ver o que ninguém nunca viu, mas sim, pensar o que ninguém nunca pensou sobre algo que todos veem.”

(Arthur Schopenhauer)

AGRADECIMENTO

À Professora Doutora Maria Rui Sousa, orientadora deste trabalho, o meu mais sincero agradecimento pela disponibilidade constante, pelo vasto conhecimento partilhado e, sobretudo, pela forma serena e encorajadora com que acompanhou todo o processo. O seu apoio motivador foi fundamental para a minha evolução.

À Professora Doutora Maria José Peixoto, coorientadora deste trabalho, pela amabilidade, constante disponibilidade e apoio imprescindível ao longo de todo o percurso.

À Professora Leonor Pinto, orientadora pedagógica, pela sua constante disponibilidade, encorajamento, partilha de conhecimentos e orientação ao longo deste percurso.

À Enfermeira Isabel Silvério, pela amizade sincera, pela humildade, pela empatia e, acima de tudo, por nunca ter deixado de acreditar em mim.

À Mariana e à Bárbara, por serem muito mais do que colegas, por cada conversa, cada incentivo e cada momento partilhado ao longo deste percurso. Obrigada por nunca deixarem faltar apoio, leveza e motivação.

Aos meus avós, Alberto e Arminda, pelo amor incondicional, pela sabedoria transmitida ao longo da vida e pelo exemplo de força e dedicação que sempre me inspirou.

Aos meus avós, Paulino e Maria da Conceição, que já partiram, mas permanecem sempre comigo. Pela presença que sinto, pelas memórias que guardo e pelo amor que nunca se apaga.

Aos meus pais, José Alberto e Paula, por serem o meu alicerce, a minha inspiração e a força por detrás de cada conquista. Tudo o que sou e tudo o que alcanço começa em vós.

À minha irmã Mafalda, pela presença constante e pelo carinho que nunca falha. Mesmo sendo a mais nova, ensinas-me todos os dias a ver o mundo com mais empatia e sensibilidade. És uma das pessoas mais especiais da minha vida.

Por fim, ao Tiago, pelo amor incondicional e por nunca me deixares esquecer do meu valor, mesmo nos dias mais difíceis. Obrigada por me admirares de forma tão genuína, por acreditares em mim em cada passo e por estares sempre presente, com paciência, carinho e apoio constante.

Vocês são a força e a inspiração que tornaram este desafio numa verdadeira conquista. Sou profundamente grata por vos ter ao meu lado, não só nesta etapa, mas em cada passo desta jornada que é a vida.

RESUMO

A família, enquanto sistema dinâmico, adapta-se continuamente às transições do ciclo vital. A fase da família com filhos adultos envolve tarefas como a aceitação da autonomia dos filhos e, frequentemente, a sua saída de casa, exigindo reajustes nas dinâmicas conjugais e parentais.

O presente relatório foi elaborado no âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e II, do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Foram definidos objetivos orientados para a prestação de cuidados a famílias nucleares com filhos adultos, considerando-as como unidade de cuidados e atuando nos diversos níveis de prevenção. Simultaneamente, promoveu-se a liderança e colaboração nos processos de intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar, conforme o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

A intervenção nestas famílias foi guiada pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, sustentado pelos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção na Família. Para abordagem ao indivíduo foi utilizada a Teoria das Transições de Meleis. Foram acompanhadas seis famílias, centrando-se a avaliação e intervenção na preparação para o ninho vazio. As áreas de atenção mais frequentemente identificadas incidiram sobre a Satisfação Conjugal, o Papel Parental e o Processo Familiar, tendo sido nomeados diagnósticos e implementadas intervenções dirigidas a cada uma destas dimensões. Com a equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar, foram desenvolvidas estratégias formativas para otimizar a documentação em Enfermagem de Saúde Familiar, destacando-se uma sessão formativa e a implementação de *coaching* individualizado. O processo de aprendizagem permitiu consolidar competências comuns e específicas, evidenciando-se a importância da reflexão crítica para a prestação de cuidados centrados na família.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar, Família com Filhos Adultos, Preparação para o Ninho Vazio, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

ABSTRACT

The family, as a dynamic system, continuously adapts to the transitions of the life cycle. The stage of the family with adult children involves tasks such as accepting the autonomy of the children and, frequently, their departure from the household, requiring adjustments in both conjugal and parental dynamics.

This report was prepared within the scope of the Curricular Units Professional Internship with Report – Module I and II of the Master's Degree in Community Nursing, with a focus on Family Health Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. Objectives were defined with the aim of providing care to nuclear families with adult children, considering them as units of care and intervening across various levels of prevention. At the same time, leadership and collaboration in Family Health Nursing intervention processes were promoted, in accordance with Regulation no. 428/2018 of the Portuguese Nursing Council.

The intervention in these families was guided by the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, supported by the Calgary Models of Family Assessment and Intervention. To approach the individual Meleis' Transition Theory was applied. Six families were followed, with the assessment and intervention focusing on the preparation for the empty nest phase. The most frequently identified areas of concern were Marital Satisfaction, Parental Role, and the Family Process. Diagnoses were established, and specific interventions were implemented for each of these dimensions.

Together with the nursing team of the Family Health Unit, training strategies were developed to optimise documentation in Family Health Nursing, including a training session and the implementation of individualised coaching. The learning process allowed for the consolidation of both common and specific competencies, highlighting the importance of critical reflection in the provision of family-centred care.

Keywords: Family Health Nursing, Family with Adult Children, Empty Nest Preparation, Dynamic Model of Family Assessment and Intervention

CHAVE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

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

EF – Enfermeiro de Família

EFS – Entrevista Familiar Sistémica

EM – Entrevista Motivacional

ESF – Enfermagem Saúde Familiar

IDG – Índice Desempenho Global

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção na Família

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MECESF – Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Plano de Acompanhamento Interno

SI – Sistemas de Informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO | 17 |
| 1.1. Descrição do contexto da prática | 17 |
| 1.1.1. Unidade Local de Saúde | 17 |
| 1.1.1.1. Unidade de Saúde Familiar | 18 |
| 1.2. Caracterização das famílias da enfermeira cooperante | 22 |
| 1.2.1. Caracterização geral do ficheiro | 22 |
| 1.2.2. Caracterização de uma amostra das famílias | 25 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 28 |
| 2.1. A Família e o Desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Familiar | 28 |
| 2.2. Cuidar a Família: Modelos e Teorias | 31 |
| 2.3. A Família com Filhos Adultos e a Preparação para o Ninho Vazio | 38 |
| 3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA | 50 |
| 3.1 Prestação de cuidados às famílias como unidade de cuidados | 50 |
| 3.1.1 Avaliação e Intervenção de Enfermagem em Famílias Nucleares com Filhos Adultos: Seleção das Famílias e Recursos Utilizados | 51 |
| 3.1.2. Explanação da prestação de cuidados às famílias | 62 |
| 3.1.3. Ganhos em Saúde para as Famílias e para os seus Membros | 107 |
| 3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar | 110 |
| 3.2.1. Articulação com equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família | 111 |
| 3.2.2. Gestão do sistema de cuidados de saúde familiar aos diferentes níveis de prevenção | 114 |
| 4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 127 |
| 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 | 130 |
| 4.2 Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar | 139 |

CONCLUSÃO _____ **141**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____ **144**

ANEXOS _____ **164**

ANEXO I – Planos de Acompanhamento Interno

ANEXO II – Explicação da prestação de cuidados às restantes famílias

ANEXO III – Cartas Terapêuticas da Família 1

ANEXO IV – Diagnóstico das necessidades de formação profissional

ANEXO V – Planeamento do processo formativo implementado à equipa de enfermagem da USF

ANEXO VI – Plano da sessão formativa e apresentação PowerPoint

ANEXO VII – Questionário de avaliação da sessão formativa

ANEXO VIII – Resultados da avaliação da sessão formativa

ANEXO IX – Guia prático de documentação dos cuidados

ANEXO X – 2.º Seminário em Enfermagem Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo

ANEXO XI – 3.º Seminário em Enfermagem Saúde Familiar, Maia/Valongo, ULS S. João

ANEXO XII – Comunicação livre (poster) International Congress Family Health (ICFH'25)

ÍNDICE de QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Problemas ativos da USF | 20 |
| Quadro 2 - Problemas ativos da lista da enfermeira cooperante | 24 |
| Quadro 3 - Comparação da etapa de ciclo vital da família com filhos adultos..... | 40 |
| Quadro 4 - Características das Famílias..... | 63 |
| Quadro 5 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 1, por dimensões de avaliação..... | 67 |
| Quadro 6 - Balança Decisional efetuada por C. em relação à adoção de comportamentos saudáveis..... | 85 |
| Quadro 7 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 2, por dimensões de avaliação..... | 88 |
| Quadro 8 - Ganhos em Saúde | 108 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Pirâmide etária da USF | 19 |
| Figura 2 - Pirâmide etária da lista de utentes da enfermeira cooperante..... | 23 |
| Figura 3 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família 1 | 64 |
| Figura 4 - Ecomapa Família 1 | 66 |
| Figura 5 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família 2..... | 86 |
| Figura 6 - Ecomapa Família 2 | 87 |

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), ministrado na Escola Superior de Enfermagem do Porto nos anos letivos 2023/2024 e 2024/2025, foi elaborado o presente relatório com o objetivo de demonstrar a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019), e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), de acordo com o Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018). Este documento constitui o produto final do percurso formativo realizado no âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I, decorrida entre 16 de abril de 2024 e 21 de junho de 2024, e Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, desenvolvido entre 16 de setembro de 2024 e 24 de janeiro de 2025, numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal têm evoluído ao longo de mais de cinquenta anos, impulsionados por diversas reformas estruturais que visaram melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados. Antes da década de 1970, a prestação de cuidados era dispersa entre serviços médico-sociais, iniciativas privadas e apoio assistencial, deixando muitas famílias sem acompanhamento adequado. A criação dos centros de saúde de primeira geração, em 1971, representou um avanço significativo na organização dos CSP, com enfoque na prevenção e no acompanhamento de grupos prioritários, como crianças, grávidas e população escolar (Biscaia, 2019). A institucionalização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, veio consolidar a universalização do acesso à saúde, reforçando o papel da medicina geral e familiar e estruturando os CSP como a base do sistema de saúde. Em 1990, a aprovação da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, marcou um ponto de viragem no panorama legislativo da saúde em Portugal, ao estabelecer, pela primeira vez, a saúde como um direito fundamental dos

cidadãos e uma responsabilidade partilhada entre o Estado, a sociedade e os próprios indivíduos. Esta lei foi operacionalizada pelas cinco Administrações Regionais de Saúde, enquanto entidades públicas integradas no Ministério da Saúde (Crisp et al., 2014). Com o decorrer dos anos e perante as profundas alterações verificadas no setor da saúde, surgiu a necessidade de atualização do quadro legal. Assim, foi publicada a Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que revogou a anterior Lei de Bases da Saúde, bem como o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Esta nova legislação visou reforçar e clarificar os papéis dos diferentes intervenientes no sistema de saúde, reforçando o papel do SNS como elemento central do sistema (Assembleia da República, 2019). Com o tempo, a necessidade de tornar estes serviços mais eficientes e próximos das populações levou à criação das USF, em 2005, promovendo cuidados mais personalizados e um modelo de equipa multiprofissional. Em 2008, a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) possibilitou uma maior integração e coordenação dos serviços de saúde primários (Ministério da Saúde, 2008). Mais recentemente, com a implementação das Unidades Locais de Saúde (ULS), formalizada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023 (Presidência do Conselho de Ministros, 2023), reforçou a articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares, procurando assegurar uma resposta mais eficiente e centrada no utente. Apesar dos avanços registados, persistem desafios, nomeadamente no que diz respeito à acessibilidade, à escassez de recursos humanos e à interoperabilidade dos sistemas de informação, tornando necessária a melhoria contínua dos CSP para responder de forma eficaz às exigências da população.

A figura do Enfermeiro de Família (EF) foi formalmente introduzida pelo Decreto-Lei n.º 118/2014, que o enquadra como um elemento essencial das equipas multiprofissionais de saúde, com responsabilidade na prestação de cuidados abrangentes às famílias, ao longo do ciclo de vida e nos diversos contextos comunitários (Ministério da Saúde, 2014). Anteriormente, o Regulamento n.º 126/2011 já delineava as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), estabelecendo um referencial para a certificação das competências clínicas

especializadas nesta área (OE, 2011). Posteriormente, o Regulamento n.º 428/2018 veio consolidar estas disposições, especificando duas competências fundamentais para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF: a prestação de cuidados à família como unidade e a liderança e colaboração em processos de intervenção (OE, 2018). O Regulamento n.º 140/2019, por sua vez, definiu as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, reforçando a importância do papel do EEECESF no sistema de saúde e promovendo a regulação e a qualidade da prática clínica (OE, 2019).

O conceito de família tem sido abordado sob diferentes perspetivas, refletindo a sua complexidade e diversidade ao longo do tempo. Friedman (1998) adota uma visão sistémica e funcionalista, considerando a família como um sistema dinâmico e interativo, cuja principal função é promover o bem-estar dos seus membros e a adaptação ao meio envolvente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) reforça esta abordagem, reconhecendo a família como uma unidade social essencial na promoção da saúde e prevenção da doença, indo além das estruturas tradicionais para incluir diversas configurações familiares. Já Figueiredo (2012) apresenta a família como um sistema em constante transformação, onde as interações entre os seus elementos e o meio envolvente moldam a sua identidade e funcionamento. Em síntese, estas perspetivas evidenciam a família como um elemento central nos cuidados de saúde, sublinhando a sua influência na promoção da saúde e no apoio aos seus membros ao longo do ciclo vital.

Os objetivos gerais delineados ao longo do curso de Mestrado focaram-se na aquisição e consolidação de competências para a prestação de cuidados à família como unidade de cuidados, bem como aos seus membros individualmente, ao longo das diferentes fases do ciclo vital e nos distintos níveis de prevenção. Paralelamente, procurou-se fortalecer competências associadas à liderança e ao trabalho colaborativo em processos de intervenção no domínio da ESF, promovendo uma abordagem integrada e eficaz na prática clínica.

A relevância da família enquanto unidade central nos cuidados de saúde reforça a necessidade de compreender as suas dinâmicas e os desafios enfrentados ao longo do ciclo vital. Neste contexto, a caracterização de uma amostra de 60 famílias acompanhadas na USF revelou que a estrutura familiar predominante é a família nuclear, representando 65,0% da amostra. Destas, 38,1% situavam-se na fase VI do Ciclo Vital de Duvall, designada família com filhos jovens adultos, etapa em que se inicia o processo de saída dos filhos do domicílio parental e a consequente adaptação do sistema familiar a esta transição (Duvall & Miller, 1985). Estes achados acompanham a tendência identificada nos dados da Eurostat para 2022, segundo os quais a idade média de saída de casa dos pais, em Portugal, foi de 29,7 anos, evidenciando um prolongamento da permanência dos filhos no agregado familiar.

Neste sentido, a compreensão desta etapa torna-se essencial para a definição de estratégias de intervenção adequadas às necessidades das famílias em transição. Diferentes modelos teóricos abordam esta fase do ciclo vital sob perspetivas complementares. Os modelos de Duvall e Miller (1985), Carter e McGoldrick (1995) e Relvas (2000) apresentam diferentes perspetivas sobre a fase em que os filhos adultos iniciam o processo de saída da casa parental, exigindo adaptações significativas no sistema familiar. Duvall e Miller (1985) denominam esta etapa de família com filhos jovens adultos destacando a necessidade de apoio à independência dos filhos, que começam a estabelecer a sua própria trajetória de vida, seja a nível profissional, académico ou pessoal. Carter e McGoldrick (1995), por sua vez, referem-se a este período como encaminhamento dos filhos e saída de casa, enfatizando a reorganização dos papéis parentais e conjugais, bem como os desafios emocionais associados ao ninho vazio e à redefinição da identidade familiar. Já Relvas (2000) designa esta fase como família com filhos adultos, focando-se na reestruturação das relações familiares à medida que os filhos ganham autonomia, salientando a importância da negociação de novas fronteiras e do reencontro da díade conjugal. Apesar das diferenças terminológicas e de abordagem, os três modelos convergem na ideia de que esta transição exige ajustamentos na dinâmica familiar, tanto a nível relacional como funcional, podendo representar

um desafio ou uma oportunidade para o fortalecimento dos laços familiares e para o desenvolvimento da identidade individual dos seus membros.

A transição para a fase da família com filhos adultos implica um conjunto de mudanças interligadas, nomeadamente o reconhecimento da sua autonomia e independência, bem como a preparação para o ninho vazio. Estas transformações requerem ajustamentos na relação conjugal e parental, promovendo a redefinição de expectativas, papéis e limites entre pais e filhos (Bougea et al., 2019; Silva et al., 2022). Neste processo, destacam-se três tarefas fundamentais: a renegociação da relação conjugal e parental, adaptando-a à nova dinâmica familiar; o apoio à independência dos filhos, assegurando uma transição equilibrada para a vida adulta; e a adaptação ao envelhecimento, tanto no plano físico como emocional (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2012; Silva et al., 2022). Estas mudanças impactam diretamente a funcionalidade familiar, refletindo-se na comunicação, nas interações e na redistribuição de responsabilidades entre os membros do agregado.

A liderança e a colaboração configuram-se como pilares essenciais na atuação do EEECESF. Estas competências, traduzem-se na capacidade de articular recursos, coordenar equipas e estabelecer parcerias com diferentes serviços e instituições, assegurando a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo vital familiar. Neste enquadramento, o EEECESF é chamado a fomentar uma cultura de cooperação interprofissional, apoiar a formação contínua e a prática baseada na evidência, e integrar tecnologias que potenciem a qualidade e a visibilidade dos cuidados prestados às famílias.

Do ponto de vista metodológico, a elaboração deste projeto baseou-se na pesquisa e análise de evidência científica, recorrendo a bases de dados especializadas, bem como à leitura crítica de livros, artigos científicos e dissertações de mestrado e doutoramento. Privilegiou-se a informação fundamentada na investigação, reconhecendo a sua relevância para uma prática clínica baseada na evidência. No que concerne à recolha de dados institucionais, foram consultados os *websites* do Ministério da Saúde, bem como documentos internos da ULS e da USF em questão.

O documento estrutura-se em quatro capítulos distintos. O primeiro capítulo apresenta a caracterização do contexto em que decorreram os estágios. No segundo capítulo, é realizado o enquadramento teórico, fundamentando as principais abordagens e referenciais utilizados. O terceiro capítulo descreve o desenvolvimento das atividades práticas da componente clínica. Por fim, o quarto capítulo explora os contributos do processo de aprendizagem para o desenvolvimento de competências, destacando a sua relevância na formação e prática profissional.

Deste modo, o presente Relatório, intitulado "Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias Nucleares com Filhos Adultos", visa descrever e refletir sobre o processo de aprendizagem e prestação de cuidados às famílias e aos seus membros, considerando as particularidades desta fase do ciclo vital e a individualidade de cada elemento. A abordagem adotada foi sustentada nos princípios da ESF e orientada para o desenvolvimento de competências essenciais ao exercício da prática como futura EEECESF.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Este capítulo apresenta a caracterização do contexto da prática clínica onde decorreu o processo de aprendizagem associado ao Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II. O capítulo aborda, por um lado, a análise e descrição detalhada do contexto da prática clínica e, por outro, a caracterização geral das famílias que integram a lista da enfermeira cooperante e, mais especificamente, de uma amostra de 60 famílias, selecionadas a partir dessa lista.

1.1. Descrição do contexto da prática

O estágio desenvolveu-se numa USF que, até ao final de 2023, estava integrada num ACeS. Com a reorganização recente do SNS, iniciada em janeiro de 2024, a USF passou a estar inserida numa ULS, que agrega dois ACeS e um centro hospitalar, promovendo uma articulação mais próxima entre os cuidados de saúde primários e hospitalares.

1.1.1. Unidade Local de Saúde

O decreto-lei nº 102/2023 acerca da criação das ULS, destaca a relevância de assegurar o acesso equitativo e a eficiência na prestação de cuidados de saúde, com enfoque na resposta adequada às necessidades da população. Este decreto sublinha, ainda, a importância da articulação integrada entre os CSP e os cuidados hospitalares, valorizando essa ligação como uma componente essencial para a melhoria da qualidade e efetividade dos cuidados prestados. O atual contexto organizacional da USF onde decorreu o estágio insere-se numa estrutura em que os cuidados de saúde são prestados de forma integrada entre os diferentes níveis assistenciais. Esta integração visa garantir a continuidade e a eficácia dos cuidados prestados à população, promovendo respostas mais ajustadas às suas necessidades em saúde (Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

Neste modelo, destaca-se a importância de estratégias orientadas para a melhoria da qualidade e eficiência, como a estratificação pelo risco com base

na pirâmide de Kaiser, a interoperabilidade dos sistemas de informação e a implementação de incentivos associados ao desempenho e aos resultados em saúde. As USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) mantêm um papel estruturante na prestação de cuidados de proximidade, articulando-se com os centros hospitalares para assegurar uma abordagem centrada no utente. Este enquadramento permite alinhar os cuidados prestados com os princípios da equidade, acessibilidade e valor em saúde, procurando responder de forma inovadora e eficaz aos desafios emergentes na área da saúde.

1.1.1.1. Unidade de Saúde Familiar

Conforme descrito no Decreto-Lei nº 298/2007, as USF são caracterizadas como estruturas fundamentais na prestação de cuidados de saúde, tanto individuais como familiares, sendo compostas por equipas multiprofissionais que incluem médicos, enfermeiros e profissionais administrativos (Ministério da Saúde, 2007).

A USF onde decorreram os dois estágios conta atualmente com 12.505 utentes inscritos, tendo iniciado a sua atividade assistencial em 27 de julho de 2009 (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), 2024). Situada numa sub-região da Área Metropolitana do Porto, a USF localiza-se num concelho densamente povoado. Este concelho é caracterizado por um salário médio superior à média nacional, uma ampla rede de estabelecimentos de ensino, transportes eficientes, recolha adequada de resíduos e pela sua relevância como um polo económico significativo (Pordata, 2022). A USF desenvolve a sua atividade no primeiro andar de um edifício composto por cinco pisos, onde também se encontram instaladas outra USF e uma parte dos serviços da Direção dos CSP da ULS respetiva. O edifício contempla uma sala de reuniões no piso -1, de utilização partilhada entre as várias entidades presentes, bem como uma área de espera comum no rés-do-chão, acessível a todos os utentes das unidades aí instaladas. No piso afeto à USF, existem duas salas de espera diferenciadas: uma destinada ao atendimento geral e outra vocacionada para a área da saúde infantil. As instalações incluem ainda

uma secretaria, cinco gabinetes de enfermagem (dois dedicados a tratamentos e um à saúde infantil), nove gabinetes médicos e três gabinetes de uso partilhado entre médicos e enfermeiros. Complementarmente, a unidade dispõe de uma copa, três instalações sanitárias (duas para utentes e uma para profissionais), uma sala de aprovisionamento e um espaço destinado a vestiário. A equipa da USF é composta por sete enfermeiros, sete médicos, seis secretários clínicos e três médicas internas em formação especializada. No que se refere à equipa de enfermagem, esta integra duas EEECESF, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, uma em Enfermagem de Reabilitação, uma em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e duas Enfermeiras de cuidados gerais. Em termos de recursos materiais, a USF encontra-se devidamente equipada com os meios necessários para assegurar uma prestação de cuidados eficiente e de qualidade à sua população-alvo. Na Figura 1, é possível encontrar a pirâmide etária da USF (BI-CSP, 2024).

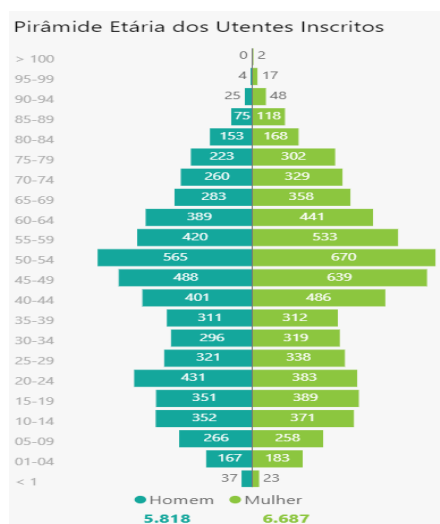


Figura 1 - Pirâmide etária da USF

A análise da pirâmide etária da USF revela que 18,9% da sua população é composta por pessoas idosas, 19,1% corresponde a bebés, crianças e adolescentes, e 62,0% à população em idade adulta, destacando-se que 22,9% são mulheres em idade fértil. Em comparação com a pirâmide etária da ULS na qual a USF está inserida, esta apresenta 22,5% de idosos, 17,1% de bebés,

crianças e adolescentes, e 60,4% de população em idade adulta. Já a nível nacional, verifica-se que a população idosa representa 23,2%, bebés, crianças e adolescentes 17,8%, e a população adulta 59%. Assim, é evidente que a USF possui uma maior percentagem de população em idade adulta comparativamente à média nacional e à ULS em que se encontra inserida. No Quadro 1 estão representados os principais problemas ativos da USF (BI-CSP, 2024).

Quadro 1 - Problemas ativos da USF

| Posição | Problema Ativo | Nº de indivíduos |
|---------|------------------------------|------------------|
| 1º | Excesso de peso | 3803 |
| 2º | Alteração dos lípidos | 2450 |
| 3º | Hipertensão sem complicações | 2149 |
| 4º | Abuso Tabaco | 1793 |
| 5º | Obesidade | 1609 |

Conforme apresentado no Quadro 1, verifica-se que os principais problemas ativos identificados na população da USF estão fortemente associados às doenças cerebrovasculares, representando fatores de risco significativos para a ocorrência de Acidente Vascular Cerebral. Esta realidade está em consonância com o Plano Local de Saúde definido pela Unidade de Saúde Pública que integra a área de abrangência da USF, onde o Acidente Vascular Cerebral foi definido como uma prioridade estratégica para o triénio 2023-2025 (Plano Local de Saúde, 2022).

A USF tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, assegurando que estes sejam acessíveis, abrangentes, de elevada qualidade e com continuidade, visando a satisfação tanto dos utentes como dos profissionais de saúde. A visão da equipa multidisciplinar passa por afirmar a USF como uma referência na área dos cuidados de saúde primários, através de uma resposta adaptada às especificidades e necessidades da comunidade. Esta unidade procura manter uma proximidade efetiva com as famílias e os cidadãos, baseada na sustentabilidade, motivação e espírito empreendedor dos seus profissionais. Os valores orientadores da USF incluem a conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e a

gestão participativa, promovendo uma prática integrada e colaborativa no seio dos cuidados de saúde primários (BI-CSP, 2024).

A organização do trabalho na USF assenta num modelo centrado no cidadão, estruturado segundo o método de equipa de saúde. Neste modelo, cada utente e respetiva família são atribuídos a uma microequipa da USF, composta por um médico de família, um EF e um secretário clínico, que atuam de forma articulada. Embora os profissionais desempenhem funções diferenciadas, estas são complementares e visam dar resposta eficaz às necessidades da população. As atividades assistenciais envolvem a prestação direta de cuidados de saúde, privilegiando a proximidade com os utilizadores. Já as atividades não assistenciais concentram-se na organização, planeamento e suporte dos processos que sustentam a qualidade e eficiência dos cuidados prestados. A USF procura garantir, sempre que viável, a continuidade dos cuidados por parte do médico e/ou EF de referência de cada utente, respeitando, simultaneamente, os serviços mínimos obrigatórios. O agendamento prévio rege a marcação das consultas médicas e de enfermagem, complementadas por uma consulta aberta destinada a situações agudas. A intervenção da equipa da USF estende-se à vigilância em saúde, à promoção de estilos de vida saudáveis e à prevenção da doença, contemplando todas as fases do ciclo vital. Inclui ainda cuidados domiciliários e articulação com outros serviços e setores, garantindo a integração em rede com diferentes níveis de cuidados. As áreas abrangidas pelas consultas médicas incluem Saúde do Adulto e do Idoso, Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Pré-Conceção, Rastreio Oncológico e Visitação Domiciliária. Por sua vez, as consultas de enfermagem abrangem áreas como Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher e da Grávida, Saúde do Adulto e do Idoso, acompanhamento de utentes com Diabetes mellitus e/ou Hipertensão Arterial, Administração de Terapêutica, Tratamento de Feridas, Vacinação e Visitação Domiciliária, incluindo à Puérpera e ao Recém-Nascido. Adicionalmente, a USF assegura atendimento a utentes esporádicos, colabora com a Equipa Coordenadora Local da ULS, participa no atendimento sazonal e presta cuidados no Serviço

de Atendimento Complementar. Integra ainda a equipa de auditorias cruzadas e a comissão restrita do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência a Antimicrobianos. Por fim, envolve-se ativamente nas reuniões dos conselhos técnicos, no conselho clínico, nas reuniões de coordenadores da ULS e na articulação com a direção de enfermagem da mesma (Regulamento Interno, 2024).

No âmbito da contratualização interna, alicerçada num Plano de Ação, o principal objetivo da USF é alcançar o melhor Índice de Desempenho Global (IDG), o qual reflete a soma ponderada dos Índices de Desempenho Setoriais. No ano de 2023, a USF conseguiu superar o IDG que estava contratualizado, situando-se no 89,60. No Plano de Acompanhamento da Unidade Funcional de 2024, foram estabelecidas metas de melhoria em indicadores relacionados com diversas dimensões, nomeadamente Saúde da Mulher, Doenças do Aparelho Respiratório, Satisfação dos Utentes e Satisfação dos Profissionais. Para cumprir essas metas, a USF elaborou Planos de Acompanhamento Interno (PAI), onde estão identificados os problemas e objetivos a atingir, conforme detalhado no Anexo I.

1.2. Caracterização das famílias da enfermeira cooperante

Neste subcapítulo, será realizada uma caracterização geral das famílias registadas no ficheiro da enfermeira cooperante, complementada por uma análise mais detalhada de 60 famílias, selecionadas de um total de 695 famílias inscritas. Esta abordagem mais pormenorizada foi essencial para fundamentar a escolha da temática abordada no presente trabalho.

1.2.1. Caracterização geral do ficheiro

O EF é definido como um membro essencial da equipa multidisciplinar de saúde, assumindo a responsabilidade pela prestação global de cuidados de enfermagem às famílias, abrangendo todas as etapas do ciclo vital e os diferentes contextos da comunidade (Ministério da Saúde, 2014) Complementarmente, o Regulamento n.º 743/2019, publicado em Diário da

República, apresenta a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, estabelecendo que os enfermeiros integrados nas USF devem ser, preferencialmente, detentores do título de EEECESF (OE, 2019). Contudo, devido à insuficiência de profissionais com este título, estas unidades contam também com enfermeiros de cuidados gerais ou especialistas noutras áreas, assegurando a prestação de cuidados de saúde às populações. Ainda de acordo com o mesmo regulamento, o cálculo da dotação adequada de enfermeiros considera um rácio de 1550 clientes por enfermeiro, correspondendo aproximadamente a 350 famílias por cada profissional (OE, 2019). Entre os utentes atribuídos à enfermeira cooperante, constata-se um total de 1783 indivíduos, distribuídos por 695 famílias. Estes números estão significativamente acima das recomendações estabelecidas nas normas nacionais para dotações seguras de cuidados de enfermagem em USF, especialmente no que se refere ao número de famílias por enfermeiro.

Na Figura 2 encontra-se a pirâmide etária correspondente à lista de utentes da enfermeira cooperante.

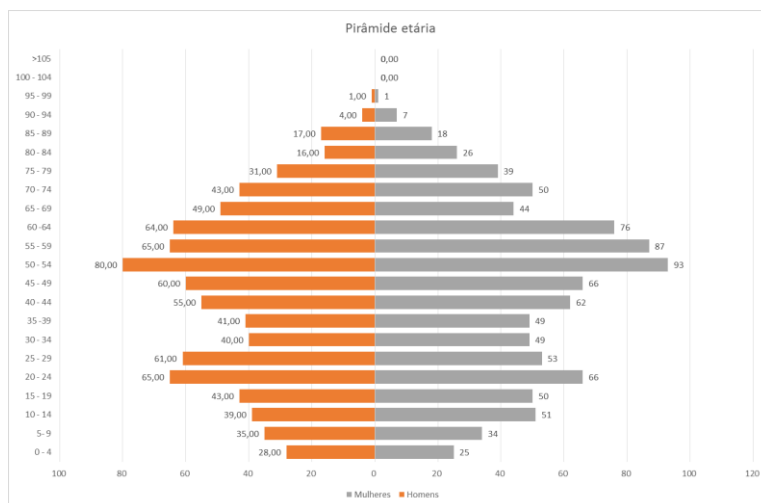


Figura 2 - Pirâmide etária da lista de utentes da enfermeira cooperante

A análise da pirâmide etária revela que aproximadamente 19,4% dos utentes inscritos são idosos, enquanto 17,1% pertencem ao grupo de bebés, crianças ou adolescentes. A população adulta constitui a maioria, representando 63,5% dos utentes. Esta distribuição etária reflete um padrão semelhante ao

observado na USF em geral, destacando-se o predomínio da população feminina em quase todas as faixas etárias.

No que respeita aos principais problemas ativos identificados na lista de utentes, estes encontram-se organizados e apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Problemas ativos da lista da enfermeira cooperante

| Posição | Problema Ativo | Nº de indivíduos |
|---------|------------------------------|------------------|
| 1º | Excesso de peso | 494 |
| 2º | Contraceção oral | 250 |
| 3º | Abuso Tabaco | 229 |
| 4º | Hipertensão sem complicações | 202 |
| 5º | Alteração dos lípidos | 183 |
| 6º | Obesidade | 176 |

Ao fazer a comparação com a USF é possível verificar que os problemas ativos da lista da enfermeira cooperante são semelhantes aos identificados na USF. Estes problemas estão possivelmente relacionados com os estilos de vida adotados pela população, destacando a relevância da atuação nos CSP. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2022), mais de metade da população portuguesa com idade igual ou superior a 18 anos apresenta excesso de peso ou obesidade. No caso específico do ficheiro da enfermeira cooperante, 37,5% dos utentes registam excesso de peso ou obesidade, valor inferior à média nacional, embora continuando a exigir atenção prioritária para mitigar os seus efeitos. A contraceção oral, categorizada como problema ativo na lista, reflete, na verdade, o método contraceptivo adotado pelas mulheres. Contudo, a sua inclusão destaca a importância da promoção da saúde reprodutiva, dado o número significativo de mulheres em idade fértil na lista de utentes. O tabagismo é outro problema relevante, justificado pelo facto de, em Portugal, 21,0% da população com mais de 15 anos fumarem diariamente (Pordata, 2023). No que respeita à hipertensão arterial, estima-se que 42,6% da população adulta seja afetada, sendo que apenas metade está medicada e somente 11,2% apresenta níveis controlados, reforçando a sua prevalência como problema ativo significativo (SNS24, 2023). Relativamente à dislipidemia,

a prevalência em Portugal atinge 31,3%, em indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos (Bourbon et al., 2019).

1.2.2. Caracterização de uma amostra das famílias

Num universo de 695 famílias inscritas, procedeu-se à caracterização de uma amostra de 60 famílias, selecionadas por conveniência com base no critério de acessibilidade, tendo sido incluídos os utentes que, durante o período em análise, recorreram às consultas de enfermagem. Estas 60 famílias são compostas por um total de 178 cidadãos, permitindo uma análise das características da população atendida.

Foi aplicado um questionário estruturado às famílias selecionadas, abrangendo diversas dimensões relevantes para a caracterização familiar e individual. Este instrumento foi construído para este efeito e incluiu questões relacionadas com o número de membros da família, sexo, idade, habilitações literárias, profissão e origem do rendimento. Adicionalmente, foi avaliada a classe social através da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptada) e identificados os tipos de família e a etapa do ciclo vital de Duvall & Miller (1985), quando aplicável. Também se analisaram os subsistemas familiares, a existência de membros dependentes, e a presença de prestadores de cuidados no agregado. De forma a complementar a recolha de dados a nível individual, foram registadas as patologias crónicas existentes e os hábitos tabágicos dos membros das famílias.

A análise dos dados recolhidos revela que a maioria dos membros das famílias caracterizadas se encontra na faixa etária adulta, entre os 18 e os 64 anos, representando 60,6% da população total. A população idosa, com idade superior a 65 anos, corresponde a 20,9%, sendo que 5,0% deste grupo tem mais de 80 anos. Já a população mais jovem, com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos, constitui 18,5% da amostra. Relativamente à distribuição por sexo, observa-se que o sexo masculino representa 52,8% da amostra, em contraste com o predomínio da população feminina identificado na pirâmide etária da lista da enfermeira cooperante. Na amostra analisada, o tipo de

família mais prevalente é a família nuclear (formada por um casal, podendo estar legalmente unido ou não e pelos filhos, sendo estes biológicos ou adotados), representando 65,0% das 60 famílias, seguiu-se a família unipessoal (um único indivíduo que reside sozinho), que representava 13,3%, a família alargada (configuração familiar que integra três gerações ou resulta da convivência de um casal ou núcleo familiar com outros familiares ou indivíduos com laços afetivos, ainda que sem vínculo de parentesco direto), que perfazia 11,7%. Cerca de 5,0% referiam-se ao casal (duas pessoas, de sexo diferente ou do mesmo sexo, que mantêm uma relação conjugal ou afetiva, independentemente da formalização legal dessa união), enquanto a família reconstruída (casal em que, pelo menos um dos membros, possui uma união anterior da qual resultou um filho, integrando assim elementos de diferentes núcleos familiares numa nova configuração familiar) totalizava 3,3%. Por fim, a família monoparental (estrutura familiar composta por um único progenitor, do sexo feminino ou masculino, responsável por um ou mais filhos) representava 1,7% (Santiago & Figueiredo, 2023). Em relação aos subsistemas familiares, verificou-se que, na maioria das famílias, estão presentes todos os subsistemas simultaneamente. O subsistema conjugal revelou-se o mais prevalente, identificado em 32,0% das famílias, seguido pelos subsistemas parental e filial (26,0%) e, por último, o subsistema fraternal, presente em 16,0% das famílias. De acordo com a etapa do ciclo vital familiar de Duvall, observa-se uma predominância de famílias na fase VI, correspondente à etapa em que os filhos já são adultos, representando 38,1% da amostra. Em seguida, destacam-se as famílias em envelhecimento, que constituem 19,0%. As famílias com crianças em idade pré-escolar e aquelas com adolescentes aparecem em terceiro lugar, com 11,9% cada. Por fim, encontram-se as famílias com crianças em idade escolar (7,1%), as famílias na fase de estabelecimento e início da parentalidade (4,8% cada) e, por último, as famílias na meia-idade, que representam 2,4% da amostra. A análise da classe social, revela que a Classe Média-Alta é a predominante, representando 36,7% das famílias, um dado que está em consonância com o rendimento médio registado no concelho. Seguem-se a Classe Média-Baixa, com 33,3%, e a Classe Média,

com 28,3%. Apenas uma família foi classificada na Classe Baixa, correspondendo a 1,7% da amostra, e não foi identificada nenhuma família pertencente à Classe Alta. Relativamente a outros dados analisados conclui-se que 6,7% das famílias (quatro no total) possuem um membro dependente. Entre estas, três contam com um familiar como cuidador principal, enquanto uma família recorre a um cuidador formal para a prestação de cuidados. A hipertensão arterial, a diabetes mellitus tipo 2 e a dislipidemia destacam-se como as patologias crónicas mais prevalentes. Em suma, 53,6% dos utentes da amostra apresentam pelo menos uma doença crónica.

Tendo em conta os dados caracterizadores das famílias em análise, destaca-se o predomínio significativo de famílias enquadradas na etapa VI do Ciclo Vital Familiar de Duvall, correspondente à fase de "famílias com jovens adultos".

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo tem como objetivo explorar a evolução da ESF, com base numa abordagem sistémica, e analisar as evidências disponíveis acerca do papel do EF na prestação de cuidados às famílias nucleares com filhos adultos. Em particular, enfatiza-se a preparação para o ninho vazio e os aspetos associados a esta transição, inserida na etapa correspondente do ciclo de vida familiar.

2.1. A Família e o Desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Familiar

Ao explorar o conceito de família é notória a diversidade de definições que existem, refletindo diferentes perspetivas culturais, sociais e históricas. O conceito de família proposto por Marilyn Friedman, em 1998, baseia-se numa visão sistémica e funcionalista, que destaca as funções e os papéis desempenhados pela família na promoção do bem-estar dos seus membros e na sua adaptação ao contexto envolvente. Segundo Friedman et al. (1998), a família é um sistema aberto, dinâmico, com fronteiras permeáveis, caracterizado pela constante interação com o meio ambiente e pela influência de fatores internos e externos. Neste conceito, a família não se limita aos laços biológicos ou legais, mas é definida pelo conjunto de relações e responsabilidades estabelecidas entre os seus membros. A autora salienta ainda a importância do apoio emocional e social, bem como o papel da família na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no acompanhamento dos seus elementos no contexto de tratamento. De forma complementar, a OMS (2002) descreve a família como uma unidade social fundamental que desempenha um papel central na promoção da saúde e do bem-estar dos seus membros. Este entendimento vai além da estrutura tradicional composta por pai, mãe e filhos, abarcando diversas configurações familiares. A família é vista como um espaço essencial para o suporte emocional e social, contribuindo para a educação e o desenvolvimento saudável das crianças, bem como para o apoio em situações de doença e envelhecimento. Adicionalmente, a OMS (2002) enfatiza o papel crucial da família na prevenção de doenças e na adoção de hábitos de vida saudáveis. No contexto nacional, a OE (2011) reforça que a família deve ser compreendida como uma entidade coletiva e

indivisível, constituída por indivíduos unidos por laços de sangue, vínculos emocionais ou relações legais. Esta visão é ampliada por Wright e Leahey (2012), que apresentam uma definição flexível de família, considerando-a composta por aqueles que os próprios indivíduos identificam como tal. Este entendimento inclui, para além dos laços sanguíneos e legais, pessoas com um significado especial na vida de cada um, sublinhando a importância dos vínculos que transcendem as definições tradicionais de parentesco. Por fim, Figueiredo (2012) descreve a família como um sistema em que o todo é maior do que a simples soma das suas partes. Este sistema dinâmico possui a capacidade de transformação e auto-organização, sendo composto por relações complexas que interagem continuamente com o ambiente. Cada família, assim, é moldada por um conjunto único de valores, crenças, conhecimentos e competências, que lhe conferem uma identidade singular.

Neste sentido, o impacto da família na sociedade portuguesa tem sido evidente nas políticas de saúde, especialmente após a Reforma dos CSP de 2005, que criou as USF. Estas equipas multidisciplinares têm como objetivo prestar cuidados de saúde centrados nas famílias, promovendo uma abordagem integrada que considera o bem-estar de todos os seus membros. Esta estratégia reflete a crescente importância da família como unidade de cuidado na política de saúde portuguesa (Correia et al., 2021).

A figura do EF foi formalmente reconhecida pelo Decreto-Lei n.º 118/2014, que o define como um elemento integrante de uma equipa multiprofissional, com a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem abrangentes às famílias, considerando as suas necessidades ao longo de todas as fases do ciclo de vida e nos diferentes contextos da comunidade (Ministério da Saúde, 2014). Anteriormente, já em 2011, a OE havia aprovado o Regulamento n.º 126/2011, onde se estabelecem as competências específicas do EEECESF, tendo como finalidade principal a definição, certificação e regulação do conjunto de competências clínicas especializadas necessárias ao exercício profissional nesta área. Este regulamento visa também tornar claro para os cidadãos quais as competências que podem esperar dos profissionais que exercem funções nesta especialidade. No seguimento desta evolução, o Regulamento n.º

428/2018 veio operacionalizar e dar continuidade às disposições anteriores, estabelecendo duas competências centrais para o EEECESF: por um lado, a prestação de cuidados dirigidos à família como um todo, mas também a cada um dos seus membros individualmente, em todas as etapas do ciclo vital e em todos os níveis de prevenção; por outro, a capacidade de exercer liderança e colaborar ativamente em processos de intervenção na área da ESF (OE, 2018). Complementarmente, em 2019, foi publicado o Regulamento n.º 140/2019, que define as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas. Este documento contribui para reforçar os critérios reguladores do exercício profissional e consolidar o papel do enfermeiro especialista no âmbito do sistema de saúde português (OE, 2019).

Complementando as competências reguladas pela OE, destaca-se a necessidade de implementar um novo paradigma no cuidado que privilegie a família enquanto unidade de intervenção. De acordo com Figueiredo (2012), uma das limitações do sistema de saúde reside no uso de metodologias de trabalho que não promovem plenamente essa abordagem centrada na família. Assim, a atuação do EF torna-se essencial, não apenas para reforçar o papel da enfermagem no cuidado familiar, mas também para desenvolver competências específicas que permitam consolidar este modelo de prestação de cuidados. Neste contexto, em 2023, foi publicado o Decreto-Lei n.º 103, de 7 de novembro, que estabelece a obrigatoriedade das USF integrarem enfermeiros com o título de especialista em ESF (Presidência do Conselho de Ministros, 2023). Esta disposição legal reforça a importância de garantir cuidados de enfermagem especializados às famílias, destacando o papel crucial dos CSP como o ambiente mais apropriado para a implementação deste tipo de intervenção, alinhada com o novo paradigma de cuidados centrados na família enquanto unidade de intervenção, exigindo um olhar diferente na prestação de cuidados e promovendo uma mudança significativa em relação à abordagem tradicional. Trata-se de uma transição da perspetiva biomédica, centrada no indivíduo e na doença, para uma visão sistémica e holística, que considera a família como uma unidade interligada e influenciada pelo seu contexto social e cultural. Esta abordagem valoriza não apenas a resolução de

problemas identificados, mas também as necessidades emocionais, sociais e culturais dos membros da família, promovendo intervenções ajustadas a essas especificidades. Além disso, enfatiza o envolvimento ativo da família no processo de cuidados, criando uma parceria entre os enfermeiros e as famílias para planejar e executar intervenções que favoreçam a autonomia e a capacitação. Neste âmbito, destaca-se a importância de ações preventivas e de promoção da saúde, que abordam fatores de risco e incentivam hábitos saudáveis no contexto familiar. O paradigma centrado na família também exige atenção às dinâmicas familiares e às etapas do ciclo de vida, permitindo que os cuidados sejam ajustados às transições e desafios próprios de cada família. Por fim, reforça a necessidade de competências avançadas de comunicação e relação, fundamentais para estabelecer vínculos de confiança e prestar um cuidado significativo e personalizado às famílias (Figueiredo, 2009; Jordão, 2019).

2.2. Cuidar a Família: Modelos e Teorias

No âmbito da ESF, a intervenção dos enfermeiros junto das famílias exige a aplicação de instrumentos que permitam compreender, de forma holística, as interações internas e externas que moldam o funcionamento familiar e influenciam cada um dos seus elementos (Henriques & Santos, 2019). Considerando a complexidade inerente ao processo de avaliação familiar e intervenção familiar, é fundamental o recurso a modelos teóricos e ferramentas específicas que orientem não só a recolha de dados relevantes, mas também a definição de estratégias de intervenção ajustadas e a sua avaliação subsequente. Esta abordagem assegura um exercício profissional pautado pelo rigor, alicerçado em fundamentos científicos e éticos consistentes (OE, 2023; Wright & Leahey, 2018). A incorporação destes referenciais teóricos e metodológicos permite estruturar a prática clínica de forma coerente e fundamentada, contribuindo para a afirmação e o desenvolvimento da ESF como disciplina científica (Brandão et al., 2018; Ribeiro et al., 2018).

A Teoria Geral dos Sistemas (TGS), desenvolvida pelo biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy nos anos 1940, constitui uma abordagem interdisciplinar

dedicada ao estudo dos sistemas, independentemente da sua natureza ou escala. Esta teoria baseia-se no princípio de que um sistema é composto por elementos inter-relacionados que trabalham de forma coordenada para alcançar um objetivo comum (Bertalanffy, 2006). Segundo a TGS, o comportamento de um sistema deve ser analisado como um todo integrado, em vez de ser entendido apenas pela soma das suas partes isoladas. Dois conceitos centrais desta teoria destacam-se: a interdependência, que indica que qualquer alteração numa parte do sistema pode influenciar o sistema como um todo, e a homeostase, que se refere à capacidade do sistema de se autorregular e manter um equilíbrio dinâmico face a mudanças internas e externas (Bertalanffy, 2006). Na ESF, a TGS assume um papel relevante ao permitir compreender a família como um sistema aberto, dinâmico e em constante adaptação. Esta perspetiva evidencia que alterações em qualquer um dos seus membros têm impacto direto nas dinâmicas familiares, exigindo reajustes nos papéis, na comunicação e na organização do quotidiano. A aplicação da TGS reforça, ainda, a importância de práticas clínicas que reconheçam a interdependência dos elementos da família, apoiando processos de mudança que contribuam para o bem-estar coletivo e para a coesão do sistema familiar e a homeostase pode ser entendida como a capacidade da família em reorganizar-se de forma funcional perante as transições do ciclo vital, mantendo o equilíbrio necessário para preservar o bem-estar dos seus membros e a estabilidade do sistema familiar (Figueiredo, 2023).

Em 1948, Norbert Wiener definiu a cibernética como o estudo de sistemas que utilizam mecanismos de retroalimentação para regular ações e alcançar objetivos. Este conceito é essencial na cibernética, descrevendo o processo pelo qual a saída de um sistema é reintegrada como entrada, permitindo ajustes e autorregulação. No campo da sociologia e psicologia, a cibernética tem sido aplicada para analisar o comportamento humano e as interações sociais, considerando que tanto indivíduos como sociedades podem ser entendidos como sistemas complexos que processam informação e adaptam as suas ações com base nos resultados obtidos. Assim, a cibernética pode ser resumida como o estudo de como sistemas vivos e mecânicos se ajustam e

regulam para alcançar eficiência e eficácia (Wiener, 1948). No contexto familiar, a retroação negativa está associada à manutenção da estabilidade do sistema, funcionando como resistência à mudança, enquanto a retroação positiva está ligada à transformação e reorganização do sistema familiar, sendo essencial em momentos de crise ou transição. Assim, os conceitos da cibernética ajudam a compreender como os comportamentos familiares podem funcionar como mecanismos reguladores, revelando padrões de funcionamento que sustentam ou desafiam a estrutura relacional da família (Figueiredo, 2023).

A Teoria da Comunicação Humana centra-se na análise das interações humanas, considerando que toda a comunicação, seja ela verbal ou não verbal, é inevitável. Um dos seus princípios fundamentais afirma que é impossível não existir comunicação, uma vez que até o silêncio ou a ausência de ação transmitem mensagens. Esta teoria distingue dois elementos essenciais na comunicação: o conteúdo, que corresponde à informação transmitida, e a relação, que se refere à forma como essa informação é comunicada. Além disso, explora a dinâmica entre interlocutores, caracterizando a comunicação como simétrica, quando as relações são de igualdade, ou complementar, quando envolvem diferenças nos papéis assumidos (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 2002). Na perspectiva sistémica, a comunicação não é apenas um canal de transmissão de mensagens, mas sim um mecanismo de regulação do sistema, influenciando diretamente os padrões relacionais e os comportamentos dos seus membros. Compreender a família através da lente da comunicação humana permite ao EF reconhecer sinais de disfunção relacional e intervir de forma terapêutica. As manifestações observáveis de conflito, afastamento ou sobrecarga emocional, por exemplo, podem ser indícios de perturbações nos fluxos comunicacionais do sistema familiar. Ao promover a metacomunicação, ou seja, a comunicação sobre a própria comunicação, o enfermeiro facilita o restabelecimento de canais mais saudáveis e eficazes, favorecendo a coesão e a funcionalidade familiar (Figueiredo, 2023).

Para além dos referenciais epistemológicos anteriormente abordados, foram também desenvolvidos modelos teóricos específicos com o propósito de

orientar a avaliação e a intervenção junto das famílias, oferecendo uma estrutura sistematizada que sustenta a prática clínica em ESF. Entre esses modelos, destacam-se o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), propostos por Wright e Leahey (2012), que oferecem um referencial estruturado para compreender a dinâmica familiar e intervir de forma direcionada. Os modelos de Wright e Leahey desempenham um papel fundamental na prática da ESF, fornecendo um referencial estruturado para a avaliação e intervenção junto das famílias. O MCAF, amplamente utilizado nesta área, permite uma análise abrangente das dinâmicas familiares, organizando-se em três domínios interdependentes: estrutura, desenvolvimento e funcionamento. No domínio da estrutura familiar, o MCAF possibilita a identificação dos membros da família, das suas relações e dos contextos em que estão inseridos, incluindo aspetos genéticos, legais e culturais. Já o domínio do desenvolvimento familiar foca-se no ciclo de vida da família, analisando as transições pelas quais passa ao longo do tempo e os desafios específicos de cada etapa. Por fim, o domínio do funcionamento familiar avalia as interações entre os membros da família, englobando a comunicação, a organização interna, a resolução de problemas, os papéis desempenhados por cada elemento e a forma como a família lida com fatores de *stress*. Através desta estrutura de análise, o MCAF permite aos enfermeiros identificar os pontos fortes da família e as áreas que necessitam de intervenção, possibilitando uma compreensão mais aprofundada das suas necessidades e orientando a implementação de estratégias de cuidado adaptadas a cada realidade (Wright & Leahey, 2012). O MCIF surge como um complemento ao MCAF, delineando os princípios orientadores para a implementação de intervenções direcionadas ao cuidado familiar. Este modelo baseia-se em três fatores essenciais para o planeamento das intervenções: o nível de funcionamento da família, que permite compreender a dinâmica interna e os desafios específicos; o nível de competência do enfermeiro, que influencia a capacidade de intervir de forma eficaz; e os recursos disponíveis, que determinam a viabilidade das estratégias a aplicar (Wright & Leahey, 2012). Para além desta abordagem sistémica, as autoras sugerem intervenções

específicas em três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental. No domínio cognitivo, destacam-se estratégias como o elogio às forças da família e a promoção da literacia em saúde, favorecendo a capacidade de resolução de problemas. No domínio afetivo, recomendam-se ações como a validação e normalização das respostas emocionais, o incentivo à partilha de perspetivas sobre a doença e a promoção do apoio familiar, facilitando a expressão emocional e a adaptação ao contexto vivenciado. Já no domínio comportamental, salientam-se intervenções como o estímulo ao envolvimento dos membros da família no cuidado da pessoa doente, o incentivo ao descanso dos cuidadores e o planeamento de rituais, permitindo a integração de novas práticas que favoreçam a reorganização dos padrões de interação familiar (Wright & Leahey, 2012).

Complementando estas abordagens, surge o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido por Figueiredo (2012), que integra princípios da TGS, da Cibernética e da Teoria da Comunicação Humana, fornecendo um enquadramento dinâmico e interativo para a prática de enfermagem. O MDAIF emerge como uma teoria de enfermagem que integra o MCAF e o MCIF como suas principais fontes teóricas. Este modelo fundamenta-se no pensamento sistémico, reconhecendo a importância das interações e dinâmicas familiares no contexto da saúde e visa responder às necessidades identificadas pelos enfermeiros no atendimento às famílias, sublinhando a importância de uniformizar os conteúdos no âmbito da ESF. Este referencial teórico e operativo apresenta uma matriz operativa que orienta a prática da ESF de forma sistematizada. Com uma configuração dinâmica, flexível e interativa, a matriz apresenta três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012). As áreas de atenção do modelo incluem critérios de diagnóstico que guiam tanto a identificação das necessidades da família, como as intervenções a serem implementadas. Isso permite a avaliação dos resultados em relação aos objetivos estabelecidos, promovendo a capacitação dos membros da família face às exigências das transições ao longo do seu ciclo vital. Assim, o MDAIF contribui para a prática de enfermagem, fortalecendo o cuidado centrado na família e a promoção da

saúde (Figueiredo, 2012). O MDAIF, assim como o MCAF e o MCIF, são reconhecidos pelo *International Family Nursing Association* como modelos válidos para a prática de ESF. Esta validação internacional destaca a importância deste modelo na promoção de cuidados de saúde centrados na família, evidenciando a sua relevância na formação e prática dos enfermeiros que atuam nesta área. A integração destes modelos na prática de enfermagem não só enriquece a abordagem ao cuidado, mas também reforça a necessidade de intervenções que considerem as dinâmicas familiares e o contexto social em que as famílias estão inseridas. Assim, o MDAIF, ao lado do MCAF e do MCIF, fornece uma estrutura sólida que orienta os profissionais de saúde na prestação de cuidados eficazes e personalizados (Ferreira et al., 2020; Murteiro et al., 2021).

A Teoria das Transições de Meleis assume particular relevância, uma vez que se centra na experiência individual das transições ao longo do ciclo de vida. Esta teoria permite compreender as mudanças vividas pelos membros da família, os fatores que facilitam ou dificultam a adaptação e o papel do enfermeiro na minimização do impacto dessas transições. Ao integrar esta perspetiva na prática de enfermagem de saúde familiar, o EEECESF consegue prestar um cuidado holístico, promovendo a adaptação dos indivíduos e, conseqüentemente, o equilíbrio individual e familiar no contexto das mudanças vivenciadas (Guimarães, 2022; Meleis et al., 2000; Tavares, 2020). De acordo com Chick e Meleis (1986, pág. 239), a transição corresponde “a um movimento ou passagem de um estado, condição ou lugar para outro”, sendo um processo dinâmico, marcado pelo tempo e pela mudança. Esta transformação pode envolver modificações no estado de saúde, nas relações interpessoais, nas expectativas ou nas competências do indivíduo, exigindo a incorporação de novos conhecimentos e adaptações à nova realidade (Schumacher & Meleis, 2010). A Teoria das Transições de Meleis permite compreender as mudanças significativas na vida dos indivíduos e das famílias, analisando-as sob diferentes perspetivas. As transições podem ser categorizadas quanto ao seu tipo, padrão e propriedades. No que respeita à tipologia, estas podem ser desenvolvimentais, ocorrendo ao longo do ciclo de

vida de forma previsível; situacionais, desencadeadas por eventos específicos que exigem adaptação; acidentais do tipo saúde/doença, resultantes de alterações no estado de saúde; ou organizacionais, associadas a mudanças em instituições ou contextos comunitários. Os padrões de transição variam entre experiências únicas ou múltiplas, podendo ocorrer de forma sequencial ou simultânea, bem como estabelecer conexões entre si. Já as propriedades das transições englobam fatores como o nível de consciencialização do indivíduo, o seu grau de envolvimento, a percepção de mudança e diferença, o impacto do tempo e a influência de eventos críticos. Estes elementos desempenham um papel central na adaptação ao processo transicional, podendo atuar como facilitadores ou barreiras à sua vivência. Além disso, a experiência da transição é influenciada por fatores individuais, como os significados atribuídos à mudança, crenças culturais, condições socioeconómicas, bem como a preparação e o conhecimento prévios sobre a situação. A forma como cada indivíduo encara e responde à transição pode determinar a sua capacidade de adaptação e o sucesso da mesma. Na teoria de Meleis, os indicadores de processo refletem a forma como o indivíduo vivencia a transição, destacando-se entre eles o sentir-se ligado, a interação com os outros, o sentimento de estar situado e o desenvolvimento de confiança e estratégias de *coping*. Por sua vez, os indicadores de resultado refletem o desfecho do processo transicional, sendo a mestria, ou seja, a capacidade de gerir eficazmente a nova situação e a identidade integradora fluida, que se refere à adaptação da identidade ao longo da transição, os principais indicadores de sucesso. Estas intervenções englobam um conjunto de ações intencionais direcionadas à promoção da saúde, prevenção da doença e facilitação da adaptação à mudança. O enfermeiro desempenha um papel fundamental no acompanhamento do processo transicional, ajudando os indivíduos a desenvolver estratégias para lidar com os desafios e promovendo o seu bem-estar ao longo da adaptação (Guimarães, 2022; Meleis et al., 2000; Tavares, 2020).

2.3. A Família com Filhos Adultos e a Preparação para o Ninho Vazio

O ciclo vital da família, tal como descrito por Relvas (2000), constitui um referencial teórico essencial para a compreensão das transições que ocorrem ao longo da trajetória familiar. Trata-se de um padrão de regularidade, pautado por eventos transicionais normativos, que refletem mudanças previsíveis e sucessivas no sistema familiar. Estas transições estruturam-se em torno de processos normativos, ou seja, mudanças esperadas que acompanham o desenvolvimento dos membros da família e que exigem reorganização e adaptação. O reconhecimento do ciclo vital da família é fundamental para a implementação de cuidados antecipatórios, permitindo aos enfermeiros identificar os desafios inerentes a cada etapa e atuar de forma preventiva, promovendo estratégias que facilitem a adaptação familiar e individual. A forma como a família enfrenta e se ajusta a estas transições pode ter impacto significativo na saúde física e emocional dos seus membros, influenciando a dinâmica relacional e a funcionalidade do sistema familiar. Neste contexto, Relvas (2000) organiza o ciclo vital da família em cinco etapas principais, cada uma marcada por desafios e ajustamentos próprios. Estas etapas incluem: formação do casal, que envolve a construção da identidade conjugal e a adaptação à vida a dois; família com filhos pequenos, que se reporta à fase de transição para a parentalidade e reorganização das responsabilidades; família com filhos em idade escolar, período que exige ajustamentos na educação e socialização das crianças; família com filhos adolescentes, caracterizada pela renegociação de fronteiras e autonomia dos filhos; e, por fim, família com filhos adultos, onde ocorre a saída dos filhos de casa, exigindo uma nova adaptação dos pais ao chamado "ninho vazio".

Neste sentido, para além da perspectiva de Relvas (2000), outros autores também se debruçaram sobre a evolução da família ao longo do tempo, destacando diferentes fases e desafios. Entre estes, destaca-se o modelo de Duvall e Miller (1985), que aprofunda a análise das transições familiares, identificando um maior número de etapas, num total de oito, e enfatizando as tarefas desenvolvimentais específicas de cada fase. O ciclo vital da família inicia-se com a fase do casal sem filhos, marcada pela construção da

identidade conjugal, adaptação à vida a dois e definição de papéis e objetivos comuns. Segue-se a família em fase de estabelecimento e início da parentalidade, na qual o nascimento do primeiro filho exige ajustamentos à nova dinâmica familiar, reorganização de rotinas e desenvolvimento de competências parentais. Posteriormente, a família com filhos em idade escolar enfrenta a transição associada ao início do percurso académico dos filhos, exigindo um equilíbrio entre as responsabilidades educativas, sociais e familiares. Com a chegada da adolescência dos filhos, a família entra na etapa família com filhos adolescentes, exigindo uma renegociação de fronteiras e autonomia, à medida que os filhos procuram maior independência, desafiando os papéis parentais e a estrutura familiar. Na fase seguinte, designada família com filhos jovens adultos os filhos iniciam a sua saída progressiva de casa para viver de forma independente, seja para estudar, trabalhar ou constituir a sua própria família. Com a saída do último filho de casa, a família entra na fase de meia-idade, caracterizada pela consolidação da relação conjugal, pelo reencontro entre os cônjuges e, em alguns casos, pelo início do papel de cuidadores dos seus próprios pais idosos. Finalmente, a família em envelhecimento corresponde ao período que decorre a partir da reforma e pode incluir a viuvez, exigindo uma reorganização do sentido de vida e a adaptação às limitações decorrentes do envelhecimento. Embora este modelo tenha sido desenvolvido com base na família nuclear tradicional, continua a ser um referencial fundamental para compreender as dinâmicas familiares e as suas transições ao longo do ciclo de vida. No contexto da ESF, a sua aplicação permite antecipar desafios, identificar necessidades e implementar intervenções que promovam o bem-estar e a adaptação saudável da família em cada etapa do seu desenvolvimento.

Carter e McGoldrick (1995) descrevem as etapas pelas quais as famílias passam e os desafios inerentes a cada transição. A primeira etapa, sair de casa: adultos jovens solteiros, marca a conquista da autonomia emocional e financeira, a construção da identidade e o estabelecimento de relações fora da família de origem. Segue-se a união das famílias pelo casamento: novo casal, onde ocorre a formação do sistema conjugal, exigindo negociação de papéis,

adaptação às famílias de origem e fortalecimento da relação. Na terceira etapa, família com filhos pequenos, a chegada dos filhos impõe novas dinâmicas, exigindo adaptação às responsabilidades parentais e equilíbrio entre a vida familiar e profissional. Com o crescimento dos filhos, a família entra na quarta etapa, família com filhos adolescentes, caracterizada pela necessidade de promover a independência dos filhos, ajustar a comunicação e redefinir o papel parental. A quinta fase, encaminhamento dos filhos e saída de casa, corresponde ao ninho vazio, desafiando o casal a reencontrar o seu propósito e a ajustar-se a novos papéis, como avós ou cuidadores de familiares idosos. Finalmente, a família no fim de vida é marcada pela adaptação à reforma, ao envelhecimento e à aceitação das mudanças associadas a esta fase, promovendo a continuidade dos laços familiares e a transmissão do legado.

No Quadro 3 é possível verificar uma comparação entre os autores previamente mencionados relativamente às principais tarefas inerentes à família com filhos adultos.

Quadro 3 - Comparação da etapa de ciclo vital da família com filhos adultos

| Duvall & Miller (1985) | Carter & McGoldrik (1995) | Relvas (2000) |
|--|---|--|
| VI – Família com filhos jovens adultos (centro de lançamento) | V – Encaminhamento dos filhos e saída de casa | V – Família com filhos adultos |
| <ul style="list-style-type: none"> Fase que decorre desde a saída do primeiro até à saída do último filho de casa; Reorganização da dinâmica familiar para facilitar a transição dos filhos para a vida adulta; Apoio emocional e prático no processo de autonomização dos filhos (ex: ingresso no mercado de trabalho ou no ensino superior); Manutenção de uma base de suporte familiar para promover um equilíbrio entre independência e vínculo. | <ul style="list-style-type: none"> Destaca a importância da intergeracionalidade devido às transformações sociais e económicas (ex: aumento da esperança de vida); As famílias enfrentam múltiplas responsabilidades: saída dos filhos para constituírem as suas próprias famílias e assistência aos pais/avós que podem necessitar de apoio; Com o prolongamento da vida ativa e o adiamento da reforma, os membros da geração intermédia conciliam exigências profissionais, conjugais e familiares. | <ul style="list-style-type: none"> Predomínio da família multigeracional; Desafios principais: autonomização dos filhos, renegociação da relação conjugal e gestão do envelhecimento dos pais/avós; Mudança na estrutura familiar: saem os filhos, entram cônjuges e netos, possível reintegração dos avós.; Perda progressiva de membros mais velhos, levando à dissolução do sistema familiar nuclear. |

A análise da fase do ciclo de vida das famílias com filhos adultos, à luz da Teoria dos Sistemas Familiares de Bowen (2004), apresenta uma perspetiva valiosa devido ao seu carácter sistémico, multigeracional e abrangente. Esta teoria permite compreender como os padrões emocionais, valores, crenças e comportamentos são transmitidos ao longo das gerações dentro do sistema familiar. A família é entendida como um sistema emocional interdependente, onde as interações entre os seus membros influenciam o comportamento e o

funcionamento individual, sendo que as dificuldades emocionais de um elemento podem repercutir-se em todo o sistema (Ben-Shlomo et al., 2022; Otto & Ribeiro, 2021). Um dos conceitos centrais desta teoria é a diferenciação do *self*, que se refere à capacidade do indivíduo para manter a sua identidade e as suas crenças próprias, enquanto estabelece e mantém relações com os outros. Indivíduos com um maior nível de diferenciação conseguem equilibrar a ligação emocional à família com a sua autonomia e independência emocional (Fiorini et al., 2021; Otto & Ribeiro, 2021). A transição para a vida adulta não implica, necessariamente, um afastamento físico ou emocional da família de origem, mas sim um processo gradual e dinâmico, no qual todos os membros se envolvem ativamente. Este processo permite que os filhos desenvolvam maior autonomia, enquanto a família continua a desempenhar um papel de base de apoio, promovendo um equilíbrio entre a proximidade emocional e o incentivo à independência (Fiorini et al., 2021; Otto & Ribeiro, 2021). A teoria enfatiza o papel central das emoções nas relações familiares, sustentando que a forma como os membros da família gerem as suas emoções influencia diretamente o funcionamento do sistema familiar como um todo. Entre os conceitos fundamentais desta teoria destaca-se o triângulo, considerado a unidade básica de interação familiar. Este mecanismo ocorre quando, perante um conflito entre dois membros da família, um terceiro elemento é envolvido para aliviar a tensão. Embora esta dinâmica possa proporcionar um alívio temporário, frequentemente resulta na perpetuação de padrões disfuncionais de conflito, dificultando a resolução dos problemas e reforçando ciclos de interdependência emocional (Ben-Shlomo et al., 2022; Otto & Ribeiro, 2021). Bowen (2004) defende que os padrões emocionais e comportamentais são transmitidos de geração em geração, influenciando a forma como os indivíduos estabelecem relações e lidam com desafios ao longo da vida. Deste modo, a compreensão da história familiar torna-se essencial para interpretar as dinâmicas atuais e antecipar possíveis dificuldades de adaptação. Esta perspetiva é particularmente relevante em momentos de transição familiar, como a preparação para o ninho vazio, uma fase em que a saída dos filhos de casa pode provocar alterações significativas na estrutura e funcionamento

familiar, exigindo ajustamentos emocionais e relacionais para manter o equilíbrio do sistema.

A fase do ciclo vital correspondente à presença de filhos adultos no seio familiar implica um conjunto de transições interdependentes, que abrangem o reconhecimento da autonomia dos filhos, a sua progressiva independência face ao subsistema parental e, frequentemente, a saída do domicílio familiar. Estas transformações exigem uma reorganização das dinâmicas parentais e conjugais, atendendo às necessidades e especificidades de cada elemento da família (Bougea et al., 2019; Silva et al., 2022). A evidência científica identifica três tarefas fundamentais nesta etapa: a renegociação das relações parentais e conjugais (que requer um reajustamento das expectativas e dos limites estabelecidos até então) o apoio à emancipação dos filhos (promovendo uma transição harmoniosa para a vida independente, sem descurar o vínculo afetivo) e a adaptação ao processo de envelhecimento (que implica lidar com alterações físicas, emocionais e sociais inerentes a esta fase da vida, assim como lidar com o processo de envelhecimento da geração acima) (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2012; Silva et al., 2022). Estas alterações estruturais repercutem-se diretamente na organização do sistema familiar, com impacto ao nível da comunicação, das interações e da redistribuição de funções entre os seus membros (Silva et al., 2022).

A relação conjugal não se limita à fusão de individualidades, mas sim a um entrelaçamento dinâmico entre os cônjuges, mediado pela negociação, ressignificação e conciliação de expectativas e desejos individuais. Esse processo contínuo requer um equilíbrio entre conjugalidade e individualidade, respeitando a autonomia e a privacidade de cada parceiro, enquanto se adapta às diferentes fases do ciclo de vida e ao contexto familiar e social em que o casal se insere (Luz & Mosmann, 2018; Mussumeci & Ponciano, 2019; Porreca, 2019; Tissot & Falcke, 2017). A saída dos filhos de casa constitui um desses desafios, levando muitos casais a reconhecerem que, durante anos, o foco esteve na parentalidade, podendo resultar num sentimento de vazio e numa reavaliação do vínculo conjugal. Estudos indicam que esta fase pode desencadear emoções como tristeza, ansiedade e crises de identidade,

exigindo uma redefinição da dinâmica relacional e da autoimagem dos pais como cuidadores (Figueiredo, 2013; Lindgren, 2018; Ramos, 2020). No entanto, essa transição também pode representar uma oportunidade para o casal redescobrir a sua relação e reforçar o vínculo afetivo. O reinvestimento na vida a dois pode ser promovido através da comunicação eficaz, da partilha de atividades conjuntas e da valorização do tempo individual. Dessa forma, não só se melhora a satisfação relacional, como também se fomenta um crescimento pessoal que fortalece a parceria (Figueiredo, 2013; Lindgren, 2018; Ramos, 2020).

O Modelo Circumplexo dos Sistemas Familiares de Olson (2000) sustenta que a funcionalidade conjugal resulta da interação entre coesão, adaptabilidade e comunicação, sendo esta última essencial para permitir ajustes na relação ao longo do tempo. Assim, a capacidade de comunicação entre os cônjuges é determinante para o bem-estar conjugal e familiar, possibilitando a resolução de conflitos, a renegociação dos papéis e a adaptação às transformações inerentes ao ciclo de vida conjugal (Luz & Mosmann, 2018; Tissot & Falcke, 2017). Durante esta fase, a transformação do papel parental e o aumento da disponibilidade de tempo podem levar ao investimento em novas áreas, como a carreira profissional e o desenvolvimento pessoal. Contudo, esta transição também pode estar associada ao surgimento de sintomas depressivos, sendo essencial que o casal desenvolva estratégias de *coping* para minimizar o impacto do *stress* e fortalecer sentimentos de suporte, pertença e intimidade (Mussumeci & Ponciano, 2019; Tissot & Falcke, 2017). Além disso, a construção e o fortalecimento das redes de apoio social, tanto individuais quanto coletivas, são fundamentais para garantir um suporte emocional adequado neste período de transformação (Mussumeci & Ponciano, 2019; Tissot & Falcke, 2017).

A transição para a vida adulta implica uma resignificação do papel parental, à medida que os pais ajustam as funções de cuidador, educador e orientador, agora exercidas de forma menos constante e conforme as necessidades dos filhos (Gomes et al., 2022; Paiva, 2020). Este processo exige a redefinição de limites e a negociação de novas regras de funcionamento, principalmente

quando os filhos adultos permanecem no lar parental, promovendo uma dinâmica familiar renovada (Gomes et al., 2022; Mussumeci & Ponciano, 2019; Rambo et al., 2018). A falta de clareza nos papéis e hierarquias pode dificultar a diferenciação dos filhos e comprometer a adaptação às mudanças do ciclo vital familiar (Fiorini et al., 2021; Prioste et al., 2019). Nos últimos anos, a permanência prolongada dos filhos na casa dos pais tornou-se um fenómeno crescente, especialmente nos países do sul da Europa (Garcia et al., 2022; Parra et al., 2019). Segundo dados da Eurostat (2023), em Portugal, a idade média de saída de casa é de 29,1 anos, superior à média europeia de 26,3 anos. Tradicionalmente, a transição para a vida adulta estava associada a marcos como a conclusão dos estudos, a inserção no mercado de trabalho e a independência financeira e habitacional. Contudo, atualmente, a assunção de responsabilidades, a tomada de decisões autónomas e a estabilidade financeira surgem como fatores determinantes nesta passagem (Ciriaco et al., 2022; Gobbo & Dellazzana-Zanon, 2023). Vários fatores contribuem para o adiamento da saída dos filhos, incluindo a extensão do percurso académico, a instabilidade laboral e económica, a diminuição dos conflitos intergeracionais e a relutância tanto dos pais quanto dos filhos em enfrentar a separação. Além disso, a dificuldade na criação de laços afetivos fora do núcleo familiar também influencia essa permanência prolongada (Ciriaco et al., 2022; Gobbo & Dellazzana-Zanon, 2023; Rambo et al., 2018; Vieira & Rava, 2012). Diferentemente de outras regiões, no sul da Europa, a família mantém um papel central como suporte contínuo, prolongando o seu impacto para além da infância e adolescência (Bosch, 2015; Garcia et al., 2019). As mudanças sociais e estruturais das famílias contemporâneas têm tornado menos claros os indicadores de entrada na vida adulta, dificultando o reconhecimento dos filhos como adultos por parte dos pais (Gobbo & Dellazzana-Zanon, 2023; Leme et al., 2021; Ramos, 2020). Surge, assim, uma fase intermédia entre a adolescência e a adultez, marcada pelo adiamento de responsabilidades e pela experimentação de novos papéis sociais (Gobbo & Dellazzana-Zanon, 2023; Leme et al., 2021; Ramos, 2020). Neste contexto, a autonomia dos filhos adultos desenvolve-se de forma gradual, influenciando diretamente a dinâmica

familiar. Esse processo inclui a redefinição da relação com os pais, a flexibilização dos limites familiares e a renegociação dos papéis dentro do agregado (Dowich & Kissula, 2023; Ramos, 2020). Para que essa transformação ocorra de forma saudável, é essencial que a relação entre pais e filhos evolua para um modelo mais horizontal e democrático, abandonando estruturas hierárquicas rígidas. Essa mudança deve ser sustentada por um processo contínuo de negociação, respeitando as individualidades e promovendo interações mais equilibradas (Dowich & Kissula, 2023). A comunicação clara e assertiva desempenha um papel crucial tanto na definição de regras quanto na resolução de conflitos, permitindo a construção de consensos e fortalecendo os laços familiares (Dowich & Kissula, 2023; Ramos, 2020).

Ao longo do desenvolvimento do Mestrado, surgiu a oportunidade de iniciar uma *scoping review*, que ainda se encontra em desenvolvimento. A escolha do tema foi motivada pela observação do prolongamento da convivência familiar entre pais e filhos adultos no mesmo ambiente, destacando-se a importância de detetar, compreender e explicar os conflitos familiares mais frequentes nessa dinâmica. A opção por realizar uma *scoping review* surgiu da percepção de que a evidência disponível sobre os conflitos familiares entre pais e filhos adultos se encontra dispersa, exigindo um mapeamento rigoroso e estruturado. Este tipo de revisão permite identificar a extensão da literatura disponível, analisar lacunas no conhecimento e fornecer uma visão geral sobre o foco dos estudos existentes. Deste modo, seguindo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020), foram estabelecidos critérios de elegibilidade com base na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), uma estrutura essencial para orientar a seleção dos estudos, a extração de dados e a interpretação dos resultados (Apóstolo, 2017). Assim, formulou-se a seguinte questão de revisão: “Quais os conflitos nas famílias com filhos adultos decorrentes da relação entre pais e filhos?” O principal objetivo desta *scoping review* é mapear o conhecimento disponível acerca dos conflitos familiares que emergem nas relações entre pais e filhos adultos, fornecendo uma base teórica sólida para uma compreensão mais aprofundada dessas dinâmicas. Os

resultados preliminares que já foram apurados nesta revisão indicam que a relação entre pais e filhos adultos é influenciada por múltiplos fatores, incluindo tensões intergeracionais, comunicação, autonomia e redefinição dos papéis familiares. As principais fontes de conflito surgem na interação com a mãe, na gestão da autonomia financeira, nas regras domésticas e nas expectativas sobre comportamentos e responsabilidades (Birditt et al., 2009; Özmete & Bayolu, 2009). Além disso, a divulgação inadequada de problemas pessoais por parte dos pais pode afetar negativamente a regulação emocional dos filhos, comprometendo a qualidade da relação familiar (Shimkowski, 2018). A transição para a vida adulta é percebida de formas distintas por pais e filhos, sendo que alguns pais experienciam dificuldades em aceitar o processo de autonomização, enquanto outros valorizam a nova dinâmica mais equitativa da relação (Proulx & Helms, 2008). Durante momentos de interação mais intensa, como viagens em família, verificam-se mudanças na distribuição do poder decisório entre pais e filhos, acompanhadas por conflitos relacionados com escolhas financeiras, horários e níveis de envolvimento (Yao et al., 2020). Os resultados obtidos nesta revisão foram fundamentais para sustentar as decisões tomadas durante a avaliação familiar no que diz respeito à convivência entre pais e filhos adultos, contribuindo para uma abordagem mais informada e estruturada sobre os conflitos familiares em famílias de pais e filhos adultos.

Com base na evidência científica e nos referenciais teóricos da ESF, foram delineadas as áreas de atenção mais pertinentes para a avaliação e intervenção junto das famílias que se encontram nesta fase. Destaca-se a satisfação conjugal e o papel parental como áreas fundamentais da dimensão desenvolvimental, bem como o processo familiar, que abrange a comunicação, *coping*, interação de papéis e relação dinâmica, integrando-se na dimensão funcional, de acordo com os pressupostos do MDAIF. Adicionalmente, a abordagem foi sustentada pelo Modelo Circumplexo de Olson, que realça a importância da coesão e da flexibilidade na funcionalidade familiar, e pela Teoria dos Sistemas de Bowen, que enfatiza a diferenciação do *self* e a influência dos padrões transgeracionais na dinâmica familiar.

A satisfação conjugal pode ser definida como o grau de contentamento e bem-estar que os cônjuges experienciam na sua relação. Este conceito abrange diversos fatores, incluindo a qualidade da comunicação entre os parceiros, a eficácia na resolução de conflitos, a partilha de interesses e valores comuns, bem como o suporte emocional e prático que um cônjuge oferece ao outro (Delatorre & Wagner, 2021; Silva et al. 2022). É frequentemente associada ao cumprimento das expectativas pessoais e mútuas dentro da união, refletindo a percepção de que as necessidades emocionais e físicas de ambos os cônjuges estão a ser satisfatoriamente atendidas. Além disso, aspetos como a intimidade emocional e física, a confiança, o respeito mútuo e a colaboração na tomada de decisões assumem um papel central na manutenção do bem-estar conjugal, contribuindo para a estabilidade e a qualidade da relação (Delatorre & Wagner, 2021; Silva et al., 2022).

O exercício do papel parental refere-se aos padrões de conduta, valores e crenças partilhados pelos membros da família relativamente às responsabilidades inerentes à parentalidade, bem como às expectativas que orientam o desempenho dessas funções (Garcia & Otero, 2022; Mussumeci & Ponciano, 2019; Parra et al., 2019). Neste enquadramento, torna-se essencial avaliar o grau de conhecimento sobre as tarefas específicas associadas à fase da família com filhos adultos, nomeadamente no que respeita à adaptação à nova configuração relacional com os filhos e ao processo de ajustamento familiar face à sua eventual saída do domicílio. Para além disso, importa explorar os níveis de consenso, conflito e eventual sobrecarga sentidos no desempenho deste papel, elementos determinantes para a compreensão da funcionalidade familiar nesta etapa do ciclo vital (Figueiredo, 2012; Silva et al, 2022).

O processo familiar refere-se à forma como os membros da família interagem, comunicam e se ajustam entre si, considerando aspetos como comunicação, *coping*, negociação de papéis e a dinâmica das relações. Estes elementos são fundamentais para perceber como a família se organiza e reage a desafios e transições, como a saída dos filhos de casa ou a adaptação a novos papéis parentais (Figueiredo, 2012; Silva et al, 2022). A comunicação e as estratégias

de *coping* ocupam um papel central na avaliação do processo familiar em famílias com filhos adultos. A comunicação eficaz facilita a resolução de conflitos e promove o consenso nas decisões importantes, permitindo que pais e filhos adultos reajam positivamente às mudanças. Já as estratégias de *coping* avaliam como a família enfrenta o *stress* e as adversidades, identificando a capacidade dos seus membros para se apoiarem mutuamente e se adaptarem aos novos contextos (Figueiredo, 2012; Silva et al, 2022). A interação de papéis é outro aspeto essencial, focando-se em como os membros da família reorganizam as suas funções e responsabilidades à medida que os filhos se tornam adultos. Avaliar esta interação permite identificar possíveis conflitos ou saturação de papéis, assim como a necessidade de um reequilíbrio nas responsabilidades e limites familiares (Figueiredo, 2012; Silva et al, 2022). No seio familiar, os padrões de interação evidenciam-se também através da forma como os diferentes papéis são atribuídos e exercidos, nomeadamente os de provedor, gestor financeiro, cuidador do lar, promotor de momentos recreativos ou representante da rede de parentesco. A avaliação da relação dinâmica reveste-se de particular relevância, uma vez que permite analisar as especificidades da organização familiar, com especial enfoque na partilha de responsabilidades, nos sentimentos associados à flexibilidade dos papéis e na adaptação às mudanças estruturais e relacionais. Esta subárea contempla dimensões como a repartição de poder e influência, a existência de alianças e afinidades, a coesão entre os elementos da família e a sua capacidade de adaptação a novas exigências, bem como a perceção que cada membro tem acerca do funcionamento do sistema familiar (Figueiredo, 2012; Fonseca et al., 2022; Pinho et al., 2022). Neste enquadramento, as crenças familiares assumem um papel estruturante, representando construções simbólicas que espelham atitudes, convicções, expectativas, motivações, ambivalências e afetos partilhados pelos membros da família. Estas crenças influenciam diretamente as decisões, comportamentos e respostas emocionais dos membros da família (Anjos & Morais, 2021; ICN, 2023). Além disso, constituem uma base de significado que ajuda a família a interpretar e dar sentido às

situações de crise, atuando como fonte de conforto e alívio para a ansiedade e preocupação (Anjos & Morais, 2021).

A prestação de cuidados às famílias implica que o profissional de saúde desenvolva competências específicas que atendam ao contexto e história únicos de cada família, respeitando a sua trajetória, crenças, valores e expectativas. Esta abordagem permite uma intervenção mais eficaz, pois ajuda o profissional a identificar as forças e os recursos da família, capacitando-a a tomar decisões informadas e a alcançar ganhos em saúde. Segundo Silva et al. (2013) e Bispo (2016), este processo de capacitação é essencial para fortalecer a autonomia e o bem-estar da família, promovendo uma abordagem de cuidados mais centrada e integrada.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Este capítulo apresenta e analisa as atividades desenvolvidas no âmbito da componente clínica, com enfoque na aquisição de competências para a prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados.

No exercício das suas funções, o EEECESF deve ser capaz de cuidar da família de forma holística, promovendo a sua capacitação e intervindo tanto na sua globalidade, como na especificidade de cada um dos seus membros. Esta abordagem deve ser aplicada ao longo do ciclo vital da família, assegurando uma resposta ajustada às diferentes fases do seu desenvolvimento. Além disso, o EEECESF desempenha um papel fundamental na liderança e colaboração nos processos de intervenção da ESF, garantindo a qualidade da prestação de cuidados e assumindo a gestão, articulação e mobilização dos recursos necessários para responder, de forma eficaz, às necessidades da família e dos seus membros. A sua atuação deve estar alinhada com as competências comuns e específicas estabelecidas para esta categoria profissional, conforme definido nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018 da OE.

3.1 Prestação de cuidados às famílias como unidade de cuidados

A prestação de cuidados à família, enquanto unidade central no âmbito da ESF requer que o EEECESF desenvolva uma relação colaborativa com a família, promovendo a sua capacitação ao longo do ciclo vital e considerando as transições familiares. Este cuidado implica a colheita de dados relevantes sobre o estado de saúde da família, a monitorização das suas respostas a situações de saúde e doença, bem como a intervenção em situações complexas, sempre com o objetivo de capacitar a família e os seus membros a promover a saúde, prevenir a doença e facilitar a adaptação a possíveis transições. Todas as intervenções devem basear-se na melhor evidência científica disponível, sendo realizadas em colaboração com os membros da família e avaliando continuamente os resultados alcançados (OE, 2018).

Além disso, o EEECESF deve atuar com base em princípios éticos e deontológicos que sustentam a prática profissional, assegurando o respeito pela liberdade, dignidade e igualdade fundamental de cada indivíduo. Segundo a OE (2015), as intervenções de enfermagem devem ser orientadas pelos valores da beneficência, justiça, solidariedade e autonomia, promovendo o bem-estar da família enquanto unidade de cuidados, bem como de cada um dos seus membros individualmente. Assim, ao longo da componente clínica, foram assegurados princípios fundamentais como a confidencialidade, o sigilo e a universalidade, garantindo que todas as pessoas envolvidas no processo de cuidados sejam tratadas com respeito, dignidade e integridade, assegurando uma abordagem ética e humanizada. Durante as consultas realizadas, foram explicados os objetivos das intervenções e solicitados consentimentos verbais para o acompanhamento do processo de saúde. Estas práticas reforçam a importância de uma abordagem ética e humanizada na prestação de cuidados, alinhada à responsabilidade legal e profissional do EEECESF.

Adicionalmente, foram efetuadas alterações exclusivamente nos elementos identificativos das famílias, de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade dos participantes. Essas modificações limitaram-se à substituição de nomes e outros dados que pudessem permitir a identificação direta das famílias ou dos seus membros, sem comprometer a integridade da informação analisada. Para esse efeito, as famílias foram numeradas de um a seis, e os respetivos membros identificados por letras, que não necessariamente correspondem às suas iniciais.

3.1.1 Avaliação e Intervenção de Enfermagem em Famílias Nucleares com Filhos Adultos: Seleção das Famílias e Recursos Utilizados

A seleção das famílias para a análise da prestação de cuidados baseou-se nas famílias nucleares com filhos adultos que constavam na lista da enfermeira cooperante no início do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II. O número final de famílias selecionadas para a prestação de cuidados em ESF foi determinado com base na aplicação de critérios de

inclusão específicos. Esses critérios incluíram: famílias nucleares a vivenciar a etapa VI do Ciclo Vital Familiar, segundo Duvall, nas quais o filho mais velho tivesse idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, nenhum dos filhos tivesse ainda saído de casa e as famílias aceitassem participar. Embora a idade legal para a maioridade seja 18 anos, a maioria dos jovens em Portugal permanece no domicílio parental até mais tarde. Deste modo, definir o critério a partir dos 20 anos permitiu assegurar que os filhos já ultrapassaram a adolescência e se encontram numa fase mais consolidada da adultez jovem, mas ainda a residir no agregado familiar. Da aplicação dos critérios de inclusão, identificaram-se 42 famílias com as características estabelecidas. Contudo, tendo em consideração a natureza complexa da avaliação e intervenção familiares, bem como a limitação temporal da Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, tornou-se inviável prestar cuidados a todas as famílias identificadas. Assim, procedeu-se a uma seleção aleatória de seis famílias, realizada através da função aleatória do Microsoft Excel®, garantindo a imparcialidade na escolha das famílias a integrar o estudo. Caso alguma não aceitasse participar, era novamente selecionada outra família.

O MDAIF, de Figueiredo (2012), destacou-se como ferramenta central neste processo, permitindo uma avaliação integral e personalizada das famílias nucleares com filhos adultos. A sua operacionalização facilitou a recolha sistematizada de dados e a implementação de intervenções direcionadas, promovendo estratégias eficazes para melhorar a saúde e o bem-estar familiar. Paralelamente, reconhecendo os desafios individuais vivenciados pelos membros das famílias, foi integrada a Teoria das Transições de Meleis (2010), que possibilitou compreender as mudanças associadas ao ciclo vital, considerando os fatores condicionantes e os padrões de resposta. Esta articulação teórica garantiu uma abordagem simultaneamente centrada na família enquanto sistema e nas vivências únicas de cada elemento.

No processo de avaliação familiar, a Entrevista Familiar Sistémica (EFS) foi utilizada como uma abordagem central para a recolha de informação,

permitindo uma compreensão aprofundada das dinâmicas familiares e das interações entre os seus membros, assim como para a posterior intervenção. No decurso desta abordagem, recorreram-se a diversos instrumentos de avaliação familiar, nomeadamente o Genograma, o Ecomapa, a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar (FACES II) e o APGAR Familiar de Smilkstein.

A EFS é um recurso essencial, sendo amplamente utilizada no acolhimento, avaliação, intervenção e encerramento do processo terapêutico com as famílias. Fundamentada nos pressupostos da TGS e da Teoria da Comunicação, a EFS baseia-se em conceitos como causalidade circular, reciprocidade, multicausalidade e totalidade (Zordan et al., 2012). Esta abordagem permite que o enfermeiro promova a expressão de preocupações e reflexões por parte dos membros da família, facilitando a compreensão do sistema familiar e possibilitando a identificação de áreas para intervenção (Friedman et al., 1998). A EFS estrutura-se em quatro etapas principais. A primeira, acolhimento, é marcada pela criação de um ambiente terapêutico e pela construção de um relacionamento positivo com os membros da família. Segue-se a etapa de avaliação, que permite ao enfermeiro explorar as necessidades da família, identificar diagnósticos e compreender a interação entre os membros e os fatores que influenciam a dinâmica familiar. Com base nos dados obtidos, passa-se para a intervenção, onde são definidas e implementadas estratégias para promover mudanças específicas. Por fim, a finalização consiste na avaliação dos resultados alcançados e no encerramento do processo (Figueiredo, 2022; Santos, 2019). A EFS assenta em três princípios fundamentais: neutralidade, hipotetização e circularidade (Wright & Leahey, 2012). A neutralidade refere-se à imparcialidade do enfermeiro, que deve abster-se de emitir juízos de valor ou estabelecer alianças que favoreçam determinados membros em detrimento de outros, respeitando a perceção de cada indivíduo (Figueiredo, 2022; Wampler et al., 2020). A hipotetização consiste na formulação de suposições baseadas na informação recolhida, conhecidas como hipóteses sistémicas, que devem ser verificadas ou refutadas

ao longo do processo de cuidado (Boscolo & Bertrando, 2013; Figueiredo 2022; Wampler et al., 2020). Por sua vez, a circularidade está associada ao questionamento circular, que facilita a troca de informações entre o enfermeiro e os membros da família, enriquecendo ou ajustando as hipóteses criadas e permitindo que cada indivíduo partilhe a sua percepção sobre as relações familiares (Figueiredo, 2022; Wampler et al., 2020). Enquanto ferramenta para a prestação de cuidados, a EFS não só favorece o diagnóstico e a intervenção nas dinâmicas familiares, mas também promove a autorreflexão e o fortalecimento das relações intrafamiliares. Este processo terapêutico, ao integrar princípios sistêmicos e comunicacionais, constitui-se como um elemento essencial na ESF, permitindo intervenções mais ajustadas às necessidades das famílias (Figueiredo, 2022; Wampler et al., 2020).

O genograma é uma ferramenta visual que representa a estrutura, a dinâmica e os padrões familiares ao longo de pelo menos três gerações, isto é, abrangendo avós, pais e filhos. Utilizado na prática clínica, permite compreender a composição familiar, as relações entre os seus membros e os padrões hereditários ou comportamentais que podem influenciar a saúde e o bem-estar individual e coletivo. Além disso, possibilita documentar informações sobre os vínculos familiares, a história de saúde e fatores culturais ou sociais que impactam o funcionamento da família, facilitando a identificação de padrões intergeracionais de doenças, comportamentos e interações. Complementarmente, a psicofigura de Mitchell apresenta-se como um instrumento adicional para a análise das dinâmicas familiares, fornecendo uma abordagem mais subjetiva e focada na percepção individual dos membros da família sobre as relações interpessoais. Ao contrário do genograma, que se baseia em representações estruturadas da família, a psicofigura permite identificar como cada membro vivencia os laços afetivos, os conflitos e as hierarquias dentro do sistema familiar. Deste modo, tanto o genograma como a psicofigura de Mitchell constituem recursos valiosos na avaliação e intervenção em ESF, auxiliando a formulação de planos de cuidados personalizados e a adaptação das estratégias de intervenção às especificidades de cada família (Figueiredo, 2012; McGoldrick et al., 2012).

O ecomapa é uma ferramenta gráfica utilizada para avaliar e representar visualmente as interações e relações entre a família e o seu ambiente envolvente. Este instrumento mapeia as conexões da família com sistemas externos, como redes de apoio social, serviços de saúde, instituições educativas, comunidades religiosas, entre outros. Além disso, identifica a natureza dessas conexões, destacando se são positivas, negativas ou neutras, e a intensidade das mesmas. O ecomapa permite compreender as influências externas que impactam o funcionamento familiar e o bem-estar dos seus membros, sendo particularmente útil para identificar recursos disponíveis ou lacunas na rede de apoio (Figueiredo, 2012; Jordão, 2019).

A Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) é uma ferramenta utilizada para avaliar, de forma prática, o nível socioeconómico das famílias. Esta escala inclui critérios como a profissão, o nível de instrução, a origem do rendimento familiar, o tipo de habitação e o local de residência. Através destes indicadores, é possível classificar as famílias em diferentes níveis socioeconómicos, os quais podem influenciar positivamente ou negativamente o acesso a recursos e, conseqüentemente, a efetividade das intervenções realizadas (Costa & Lobão, 2017).

A Escala de Avaliação do APGAR Familiar de Smilkstein é um instrumento utilizado para avaliar a funcionalidade familiar, com foco na perceção dos indivíduos sobre o suporte oferecido pela família em cinco dimensões: adaptação, participação, crescimento (*growth*), afeição e resolução (Correia et al., 2021; Machado et al., 2023).

A Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES II) constitui um instrumento destinado a avaliar duas dimensões fundamentais do funcionamento familiar: a coesão e a adaptabilidade. A coesão diz respeito ao nível de ligação emocional entre os membros da família, refletindo a proximidade, o apoio mútuo e o sentido de pertença. Por sua vez, a adaptabilidade refere-se à capacidade da família para reorganizar papéis, normas e estruturas em resposta a alterações contextuais ou situações de

stress, demonstrando flexibilidade e resiliência face às exigências da vida familiar (Nunes et al., 2021).

As técnicas transversais empregues durante a avaliação e intervenção familiar foram essenciais para compreender as dinâmicas familiares e promover mudanças, sempre respeitando as narrativas e percepções dos membros da família. O questionamento linear foi utilizado para definir os problemas e criar um contexto propício à mudança, promovendo a aproximação entre os membros através da identificação de causas subjacentes aos sintomas (Figueiredo, 2012; Zordan et al., 2012). As questões reflexivas tiveram como objetivo fomentar a coconstrução de novas perspetivas, incentivando alterações nos comportamentos e nos padrões de interação familiar (Virgolino, 2008; Figueiredo, 2023). Por sua vez, o questionamento circular permitiu explorar as interações, percepções e ações entre os membros, possibilitando a validação ou refutação das hipóteses iniciais, com base nos princípios de circularidade e neutralidade (Figueiredo, 2023; Zordan et al., 2012). Este tipo de questionamento foi aprofundado em quatro categorias, conforme identificadas por Wright e Leahey (2012): as questões diferenciais, que promovem a reflexão sobre diferenças nas relações e crenças familiares; as questões comportamentais, que analisam padrões de interação circular; as questões hipotéticas, que encorajam a exploração de alternativas de mudança; e as questões à tríade, que permitem compreender a percepção de cada membro sobre as relações no sistema familiar. Por fim, as questões de escala foram utilizadas para quantificar sintomas ou situações, ajudando os membros da família a identificar alterações e refletir sobre possíveis soluções (Figueiredo 2023; Jong & Berg, 2013). Estas técnicas, no seu conjunto, foram determinantes para a formulação de atividades diagnósticas e para a definição de intervenções adaptadas às necessidades e especificidades da família.

Adicionalmente, recorreu-se a técnicas específicas, como o ritual terapêutico, a carta terapêutica, a técnica interacional de prescrição de tarefas, o reenquadramento, a conotação positiva e a metáfora. Estas técnicas, fundamentadas na abordagem sistémica, revelaram-se fundamentais para

gerar novos significados, fomentar mudanças positivas e promover a funcionalidade familiar (Sequeira & Alarcão, 2015). Tendo sido utilizadas de forma integrada, enriqueceram a avaliação e a intervenção, e contribuíram para alcançar os objetivos propostos no contexto da prática de ESF.

Os rituais terapêuticos são uma intervenção valiosa no âmbito da ESF, permitindo a participação ativa de todos os membros da família na implementação de mudanças significativas. Conforme descrito por Figueiredo e Dias (2023), a prescrição de um ritual visa estabelecer novas regras ou dinâmicas familiares, substituindo gradualmente aquelas que anteriormente regiam o funcionamento familiar. Estes rituais, quando bem orientados, não devem gerar receio nos membros da família, promovendo, assim, a sua aceitação e integração no quotidiano familiar. Os rituais, de forma geral, já fazem parte do dia-a-dia de todas as famílias, desempenhando um papel importante na construção da identidade familiar e no fortalecimento do sentimento de pertença dos seus membros, contribuindo para a coesão familiar (Figueiredo & Dias, 2023).

As cartas terapêuticas constituem uma técnica de intervenção no contexto da EFS, que possibilita a atribuição de novos significados às relações familiares, promovendo a reorganização dos relacionamentos através da definição de estratégias específicas, do fortalecimento das interações em diferentes níveis e da melhoria da comunicação entre os intervenientes (Kirkhor & Kindree, 2010; Paiva & Raserá, 2012). Para além disso, a técnica das cartas terapêuticas permite identificar recursos e forças disponíveis na família, fomentando a esperança e estimulando alterações positivas no padrão interacional. Os seus benefícios estendem-se tanto ao autor da carta como ao destinatário, contribuindo para a construção de relações mais saudáveis e significativas (Freed et al., 2010; Paiva & Raserá, 2012). Este método tem como objetivo principal aliviar ou reduzir o sofrimento emocional dos membros da família, promovendo um relacionamento terapêutico mais colaborativo e transparente. Ao proporcionar oportunidades para a reflexão, estas cartas permitem aos

indivíduos reorganizarem as suas perspectivas e comportamentos no contexto familiar (Wright, 1996).

A prescrição de tarefas é uma técnica interacional que visa interromper os padrões relacionais disfuncionais que mantêm os problemas no seio da família (Sequeira & Sampaio, 2020). Esta abordagem implica a sugestão de uma atividade concreta dirigida à família ou a um dos seus elementos, podendo consistir numa reflexão individual, numa conversa orientada, numa ação colaborativa ou noutra proposta específica. O objetivo central é facilitar a emergência de novos modos de interação, favorecendo a reorganização do sistema familiar e a sua adaptação a contextos e dinâmicas em mudança (Sequeira & Sampaio, 2020).

O reenquadramento, enquanto técnica de intervenção familiar sistémica, desempenha um papel fundamental na modificação da perceção dos membros da família relativamente ao problema, tornando-os mais recetivos à mudança (Kelly, 2020). Este baseia-se em três princípios essenciais: alterar a perspetiva do sintoma de uma visão individual para uma visão que abranja todos os elementos do sistema familiar; transformar algo inicialmente percecionado como negativo em algo positivo ou normativo; e apresentar o reenquadramento de forma congruente com a nova compreensão dos acontecimentos por parte do sistema familiar. Adicionalmente, o reenquadramento funciona como uma estratégia de *coping*, permitindo à família redefinir eventos geradores de *stress*, de forma a torná-los mais aceitáveis e menos impactantes (Weeks & Fife, 2014; Weeks & D'Aniello, 2017).

A conotação positiva constitui uma técnica terapêutica utilizada com o intuito de reformular a perceção que os membros da família têm de determinados comportamentos ou sintomas, atribuindo-lhes um significado mais funcional e construtivo (Williams & Auburn, 2016). Esta abordagem procura atribuir um significado alternativo e positivo ao problema identificado, transformando a sua interpretação de uma etiologia negativa para uma perspetiva positiva (Figueiredo & Dias, 2023).

O recurso a metáforas como estratégia de avaliação e intervenção familiar revela-se uma abordagem eficaz na promoção da mudança, facilitando a construção de novos significados dentro do sistema familiar. Esta técnica baseia-se numa comunicação indireta e simbólica, permitindo que a família visualize determinada situação ou emoção sob um prisma alternativo, sem recorrer a uma abordagem confrontativa. Através da utilização de linguagem figurativa e analógica, as metáforas possibilitam uma reformulação da perceção da realidade, favorecendo a reflexão e a adaptação a novas perspetivas (Figueiredo & Dias, 2023; Pinheiro-Carozzo et al., 2020; Zuluaga et al., 2020).

No âmbito da intervenção individual, foi utilizada a Entrevista Motivacional (EM), uma abordagem de comunicação colaborativa e centrada no indivíduo, que visa potenciar a motivação intrínseca para a adoção de comportamentos de mudança. Esta técnica assenta em princípios fundamentais que orientam a interação entre o profissional e o indivíduo, promovendo um ambiente de confiança e facilitando o processo de tomada de decisão. Um dos princípios centrais da EM é expressar empatia, através da escuta ativa e da validação das experiências do indivíduo, permitindo-lhe sentir-se compreendido e respeitado. Esta abordagem também procura desenvolver a discrepância entre o comportamento atual e os objetivos desejados, ajudando o indivíduo a reconhecer a necessidade de mudança e a explorar os benefícios dessa transformação (Sequeira & Sampaio, 2020). Outro aspeto essencial é a capacidade de compreender e minimizar a resistência, através da reformulação e do reforço positivo, evitando confrontos diretos ou julgamentos. Neste contexto, a argumentação é desencorajada, uma vez que discussões ou tentativas de persuasão podem gerar resistência e atitudes defensivas. Em vez disso, a EM promove um diálogo reflexivo, incentivando o indivíduo a encontrar as suas próprias razões para mudar, aumentando assim o seu compromisso com o processo (Macedo, 2023). Por fim, a EM apoia a autoeficácia, reforçando os pontos fortes do indivíduo e encorajando a crença na sua capacidade de mudança. Através deste processo, o indivíduo assume um papel ativo no diálogo, refletindo sobre as suas competências, tomando

decisões informadas e adotando estratégias alinhadas com os seus objetivos pessoais (Miller & Rollnick, 2013).

Além disso, alguns elementos das famílias apresentavam Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus tipo 2, tendo sido avaliada a autogestão da doença que se refere à capacidade do indivíduo para gerir os sintomas, o tratamento e os impactos físicos e emocionais da doença. Já a autogestão do regime terapêutico inclui a adesão à medicação, à alimentação saudável e à prática de atividade física (Ministério da Saúde, 2023). A avaliação da autogestão da doença e do regime terapêutico na Diabetes Mellitus Tipo 2 e na Hipertensão Arterial está amplamente fundamentada pelos Programas Nacionais de Saúde, que destacam a importância da capacitação dos indivíduos para um autocuidado eficaz.

No caso da Diabetes Mellitus Tipo 2, o Programa Nacional para a Diabetes (Ministério da Saúde, 2023) reforça que a autogestão do regime terapêutico é um elemento essencial para melhorar os resultados clínicos e reduzir complicações. A educação terapêutica é considerada um pilar fundamental, capacitando os doentes para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática regular de exercício físico e adesão ao tratamento farmacológico. A monitorização regular dos parâmetros metabólicos, como a glicemia e a hemoglobina glicada (HbA1c), permite um melhor controlo da doença, prevenindo complicações a longo prazo. A autovigilância é um aspeto essencial na gestão da diabetes, incluindo a vigilância do pé diabético (além da efetuada por parte do profissional de saúde) incentivando os doentes a realizarem inspeções diárias para detetar sinais de neuropatia ou úlceras, que podem evoluir para infeções graves e amputações. A saúde oral é outro aspeto relevante, uma vez que a hiperglicemia crónica aumenta o risco de doenças periodontais, sendo recomendadas consultas regulares no dentista e uma higiene oral rigorosa. Além disso, o Programa preconiza um conjunto de rastreios essenciais para a deteção precoce de complicações da diabetes. Entre eles, destaca-se o rastreio da retinopatia diabética e o rastreio da nefropatia diabética (Brás, 2020; Ministério da Saúde, 2023).

Relativamente à Hipertensão Arterial, o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (Ministério da Saúde, 2017) destaca a importância da gestão desta condição para reduzir o risco de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. A monitorização regular da pressão arterial constitui uma estratégia fundamental para a deteção precoce de alterações e para o ajustamento atempado das intervenções terapêuticas, favorecendo o controlo adequado dos valores tensionais. A autogestão do regime terapêutico inclui, além da adesão à medicação anti-hipertensiva, mudanças no estilo de vida, como a redução do consumo de sal, a prática de atividade física e a manutenção de um peso saudável. O programa também promove o rastreio da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários, garantindo um acompanhamento adequado. A educação das pessoas com a doença é uma estratégia central, capacitando-as para a adoção de medidas de prevenção e controlo da hipertensão.

Destaca-se também a Adesão à Vacinação como um foco importante, sendo considerada uma das estratégias mais eficazes para proteger a saúde individual e coletiva, sendo reconhecida como um direito e um dever dos cidadãos. Ao contribuir para a prevenção de doenças com elevado potencial de ameaça à saúde pública, a vacinação promove ganhos significativos em saúde, reduzindo a morbilidade e a mortalidade associadas a infeções evitáveis. A adesão à vacinação constitui, assim, um ato de cidadania e solidariedade, com impacto direto na saúde pública e na proteção das populações mais vulneráveis (Ministério da Saúde, 2020).

Por fim, os rastreios oncológicos de base populacional assumem uma importância central na promoção da saúde pública, permitindo a deteção precoce de lesões malignas ou pré-malignas e, conseqüentemente, a adoção de medidas terapêuticas mais eficazes e menos invasivas. Atualmente, em Portugal, os três rastreios organizados com eficácia comprovada dirigem-se ao cancro da mama, do colo do útero e do cólon e reto. O rastreio do cancro da mama é recomendado para mulheres assintomáticas com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos, devendo ser realizado a cada dois anos, através de mamografia digital bilateral com dupla leitura. No que se

refere ao cancro do colo do útero, a população-alvo inclui pessoas com útero, assintomáticas, com idades entre os 25 e os 60 anos, sendo o teste de pesquisa de DNA do vírus do papiloma humano realizado de cinco em cinco anos. Já o rastreio do cancro do cólon e reto dirige-se a homens e mulheres assintomáticos entre os 50 e os 74 anos, sendo efetuado bianualmente através da pesquisa de sangue oculto nas fezes (Ministério da Saúde, 2024). Deste modo, é importante verificar também a adesão dos utentes a estes rastreios.

3.1.2. Explicação da prestação de cuidados às famílias

Este subcapítulo descreve a conceção de cuidados desenvolvida com seis famílias e os respetivos membros individuais.

O Quadro 4 sintetiza as principais características das famílias envolvidas. Dado o limite de espaço, serão detalhadas apenas duas famílias (Família 1 e Família 2), selecionadas com base na sua relevância para a análise da avaliação e intervenção familiar. Para cada uma, será apresentado o número de consultas realizadas, o contexto em que ocorreram e os membros envolvidos. Será descrito o plano de cuidados ao longo das suas várias fases, tendo como base a matriz operativa do MDAIF, abordando as suas três dimensões e os dados recolhidos, assim como os diagnósticos, intervenções e resultados identificados. Considerando as especificidades de cada família, foram priorizadas áreas de atenção para avaliação e intervenção, sempre com o objetivo de potenciar as forças e recursos da família, promovendo a sua autonomia e capacidade adaptativa ao longo do ciclo vital. Além disso, os cuidados foram prestados individualmente a cada membro, respeitando as suas necessidades e prioridades. As restantes famílias encontram-se no Anexo II, de forma resumida, apresentando-se as áreas de atenção exploradas em cada caso. São descritas com maior detalhe apenas os focos que resultaram na formulação de diagnósticos de enfermagem e que fundamentaram as intervenções realizadas.

Quadro 4 - Características das Famílias

| Família | Constituição | Áreas de Atenção com Juízo Positivo | Diagnósticos Identificados |
|---------|--|--|---|
| 1 | C. – Pai, 58 anos; A. – Mãe, 53 anos; I. – Filha, 28 anos; P. – Filho, 18 anos. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rendimento Familiar Não Insuficiente; ➤ Edifício Residencial Seguro; ➤ Precaução de Segurança Demonstrada; ➤ Abastecimento de Água Adequado; ➤ Papel Parental Adequado. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional manifestada por não satisfação do casal com a divisão e partilha das tarefas domésticas e não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos. |
| 2 | F. – Mãe, 56 anos; J. – Pai, 55 anos; S. – Filha, 22 anos; R. – Filha, 20 anos. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rendimento Familiar Não Insuficiente; ➤ Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado; ➤ Precaução de Segurança Demonstrada; ➤ Abastecimento de Água Adequado; ➤ Animal Doméstico Não Negligenciado; ➤ Satisfação Conjugal Mantida. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papel Parental Não Adequado relacionado com Comportamentos de Adesão Não Demonstrados; ➤ Processo Familiar Disfuncional relacionado com Comunicação Familiar Não Eficaz manifestado por Comunicação Emocional e Comunicação Circular Não Eficaz. |
| 3 | P. – Pai, 47 anos; A. – Mãe, 47 anos; A.R. – Filha, 23 anos; M. – Filha, 18 anos. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rendimento Familiar Não Insuficiente; ➤ Edifício Residencial Seguro; ➤ Precaução de Segurança Demonstrada; ➤ Abastecimento de Água Adequado; ➤ Papel Parental Adequado; ➤ Planeamento Familiar Eficaz. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Satisfação Conjugal Não Mantida relacionado com Interação Sexual Não Adequada, manifestada por insatisfação do casal sobre o padrão de sexualidade. |
| 4 | F. – Pai, 54 anos; A. – Mãe, 54 anos; G. – Filho, 22 anos; T. – Filha, 18 anos. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rendimento Familiar Não Insuficiente; ➤ Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado; ➤ Precaução de Segurança Demonstrada; ➤ Abastecimento de Água Adequado; ➤ Animal Doméstico Não Negligenciado; ➤ Satisfação Conjugal Mantida; ➤ Processo Familiar Funcional. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Papel Parental Não Adequado relacionado com Comportamentos de Adesão Não Demonstrados. |
| 5 | P. – Pai, 47 anos; M. – Mãe, 47 anos; R. – Filho, 24 anos; D. – Filho, 21 anos; E. – Filha, 19 anos. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rendimento Familiar Não Insuficiente; ➤ Edifício Residencial Seguro; ➤ Precaução de Segurança Demonstrada; ➤ Abastecimento de Água Adequado; ➤ Satisfação Conjugal Mantida; ➤ Papel Parental Adequado; ➤ Planeamento Familiar Eficaz. | |
| 6 | M. – Pai, 61 anos; A. – Mãe, 59 anos; A.R. – Filha, 27 anos; E. – Filho, 24 anos. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rendimento Familiar Não Insuficiente; ➤ Edifício Residencial Seguro; ➤ Precaução de Segurança Demonstrada; ➤ Abastecimento de Água Adequado; ➤ Papel Parental Adequado. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional manifestada por não satisfação do casal com o tempo que estão juntos. |

Família 1

A Família 1 é constituída pelo casal: C., de 58 anos, engenheiro eletrotécnico, A., de 53 anos, responsável têxtil e 2 filhos, a I. de 28 anos, arquiteta e o P. de 18 anos, que ingressou na licenciatura de engenharia mecânica no presente ano. Ambos os filhos ainda se encontram a viver com os pais. A. apresenta como antecedentes clínicos: Diabetes Mellitus tipo 2 (diagnosticado há 10 anos), Hipertensão Arterial (diagnosticado há 13 anos) e Histerectomia total (realizada há 5 anos). C. tem como antecedentes: Obesidade, Insuficiência Venosa (diagnosticado há 10 anos), Hipertrofia Benigna da Próstata (diagnosticado há 3 anos). Ambos os filhos são saudáveis, sem antecedentes clínicos dignos de registo.

No trabalho desenvolvido com esta família, foram realizadas cinco consultas de enfermagem, sendo que na primeira esteve presente apenas o Sr. C., e nas restantes participaram ambos os elementos do casal (C. e A.). Os filhos não

estiveram presentes nas consultas devido a constrangimentos na disponibilidade, o que representou uma limitação na abrangência da avaliação e intervenção familiar, uma vez que impediu a recolha direta de informação sobre a sua perspetiva e participação na dinâmica familiar. Todas as consultas decorreram na USF, o genograma e a psicofigura de Mitchell da família encontram-se representados abaixo (Figura 3), tendo sido elaborado com base no questionamento linear realizado ao casal.

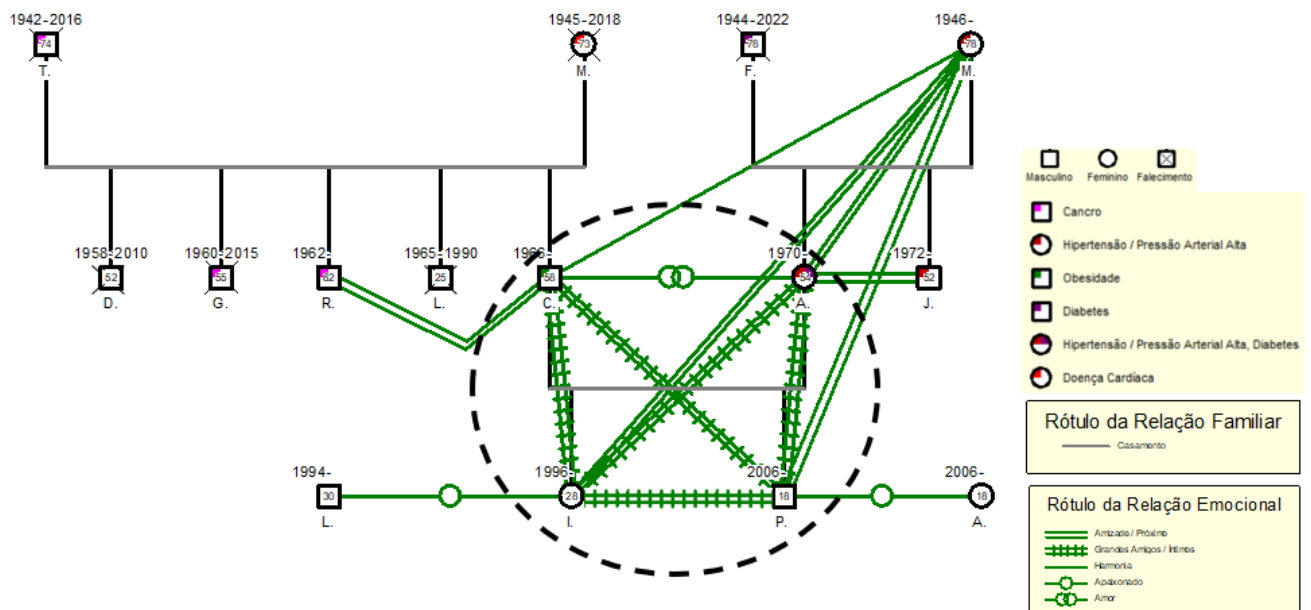


Figura 3 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família 1

De acordo com Figueiredo (2012), o tipo de família é determinado com base na composição do núcleo familiar e nos vínculos que se estabelecem entre os seus membros. A Família 1 é uma família nuclear composta pelos subsistemas conjugal (C. e A.), parental (C. e A. enquanto pais de I. e P.), filial (P. e I. enquanto filhos de C. e A.) e fraternal (I. e P.). As relações emocionais estabelecidas entre os membros da família foram analisadas com base nas declarações do casal, sendo caracterizadas de acordo com os tipos de vínculo identificados. As relações foram classificadas em cinco categorias principais, sendo esta categorização construída com base nos tópicos disponíveis na aplicação GenoPro®, aos quais foi acrescentada uma descrição adaptada, com o objetivo de tornar a psicofigura de Mitchell mais compreensível: normal,

quando a interação é cordial, baseada no respeito e na comunicação entre os intervenientes; amizade/próximo, quando a relação transcende a cordialidade, permitindo que os membros possam contar com o outro na resolução de problemas; grandes amigos/íntimos, quando além das características anteriores, existe um sentimento evidente de carinho e necessidade de proximidade regular; apaixonado, quando existe um namoro entre os membros e, por fim, amor, reservado a intervenientes casados que mantém, na perspectiva dos indivíduos, uma relação saudável e harmoniosa. Estas descrições foram utilizadas de forma transversal em todas as psicofiguras elaboradas para as diferentes famílias. No genograma é possível verificar que, na perspectiva do casal, não existem relações que sejam geradoras de *stress*, o que se revela como uma força para a família.

No que diz respeito à família extensa, verifica-se que todos os membros mantêm um contacto regular, quer de forma presencial, quer por via telefónica. A família interage presencialmente com a mãe e irmão de A. com uma periodicidade quinzenal, sendo estes uma importante fonte de apoio emocional e companhia social. Por sua vez, mantêm contacto presencial com o irmão de C. uma vez por mês, complementado por comunicações telefónicas quinzenais, desempenhando igualmente uma função relevante de suporte emocional e social.

Após a análise dos sistemas mais amplos e das relações estabelecidas pela Família 1 com estes, foi desenvolvido o respetivo Ecomapa, apresentado na Figura 4, sendo que as ligações dos membros I. e P. foram relatadas pelo casal.

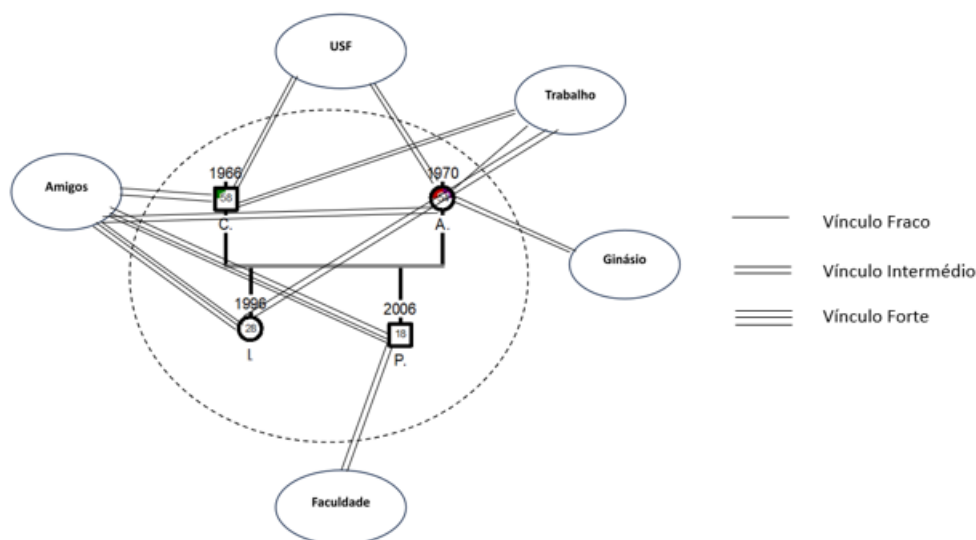


Figura 4 - Ecomapa Família 1

Segundo o Ecomapa representado, observa-se que C. e A. mantêm um vínculo intermédio com os amigos e com a USF. Adicionalmente, A. apresenta um vínculo intermédio com o ginásio e um vínculo fraco com o trabalho, enquanto C. demonstra um vínculo intermédio com o trabalho. A filha mantém um vínculo intermédio com o trabalho e o filho com a faculdade.

Com base nos critérios da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), esta é classificada como pertencente à classe média-alta. Esta classificação deve-se ao facto do elemento C., exercer uma profissão de grau 2, como engenheiro eletrotécnico e responsável de operações, possuir uma licenciatura e apresentar vencimento fixo. A família habita num apartamento, que referem ser espaçoso e confortável, localizado no centro de uma cidade, o que reforça a sua posição nesta classificação social.

Com base na matriz operativa do MDAIF e considerando as especificidades da Família 1, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 1, por dimensões de avaliação

| Dimensões de Avaliação | Áreas de Atenção | Dimensões Operativas Avaliadas |
|-----------------------------|---|--|
| Dimensão Estrutural | Rendimento Familiar | Origem do Rendimento Conhecimento e Capacidade de Gestão |
| | Edifício Residencial | Tipo de Habitação Conhecimento sobre os riscos de edifício residencial não seguro |
| | Precaução de Segurança | Presença de Aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização Utilização de Gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização |
| | Abastecimento de Água | Utilização de rede pública/privada |
| | Animal Doméstico | Sem Animal Doméstico |
| Dimensão de Desenvolvimento | Satisfação Conjugal | Relação Dinâmica |
| | | Comunicação |
| | | Interação Sexual |
| | | Função Sexual |
| | Papel Parental – família com filhos adultos | Conhecimento do papel |
| | | Comportamentos de adesão |
| | | Consenso do papel |
| Dimensão Funcional | Processo Familiar | Conflito do papel |
| | | Saturação do papel |
| | | Comunicação |
| | | <i>Coping</i> |
| | | Interação de papéis |
| | | Relação Dinâmica |

No âmbito da Dimensão Estrutural, relativamente ao rendimento familiar da Família 1, e de acordo com a matriz operativa, esta situa-se no grau 3, sendo gerido de forma eficaz por C., que demonstra conhecimento e capacidade para equilibrar os rendimentos com as despesas familiares, conseguindo assegurar as necessidades essenciais, manter algumas atividades de lazer e contribuir para a poupança familiar. No que respeita ao edifício residencial, a família vive numa habitação classificada como grau 2 por ser um apartamento com 3 quartos, 3 casas de banho, 1 cozinha, 1 sala de estar e de jantar, garagem box e 1 lavandaria, possuindo eletrodomésticos além dos essenciais. Não foi possível avaliar a higiene da habitação, visto todas as consultas terem sido realizadas na USF. Referem ainda que o espaço se encontra bem adaptado e equipado, incluindo aquecimento central e gás canalizado, cuja utilização é conhecida e gerida por A. e C. O abastecimento de água é garantido pela rede pública e a família não possui animal doméstico.

Com base na análise dos dados, foram identificadas áreas de atenção com um juízo positivo como Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Precaução de Segurança Demonstrada e Abastecimento de Água Adequado. Uma habitação condigna e segura, bem como um rendimento que permita à família viver bem, são determinantes de saúde que poderão impactar positivamente no bem-estar dos seus elementos.

Relativamente à Dimensão de Desenvolvimento, foram analisadas as áreas de atenção referentes à Satisfação Conjugal e ao Papel Parental.

No âmbito da relação dinâmica, especificamente no que diz respeito à satisfação do casal com a divisão e partilha das tarefas domésticas, foram questionados sobre a organização das tarefas domésticas, A. respondeu: *"Eu faço 100% das tarefas, sendo que os filhos ajudam em algumas."* Quando interrogada sobre a sua satisfação relativamente a esta divisão, A. acrescentou: *"Gostava que ele me ajudasse mais, sem dúvida... Aliás, já lhe disse que precisava de mais ajuda, principalmente agora que os filhos vão passando menos tempo em casa."* Por sua vez, C. comentou: *"Vá... eu ajudo a levantar a mesa às vezes e vou buscar a comida quando não te apetece cozinhar."* Perante estas respostas, foi colocada a questão circular: *"Sempre foi assim ou houve algum momento na vossa vida em que a partilha era diferente?"* A. afirmou que esta divisão sempre foi praticamente a mesma, enquanto C. respondeu: *"Ela habituou-me mal..."*.

Relativamente à satisfação do casal com o tempo passado juntos, questionou-se: *"Costumam passar tempo juntos enquanto casal?"* Ambos responderam positivamente, com C. a destacar: *"Principalmente agora..."*, e A. a complementar: *"Ultimamente temos passado mais tempo só os dois, até parecemos namorados outra vez, os filhos passam mais tempo fora de casa."* Estas respostas sugerem que o casal tem vindo a reavaliar e redefinir a sua relação conjugal, num processo alinhado com as mudanças características da etapa do ciclo vital em que os filhos atingem a vida adulta. No que respeita à satisfação, A. expressou: *"Estou satisfeita com o tempo que passamos juntos,*

menos não. Tendo em conta que trabalhamos, acho que aproveitamos bem o tempo que temos juntos, mas gostaríamos sempre que fosse mais. Quando nos reformarmos, vamos viajar pelo mundo fora." Já C. afirmou: "Acho que, no geral, estamos satisfeitos. Claro que gostaríamos que fosse mais, mas dentro do tempo que temos, devido ao trabalho, conseguimos passar bastante tempo juntos." Além disso, o casal mencionou que tem realizado "escapadinhas" durante o fim-de-semana, apenas os dois, reforçando a dedicação à relação conjugal.

No que concerne à satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos, foi colocada a questão: *"Costumam conversar sobre os vossos sentimentos?"* A. respondeu: *"Sim, já estamos juntos desde que tenho 16 anos, são muitos anos e conhecemo-nos muito bem, sempre tivemos uma boa partilha, conseguimos ler exatamente a cara um do outro."* C. complementou: *"Sim, sem problemas, comunicamos muito e falamos sempre um com o outro, partilhamos tudo."* Ambos relataram sentir-se apoiados mutuamente e afirmaram não guardar para si os seus sentimentos, priorizando a partilha entre eles. Quando questionados sobre a satisfação com a forma como cada um expressa afeto, A. comentou: *"Gostava que ele fosse mais romântico, tomasse mais iniciativa, às vezes dou a dica, mas ele não percebe (risos)."* Por outro lado, C. afirmou: *"Ser sempre romântico também fica caro (risos)."* Para aprofundar esta questão, foi utilizada uma escala de 1 a 10 para avaliar a expressão de sentimentos, na qual A. atribuiu a pontuação de 7,5 e C. de 9. Ao explorar estas pontuações, C. destacou: *"Valorizo muito o nosso à-vontade, a nossa ligação."* A., por sua vez, acrescentou: *"Nós crescemos praticamente juntos, conhecemo-nos como ninguém e não temos segredos um para o outro, mas efetivamente gostava que ele verbalizasse mais este afeto."* Estas respostas refletem uma relação com elevada proximidade emocional, mas com algumas diferenças nas expectativas sobre a expressão verbal de afeto, revelando aspetos que podem ser trabalhados para fortalecer ainda mais a relação dinâmica do casal.

No âmbito da Comunicação, foi avaliado se o casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um em relação ao futuro, nomeadamente no contexto da saída dos filhos de casa. À questão: *"Costumam conversar sobre os vossos receios e expectativas? Nesses momentos, sentem-se compreendidos um pelo outro?"*, ambos responderam afirmativamente, mencionando que discutem regularmente as suas expectativas relativamente ao futuro, especialmente sobre a fase em que voltarão a estar apenas os dois. C. comentou: *"Sim, falamos muito sobre isso, principalmente agora..."*, ao que A. acrescentou: *"Ultimamente temos pensado mais nisto, até já fazemos planos para quando estivermos só os dois."* Quando questionados sobre o que conversam especificamente, A. referiu: *"Falamos sobre o que vamos fazer quando os miúdos saírem de casa, temos pensado em viajar mais, aproveitar para fazer coisas que fomos adiando."* C. reforçou esta ideia, afirmando: *"Temos imaginado como será a nossa rotina, sabemos que vai ser diferente, mas estamos confiantes que vamos aproveitar bem esta fase."* Estas respostas demonstram que o casal partilha abertamente as suas perspetivas sobre o futuro, refletindo sobre as oportunidades e mudanças que esta transição poderá trazer. Quando questionados sobre a frequência de conflitos, ambos relataram que apenas enfrentam os desafios típicos do quotidiano, que resolvem prontamente. A. destacou: *"Nunca nos deitamos sem resolver."* Referiram ainda que conseguem chegar a acordos em situações de desacordo, sem que um dos elementos tenha de ceder de forma desproporcional.

À questão: *"Sentem que podem expressar livremente a vossa opinião ou têm receio de conflito?"*, ambos confirmaram que comunicam de forma aberta e sem receios, sentindo-se à vontade para expressar as suas opiniões. Quando interrogados sobre a tomada de decisão em casal, à questão: *"Quando é necessário tomar uma decisão, pedem a opinião um do outro?"*, responderam afirmativamente, referindo que a troca de opiniões faz parte da dinâmica do casal e que procuram sempre envolver-se mutuamente antes de tomar decisões. Foi também aplicada uma questão de escala de 1 a 10: *"Numa escala de 1 a 10 (em que 1 é mau e 10 é muito bom), como classificam a vossa comunicação enquanto casal?"* Ambos atribuíram a pontuação máxima de 10.

Em seguida, foi colocada a questão reflexiva: *"Porquê um 10 e não uma pontuação mais baixa?"* A. justificou: *"Não deixamos as coisas por resolver, partilhamos tudo, conhecemo-nos bem."* C. complementou: *"Sim, exatamente, não guardamos nada, sai tudo cá para fora e sempre foi assim, resulta muito bem connosco."* Perante estas respostas, foi utilizado o elogio: *"É muito positivo ver como conseguem manter uma comunicação tão aberta e sincera, algo que nem sempre é fácil de alcançar. O facto de partilharem tudo e de resolverem os assuntos antes que se tornem problemas maiores é realmente exemplar. Esta forma de comunicação não só fortalece a vossa relação, como cria um ambiente de confiança e compreensão que beneficia todos os membros da família e cria um exemplo para os vossos filhos."*

Relativamente à interação sexual, foi colocada a questão reflexiva: *"Em relação à vossa sexualidade, estão satisfeitos ou gostariam que fosse diferente?"* C. respondeu: *"Antes acho que preferia que fosse diferente, ela ficava com receio por causa dos filhos, hoje em dia, nesta nova fase, como temos mais tempo juntos e sozinhos, considero que sim, estou satisfeito."* A. concordou e acrescentou: *"Sim, concordo. Agora sinto que temos mais liberdade, portanto tem sido melhor, estamos outra vez na lua de mel (risos)."* Quando questionados sobre se se sentem à vontade durante a relação sexual, ambos responderam afirmativamente, com A. a destacar: *"Nós até brincamos quando acontece alguma coisa durante, por exemplo, se um tem uma câibra até nos rimos e está tudo bem, estamos mesmo à vontade."*

A função sexual também foi avaliada, uma vez que, apesar de uma interação sexual satisfatória no presente, foi explorada a existência de eventuais dificuldades. Para tal, foi colocada a questão linear: *"Em relação à vossa função sexual, têm ocorrido problemas, como por exemplo, diminuição da libido, dor durante o ato, disfunção erétil?"* C. respondeu: *"Não, para já sem problema, lá está, sei que este problema na próstata pode influenciar, mas com a medicação para já está tudo controlado."* A. referiu: *"Não, sem problema."*

Considerando os dados apresentados, é possível aferir o seguinte diagnóstico: Satisfação Conjugal não mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional manifestada por não satisfação do casal com a divisão e partilha das tarefas domésticas e não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos.

Tendo em conta que a necessidade de uma maior colaboração na divisão das tarefas domésticas que foi expressa por um dos elementos do casal durante a consulta, a intervenção de enfermagem procurou explorar esta questão de forma reflexiva e colaborativa, garantindo que a redefinição das tarefas resultasse de um acordo entre ambos. Com o objetivo de promover a divisão/partilha das tarefas domésticas, foram planeadas intervenções, tais como, motivar para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas e aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas. Neste contexto, a satisfação conjugal tende a ser maior quando ambos os parceiros demonstram atitudes congruentes em relação aos papéis de provedores e partilham as atividades domésticas de forma justa. A clareza na definição dos papéis e a perceção de justiça na distribuição das responsabilidades são fatores essenciais para promover a harmonia e a satisfação no relacionamento, beneficiando ambos os membros do casal (Afonso, 2018; Helms et al., 2010). Durante as transições e as tarefas específicas de cada etapa do Ciclo Vital Familiar, é essencial que o casal ajuste diversos aspetos, incluindo a partilha equitativa das responsabilidades domésticas, para garantir a manutenção da satisfação conjugal (Barros et al., 2022; Delatorre & Wagner, 2021; Dowich & Kissula, 2023). Para alcançar os objetivos delineados, foram utilizadas questões de intervenção sistémica, como questões reflexivas e circulares, complementadas pela técnica interacional de prescrição de tarefas, com o intuito de promover mudanças positivas nas dinâmicas familiares e incentivar a colaboração entre os membros. Durante a intervenção, foi colocada a seguinte questão a C.: *"O que pensa acerca do que a sua esposa referiu relativamente à partilha de tarefas e do desejo de que haja uma divisão mais justa?"* C. respondeu: *"Pois... Acho que acabei por me acomodar ao longo deste tempo todo e se calhar fazia sentido ajudar um bocado mais."* Seguidamente, foi

questionado: *"Estaria disposto a colaborar mais com a sua esposa nestas tarefas?"* ao qual respondeu afirmativamente. Com base nessa abertura, foi sugerido ao casal: *"O que acham de, em conjunto, criarem uma lista das tarefas que são necessárias realizar, C. verificar quais são aquelas que não se importaria de assumir e criarem uma divisão mais justa das mesmas?"* Ambos responderam de forma positiva. Foi ainda proposto: *"Podem fazer essa lista, por exemplo, depois do jantar, parece-vos bem?"* A. e C. concordaram com a sugestão. Com o intuito de motivar o casal para a realização desta tarefa, foi utilizado o elogio: *"Devo dar-vos os meus parabéns pelo esforço que demonstram para trabalhar esta questão da partilha de tarefas. Na próxima consulta verificamos como correu."* A tarefa prescrita teve como objetivo levar o casal a refletir e dialogar sobre as tarefas domésticas e a sua redistribuição, promovendo uma colaboração mais justa e satisfatória para ambos. Numa consulta de seguimento, com o casal, que ocorreu passado três semanas, foi possível avaliar os resultados. Foi colocada a questão: *"Desde a última consulta, conseguiram efetuar a lista e conversar sobre a redistribuição de tarefas? Como correu? O que acordaram?"* C. respondeu: *"Fizemos a lista e fiquei responsável de meter a mesa para o jantar, de lavar a loiça, estender a roupa e levar o lixo."* A. acrescentou: *"Sim, e ele até tem feito, fiquei surpreendida."* C. comentou ainda: *"Depois de começar a fazer, também comecei a aperceber-me do trabalho que dá e que estava a ser injusto. Estou a fazer o esforço para ajudar, até porque agora, com os filhos menos tempo dentro de casa, acabam por também ajudar menos."* Quando questionada sobre a sua satisfação com a divisão e partilha das tarefas domésticas, A. afirmou estar mais satisfeita. Assim, após a implementação das intervenções, verificou-se a redistribuição das tarefas domésticas entre o casal, resultando numa melhoria da satisfação de A. em relação a esta questão, atingindo-se os objetivos inicialmente definidos.

Para melhorar a satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos, foram planeadas intervenções focadas na promoção da comunicação expressiva das emoções e no planeamento de rituais familiares. Para tal, foram utilizadas questões lineares, reflexivas e circulares. Foi

colocada a questão a A.: *"Referiu que gostava que o seu marido fosse mais romântico. Sempre foi assim ou anteriormente ele demonstrava mais afeto?"* A. respondeu: *"No início demonstrava mais, mas também éramos mais novos, era diferente. Agora estamos noutra fase. Gostava que ele tivesse mais iniciativa. Não é que ele não demonstre afeto, mas às vezes pequenas coisas, como, por exemplo, chegar a casa e dar-me um beijo, não o costuma fazer."* Em resposta, foi colocada a C. a questão: *"O que é que pensa acerca do que a sua esposa referiu?"* C. comentou: *"Eu tive uma infância difícil, os meus pais eram bastante frios e não havia demonstração de afeto entre eles. Nunca senti que os meus pais tivessem uma relação feliz ou com amor. Por isso, sinto que a minha falta de iniciativa acaba por estar um pouco relacionada com isso. Eu amo a minha esposa, mas por vezes nem me vem à cabeça pequenas coisas que até são comuns e rápidas, e que acabo por não fazer. Tenho de ter mais atenção a isso."* Com base nestas reflexões e no objetivo de implementar um ritual terapêutico, foi questionado ao casal: *"A. referiu que C. não costuma dar-lhe um beijo quando chega a casa. Acham que seria um bom ponto de partida para melhorar esta iniciativa e demonstração de afeto?"* Ambos responderam positivamente. Foi então sugerido: *"Sempre que C. chegar a casa, a primeira coisa que irá fazer será procurar a sua esposa e dar-lhe um beijo. Parece-lhe bem?"* C. concordou. Como forma de reforçar e motivar o casal, recorreu-se ao elogio: *"Vejo que são um casal bastante unido. Na próxima consulta verificamos como é que correu."* Numa consulta de seguimento com o casal, três semanas depois, procedeu-se à avaliação dos resultados decorrentes da intervenção implementada. Durante a consulta de seguimento, foi questionado ao casal como se sentiram em relação ao ritual terapêutico implementado. C. respondeu: *"Senti-me bem, enfermeira. Ao início tinha de me focar para não me esquecer de o fazer e, por acaso, hoje, como viemos mais à pressa para aqui, até me esqueci, mas depois lembrei-me e já lhe dei um beijinho."* Por sua vez, A. referiu: *"Senti-me muito bem, enfermeira. Acho que foi bom para nós."* Considerando a abertura demonstrada pelo casal em relação a este ritual terapêutico e os resultados positivos iniciais, decidiu-se avançar com a implementação de uma carta terapêutica, como complemento, para reforçar a

expressão emocional e consolidar a conexão afetiva entre os dois: *"Tenho uma proposta que pode complementar o trabalho que temos vindo a fazer e que, até agora, tem corrido bastante bem. Chama-se carta terapêutica e serve para vos ajudar a pensar e a expressar, com mais calma, aquilo que sentem. Pode ser uma forma de partilharem o que valorizam na vossa relação, o que gostavam de melhorar ou até simplesmente reconhecer o esforço e os gestos de cada um. Acham que faria sentido para vocês?"* Ambos responderam afirmativamente: *"Parece-me bem, enfermeira."* C. questionou sobre o conteúdo da carta, ao que foi esclarecido: *"Cada um escreverá uma carta para o outro. Na carta, devem incluir o que apreciam no outro, memórias felizes, desejos para o futuro e, se acharem importante, aspetos a melhorar."* Novamente, o casal respondeu de forma positiva à proposta, e foi agendado um novo contacto, duas semanas depois, para proceder à leitura das cartas e explorar os resultados dessa experiência. Concluiu-se com um reforço positivo: *"Esta é uma forma bonita de reforçarem a vossa ligação e valorizarem o que têm construído juntos. Estou confiante de que será uma experiência muito positiva para ambos."* Numa consulta de seguimento, foi realizada a avaliação dos resultados alcançados com a intervenção implementada. Solicitou-se ao casal que lesse as cartas que haviam escrito um para o outro, as quais se encontram presentes no Anexo III. Durante a leitura, A. mostrou-se profundamente emocionada, chegando a chorar. Quando questionada sobre como se sentia, A. respondeu: *"Emocionada, foi muito bom ouvir. Apesar do sentido de humor dele estar sempre presente, consigo perceber o sentimento e foi muito bom."* C. acrescentou: *"Enfermeira, há coisas que eu sinto que acabei por não escrever aqui porque acho que precisam mesmo de ser ditas. Eu acho que ela é a melhor mulher que eu poderia ter e a melhor mãe para os nossos filhos."* A., surpreendida, olhou para C. com carinho e comentou: *"Não me costumava dizer essas coisas."* C. respondeu: *"Eu acho que costumo, bem... Talvez diga tudo com brincadeira à mistura."* A. complementou: *"Pois, penso que seja mais isso."* Aproveitando o momento, foi reforçado: *"C., foi muito importante para A. ouvir esses pensamentos e sentir esse afeto verbalizado. Ter cuidado na forma como transmitimos essas mensagens pode fazer toda a*

diferença, pois, como verificou, A. acabava por não perceber completamente aquilo que queria dizer." C. respondeu: "Pois, enfermeira, tem razão. Tenho de ter mais atenção a isso. Agora o beijinho já se tornou um hábito nas nossas vidas, também vou fazer um esforço para tornar isto num hábito." Dado o impacto positivo da intervenção, sugeriu-se ao casal que guardassem as cartas numa caixa, que poderia ser utilizada para armazenar memórias felizes ou objetos com significado sentimental. Esta "caixa de memórias" poderia ser revisitada em momentos em que necessitassem de um reforço emocional ou afetivo. O casal acolheu a sugestão de forma muito positiva e comprometeu-se a implementá-la. A utilização de intervenções simbólicas, como a "caixa de memórias", tem sido associada ao fortalecimento da intimidade emocional, especialmente em contextos de crise ou mudança. Guardar objetos significativos permite um reforço contínuo do vínculo afetivo e atua como recurso emocional em momentos de necessidade (Gottman & Silver, 2015). Tendo em conta os resultados das intervenções implementadas, foi alterado o diagnóstico para Satisfação Conjugal Mantida.

No que diz respeito ao Papel Parental na família com filhos adultos, foi avaliado o Conhecimento sobre as tarefas associadas à nova etapa desenvolvimental, nomeadamente a adaptação à maior autonomia dos filhos, o apoio à transição dos filhos para a vida adulta e a reorganização do papel dos pais dentro do sistema familiar. Quando questionados: *"Como tem sido o vosso papel enquanto pais, agora que os vossos filhos já são adultos?"*, C. respondeu: *"O nosso papel enquanto pais tem evoluído ao longo do tempo, mas continuamos a ser um ponto de apoio para os nossos filhos. Com a I. já estabelecida na sua carreira como arquiteta, é gratificante vê-la independente e a alcançar os seus objetivos. Já com o P., estamos a apoiá-lo nesta nova fase da vida universitária e a incentivá-lo a ganhar mais autonomia. Sentimo-nos orgulhosos."* A. complementou: *"Sim, concordo plenamente. O nosso papel agora é mais de suporte e orientação, quando eles precisam. Tentamos dar-lhes espaço para tomarem as suas decisões, mas sabem que estamos sempre aqui para eles."* Perante esta resposta, questionou-se se: *"Conseguem chegar a acordo em relação ao papel que devem ter com os vossos filhos? Costumam discordar?"*

A. referiu: *"Sim, conseguimos chegar a acordo facilmente sobre o papel que devemos ter com os nossos filhos. Partilhamos os mesmos valores e objetivos em relação a eles, e isso ajuda muito. Claro que, ocasionalmente, temos perspetivas ligeiramente diferentes, mas nunca ao ponto de discordarmos."* C. complementou: *"É verdade, geralmente estamos alinhados sobre como agir enquanto pais. Se por acaso surgem diferenças, conversamos e ajustamos as nossas ideias para garantir que tomamos decisões que sejam boas para os nossos filhos. Acho que temos uma boa comunicação nesse sentido, e isso facilita tudo. No final, o importante é que ambos queremos o melhor para eles."* Por fim, questionados sobre a importância da autonomia e independência dos filhos, C. afirmou: *"Sim, consideramos muito importante que os nossos filhos sejam autónomos e independentes. Queremos que a I. e o P. sejam capazes de tomar as suas decisões e enfrentar os desafios da vida com confiança."* A. reforçou: *"Completamente de acordo. Sempre incentivamos os nossos filhos a serem independentes, mas também lhes mostramos que podem contar connosco quando precisarem."* Considerou-se que o conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental foi demonstrado.

Para compreender os comportamentos de adesão nesta fase do ciclo vital familiar, foram analisados aspetos como a redefinição das relações entre pais e filhos adultos no contexto de uma dinâmica adulto-adulto, a satisfação ou insatisfação com o contacto mantido, bem como a satisfação ou insatisfação com a relação estabelecida com os filhos e os seus companheiros. Quando questionados sobre o que mudou na relação com os filhos desde que alcançaram a vida adulta, C. respondeu: *"A principal mudança é o facto de a nossa relação ter passado a ser mais de diálogo entre adultos. Com a I. já a trabalhar e o P. a dar os primeiros passos na universidade, vemos cada vez mais as suas opiniões e decisões a ganhar peso."* A. complementou: *"Sim, concordo plenamente."* Foi colocada uma questão de escala: *"Numa escala de 1 a 10 (em que 1 é mau e 10 é excelente), como classificam a relação com a vossa filha mais velha? E com o mais novo?"* A. atribuiu um 9 para ambos, justificando: *"Com a I., sinto que temos uma relação sólida e de muita cumplicidade, especialmente porque ela partilha bastante sobre a sua vida*

connosco, mesmo sendo tão autónoma. Com o P., também considero a nossa relação excelente. A I. é mais apegada ao pai e o P. a mim, mas a relação continua a ser muito boa com ambos." C. também classificou ambas as relações com um 9, afirmando: *"Temos uma ligação muito boa, baseada em respeito e confiança. A nossa filha é responsável e independente, mas mantém sempre uma proximidade connosco. Com o P., também dou um 9. Sempre fomos todos muito unidos, aliás, a nossa filha é capaz de cancelar algo com o namorado quando nós temos planos para ir a algum lado, e continua a vir connosco de férias, apesar de já ter 28 anos."* Questionou-se ainda: *"Quando conversam, têm em conta a opinião e as decisões deles, ou costumam interferir?"* Ambos responderam que consideram as opiniões dos filhos, mas partilham os seus pontos de vista sem interferir nas escolhas. A. referiu: *"Tentamos sempre dar-lhes o espaço necessário para tomarem as suas decisões, mas mantemo-nos disponíveis caso precisem."* C. acrescentou: *"Conseguimos equilibrar bem essa questão. Queremos que saibam que têm liberdade para decidir, mas que estamos aqui caso necessitem de orientação."* Sobre as relações dos filhos com os parceiros, C. afirmou: *"Encaramos isso de forma muito natural. Sabemos que esta é uma parte importante da vida deles e ficamos felizes por ver que estão a construir relações saudáveis e parecem-nos boas pessoas."* A. acrescentou: *"Sim, para nós é algo positivo. O importante é que estejam felizes e se sintam bem nas escolhas que fazem."* Ao abordar a futura saída de casa dos filhos, questionou-se: *"Como veem a saída de casa dos vossos filhos?"* C. respondeu: *"Encaramos a saída de casa dos nossos filhos como uma etapa natural da vida. Sabemos que a I. está mais próxima desse momento, pois já é independente e está bem estabelecida na sua carreira. Com o P., ainda é cedo, mas entendemos que esse dia também chegará. É um misto de emoções, porque sentimos orgulho por vê-los crescer, mas sabemos que vamos sentir a falta da presença deles em casa."* A. complementou: *"Queremos que ambos sigam os seus caminhos e se sintam confiantes para enfrentar os desafios da vida. Claro que vai ser uma mudança para nós, mas estamos prontos para apoiá-los quando precisarem."* Por fim, questionou-se: *"Na vossa opinião, acham que podem interferir na decisão dos*

vossos filhos de sair de casa?" C. respondeu: "Não, não achamos que devemos interferir na decisão deles de sair de casa. Acreditamos que essa é uma escolha que deve partir deles e do momento em que se sentirem preparados. O nosso papel é apoiá-los nesse processo e garantir que tenham tudo o que precisam para dar esse passo de forma segura." A. concordou, afirmando: "Não queremos interferir nas decisões dos nossos filhos, especialmente em algo tão pessoal como a saída de casa. Queremos que saibam que podem contar connosco para orientação ou apoio, mas que têm liberdade para decidir o momento certo para eles." Para avaliar o consenso sobre o papel parental, foi colocada uma questão linear: "Em relação ao vosso papel de pais para com os vossos filhos, existe consenso em relação às vossas tarefas?", à qual ambos responderam afirmativamente, demonstrando alinhamento na partilha de responsabilidades parentais. No âmbito da avaliação do conflito e da saturação do papel parental, também foram colocadas questões lineares: "Em relação ao vosso papel enquanto pais, costumam estar de acordo ou têm opiniões diferentes? Neste momento, sentem-se sobrecarregados nas vossas funções parentais?" Ambos os membros do casal indicaram não sentir dificuldades em conciliar as tarefas associadas ao papel parental, nem relataram qualquer sobrecarga relacionada com estas funções.

Com base nas respostas obtidas ao longo das consultas, foi possível observar um ambiente de cooperação mútua e equilíbrio no exercício do papel parental, onde ambos os membros do casal demonstraram um alinhamento significativo na partilha de responsabilidades e na abordagem ao apoio dos filhos adultos. As respostas indicam que o casal mantém uma relação harmoniosa, com diálogo constante e respeito pelas decisões dos filhos, enquanto oferecem o suporte necessário para a autonomia e independência deles. Não se verificaram sinais de conflito significativo ou saturação nas funções parentais, e ambos afirmaram sentir-se confortáveis com a forma como conciliam as tarefas associadas ao papel de pais. Este equilíbrio nas funções parentais, aliado à ausência de sobrecarga e à adaptação natural das relações familiares, permitiu a formulação do diagnóstico de Papel Parental Adequado, refletindo um

cuidado eficaz, ajustado às necessidades da família e alinhado com as transições típicas desta fase do ciclo de vida.

Na Dimensão Funcional, foi realizada a avaliação da área de atenção referente ao processo familiar, abrangendo as subáreas de *Coping*, Interação de Papéis e Relação Dinâmica. Contudo, importa salientar que esta avaliação foi realizada apenas com o casal, não tendo sido possível incluir os filhos no processo de recolha de dados. Assim, as perceções apresentadas refletem exclusivamente a visão dos pais, podendo não corresponder integralmente à realidade do funcionamento familiar enquanto sistema global. A ausência dos filhos na avaliação representa uma limitação, uma vez que a funcionalidade familiar idealmente deveria ser analisada a partir da perspectiva de todos os seus membros.

Na área da comunicação familiar, o casal manifestou elevada satisfação com a forma como partilhavam os seus sentimentos em família, salientando que se sentiam acolhidos e respeitados durante essas partilhas. Ambos consideraram que a dinâmica familiar incluía demonstrações de compreensão e apoio mútuo. No que se refere à expressão de opinião, evidenciaram contentamento com a liberdade de todos os membros em expressarem os seus pontos de vista, assim como com a capacidade da família para discutir problemas e alcançar consensos de forma eficaz. Quanto à comunicação entre os quatro elementos do agregado, destacaram que esta era direta, transparente e inteligível, o que contribuiu para a satisfação do casal neste âmbito. Essa satisfação foi evidenciada pelas respostas à questão de escala: "*Numa escala de 1 a 10, em que 1 é 'muito insatisfeito' e 10 é 'muito satisfeito' como classificam a vossa comunicação em família?*", em que ambos atribuíram uma pontuação de 9, refletindo uma perceção positiva da comunicação no núcleo familiar.

Relativamente ao *coping* familiar, foi identificado que tanto A. como C. demonstram iniciativa e capacidade para identificar e resolver problemas no núcleo familiar. Durante a avaliação, ficou evidente que há uma partilha regular de perceções entre os membros do casal, o que contribui para uma abordagem

colaborativa na gestão de desafios. Quando questionados sobre a satisfação com a forma como têm resolvido os problemas, ambos manifestaram contentamento com as estratégias utilizadas até ao momento. Em resposta à questão sobre a utilização de recursos externos no processo de resolução de problemas, A. afirmou: *"Não, nunca tivemos essa necessidade, resolvemos tudo no núcleo."*

No âmbito da interação de papéis, não foram identificados indícios de conflito na perceção de A. e C., evidenciando uma clareza e equilíbrio na definição e desempenho dos papéis familiares.

Relativamente à relação dinâmica, A. e C. referiram não haver desigualdades de poder entre os membros da família nem coligações que comprometam a harmonia familiar. Ambos relataram uma sensação de união e expressaram satisfação com a forma como essa união se manifesta no quotidiano, reforçando a coesão e o equilíbrio no sistema familiar.

No que concerne à perceção sobre a funcionalidade familiar, tanto C. como A. consideraram a família altamente funcional, de acordo com os resultados obtidos na Escala de APGAR Familiar. Complementarmente, a aplicação da Escala Faces II revelou que o casal perceciona a família como Ligada/Flexível, sendo considerada uma Família Equilibrada, demonstrando níveis saudáveis de coesão e adaptabilidade.

No âmbito das crenças familiares, as entrevistas realizadas permitiram identificar várias dimensões. A nível religioso, a família identifica-se como católica, manifestando crenças espirituais associadas à fé em Deus. Relativamente aos valores familiares, destacaram o amor, o respeito, a união e a honestidade como princípios orientadores da dinâmica familiar. No que concerne às crenças culturais, a família partilha da cultura tradicional portuguesa, mantendo vivas as suas tradições e costumes, como a celebração de datas religiosas importantes e festas locais, frequentemente realizadas em família. Quanto às crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde, revelaram uma valorização dos cuidados prestados, confiando na sua

importância para a prevenção da doença e a promoção da saúde no contexto familiar.

No âmbito da prestação de cuidados individualizados junto de A. e com foco na promoção da saúde face à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo 2 procedeu-se à avaliação da autogestão da doença. Foi realizada a avaliação do peso, altura e pressão arterial, tendo a utente apresentado um Índice de Massa Corporal (IMC) de 23,0 kg/m² e um valor tensional de 119/76 mmHg. Paralelamente, procedeu-se à avaliação diagnóstica do conhecimento e capacidade de autogestão da sua condição de saúde. A utente demonstrou realizar a autovigilância dos pés, a monitorização da glicemia capilar e da pressão arterial, bem como adotar cuidados com a saúde oral, evidenciando um adequado conhecimento sobre a sua patologia e a capacidade de gerir a sua saúde de forma autónoma, sem atribuir significados dificultadores ao processo.

Foi igualmente analisado o foco referente à autogestão do regime terapêutico. No que concerne ao regime medicamentoso, A. demonstrou um elevado nível de organização e conhecimento, preparando diariamente a sua medicação e garantindo a toma nos horários e doses corretas, conhecendo as suas indicações e efeitos secundários. Além disso, revelou estar informada sobre a correta conservação dos fármacos e sobre os procedimentos a adotar caso atingissem o prazo de validade. Relativamente ao regime dietético, A. afirmou seguir uma alimentação equilibrada e adaptada às suas condições de saúde, ajustando a sua dieta ao diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo 2. A descrição qualitativa e quantitativa dos alimentos consumidos validou essa perceção, reforçando a sua competência na gestão do regime alimentar. No que respeita ao exercício físico, A. referiu praticar atividade física regularmente, frequentando o ginásio três vezes por semana. A própria destacou: *"Quando descobri que tinha Hipertensão, já fiz alterações, principalmente na quantidade de sal. Desde que soube que tinha Diabetes, há 14 anos, comecei a ajustar a minha alimentação e a frequentar o ginásio. Perdi bastante peso na altura e consegui mantê-lo ao longo dos anos."*

A utente também cumpre o Programa Nacional de Vacinação, assim como todos os rastreios preconizados para a sua idade.

À luz da Teoria das Transições de Meleis, verifica-se que A. demonstra mestria na autogestão das suas doenças crónicas, refletindo um elevado nível de adaptação e autonomia. Paralelamente, encontra-se a vivenciar uma transição desenvolvimental, associada à fase do ciclo vital familiar, marcada pela redefinição do seu papel enquanto mãe e esposa e pela iminente saída dos filhos de casa. As respostas fornecidas ao longo das consultas indicam que está consciente e envolvida nesse processo, atribuindo um significado positivo às mudanças que enfrenta.

Na prestação de cuidados individualizados de C. este apresentava como antecedente clínico Obesidade. Assim, procedeu-se à avaliação do peso do utente, verificando-se que apresentava 120 kg, com um Índice de Massa Corporal (IMC) elevado de 35 kg/m², classificado como Obesidade Grau II. A adoção de uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física são fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de doenças crónicas. Uma alimentação equilibrada, baseada no consumo de frutas, hortícolas, cereais integrais e proteínas magras, contribui para a manutenção de um peso adequado, o controlo dos níveis de glicose e colesterol e a redução do risco de doenças cardiovasculares e metabólicas (DGS, 2020). Paralelamente, a atividade física regular melhora a capacidade cardiorrespiratória, fortalece a musculatura, contribui para a saúde mental e reduz o risco de patologias como obesidade, hipertensão e diabetes tipo 2 (DGS, 2020). Assim, a integração destas duas vertentes é essencial para a melhoria da qualidade de vida e o aumento da longevidade.

Durante a consulta, exploraram-se os hábitos relacionados com o regime dietético e o exercício físico. Relativamente à prática de atividade física, C. referiu: *“Faço muito pouco exercício... Vou à piscina de vez em quando, antes também ia ao ginásio com o meu filho e nessa altura até cheguei a perder 20 kg, mas ultimamente deixei de ir e voltei a ganhar o peso todo. Quando chego do trabalho, sinto-me cansado e não me apetece nada ir.”* Demonstrou, assim,

que o cansaço após o emprego representava um dos principais obstáculos para a prática de exercício. Acrescentou ainda: *“Às vezes até penso em ir, mas depois chego a casa, sento-me e perco a vontade. Acabo por arranjar desculpas para não ir.”* No que se refere à alimentação, C. reconheceu dificuldades na adoção de um regime alimentar saudável, mencionando: *“Na alimentação nem se fala. Tenho a noção de que como demasiado e mal, mas sabe tão bem... Na altura em que perdi peso, estava a ser seguido pela nutricionista, comia bem melhor e nunca tinha fome. Agora, acabo por comer o que me apetece, muitas vezes fast food ou coisas mais rápidas, porque é mais fácil.”*

Com base nesta análise, foram identificados os diagnósticos de Autogestão do Regime de Exercício Comprometida e Autogestão do Regime Dietético Comprometida. Para promover a mudança comportamental, utilizou-se o Modelo Transteórico de Mudança Comportamental, de Prochaska et al. (1992), em conjunto com a Entrevista Motivacional, uma abordagem colaborativa e orientada para reforçar a motivação intrínseca do cliente.

No decurso da entrevista motivacional, procurou-se explorar as ambivalências de C. em relação às mudanças necessárias. Quando questionado sobre o que tinha contribuído para a perda de peso anterior, referiu: *“Ter o acompanhamento da nutricionista ajudou muito. Eu sabia exatamente o que devia comer e como organizar as refeições. E também a companhia do meu filho no ginásio. Ele puxava por mim, e eu sentia-me motivado. Agora, sozinho, é mais difícil.”* Ao refletir sobre o impacto de retomar esses fatores motivacionais, C. mostrou alguma hesitação, afirmando: *“Sim, acho que sim. Mas também tenho medo de falhar outra vez.”* Para facilitar o processo de tomada de decisão, recorreu-se à balança decisional, permitindo que C. ponderasse as vantagens e desvantagens de manter os comportamentos atuais face às vantagens e desvantagens da mudança. O Quadro 6 sintetiza as reflexões do utente.

Quadro 6 - Balança Decisional efetuada por C. em relação à adoção de comportamentos saudáveis

| Manter os hábitos atuais | Mudar para um estilo de vida mais saudável |
|--|--|
| Vantagens: Prazer associado à alimentação, conforto e menos esforço físico após o trabalho. | Vantagens: Perda de peso, melhoria da saúde e aumento da energia e autoestima. |
| Desvantagens: Aumento do peso, maior risco de doenças e diminuição da qualidade de vida. | Desvantagens: Exige esforço inicial e mudanças na rotina, além da necessidade de compromisso a longo prazo. |

A construção desta balança decisional permitiu que C. tomasse maior consciência dos efeitos das suas escolhas e refletisse sobre a necessidade de mudança. Durante o processo, verbalizou: *“Na verdade, eu sei que o melhor para mim seria voltar a cuidar da alimentação e do exercício. Só que às vezes sinto que não tenho motivação suficiente para dar o primeiro passo.”* Numa consulta de seguimento, avaliou-se o impacto da intervenção e verificaram-se progressos significativos. C. partilhou: *“Depois da nossa conversa, pensei melhor e marquei consulta com o médico de família para ser novamente referenciado para a Nutrição. Também falei com o meu filho e ele incentivou-me a voltar ao ginásio. Já me inscrevi e até já comecei a treinar!”*

Apesar destes avanços, devido à limitação temporal do estágio, não foi possível proceder à alteração dos status dos diagnósticos identificados em C. No entanto, a sua evolução demonstrou que o reforço da motivação e a exploração das ambivalências foram estratégias fundamentais para iniciar um percurso de mudança. Contudo, reconhece-se a necessidade de continuidade na intervenção a nível individual, sendo este processo assegurado pela Enfermeira cooperante, garantindo a manutenção e evolução do plano de cuidados delineado. Adicionalmente, o utente encontra-se com o esquema vacinal atualizado, cumprindo integralmente o Programa Nacional de Vacinação, bem como todos os rastreios recomendados para a sua faixa etária e sexo, conforme as orientações em vigor.

Família 2

A Família 2 é constituída pelo casal: F., de 56 anos, professora de matemática, e J., de 55 anos, engenheiro eletrotécnico. Têm 2 filhas, a S. de 22 anos,

estudante de medicina e a R. de 20 anos, estudante de design e comunicação. F. apresenta como antecedentes clínicos: Hipertensão Arterial (diagnosticada há 5 anos). J. e as filhas não possuem antecedentes clínicos.

No trabalho desenvolvido com esta família, foram realizadas quatro consultas de enfermagem, sendo que na primeira estiveram presentes a S. e a R., na segunda esteve presente o casal e nas restantes estiveram os quatro elementos da família. Todas as consultas decorreram no domicílio da família. O genograma e a psicofigura de Mitchell da família encontram-se representados abaixo (Figura 5), tendo sido elaborado com base no questionamento linear efetuado à família.

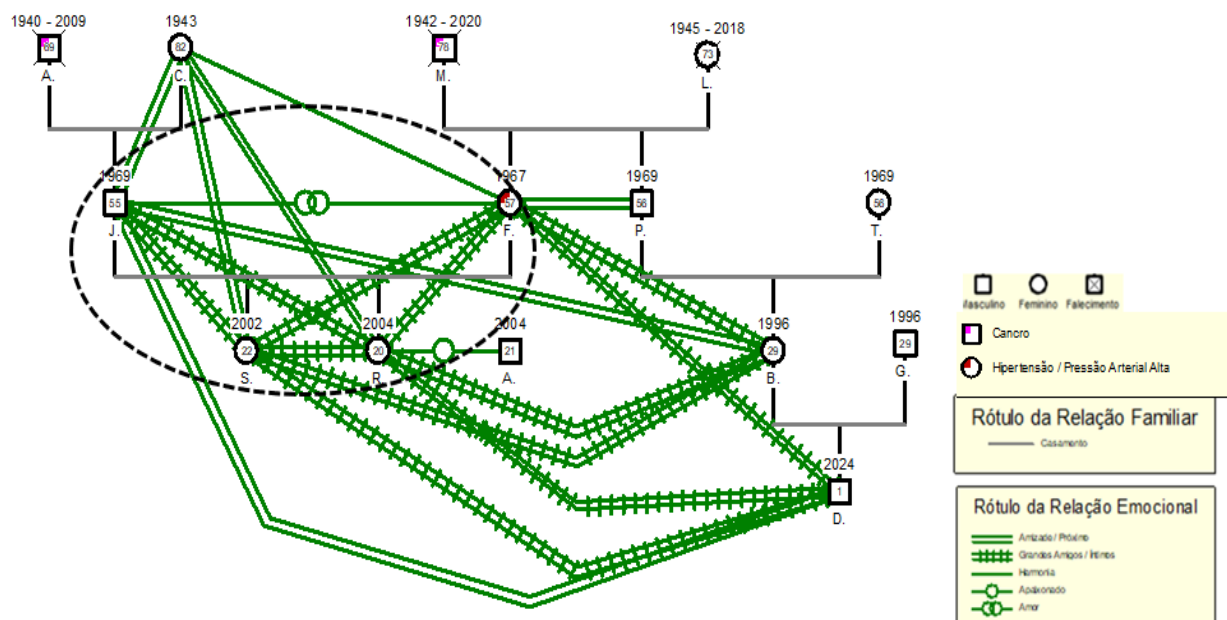


Figura 5 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família 2

A Família 2 é uma família nuclear composta pelos subsistemas conjugal, representado pelo casal F. e J.; parental, no qual F. e J. assumem o papel de pais de S. e R.; filial, correspondendo à relação das filhas com os pais; e fraternal, estabelecido entre S. e R. enquanto irmãs.

As relações emocionais estabelecidas entre os membros da Família 2 foram analisadas com base nas declarações de todos os elementos, sendo

caracterizadas de acordo com os tipos de vínculo identificados. No genograma da Família 2, é possível verificar que não existem relações que sejam geradoras de *stress*, o que representa uma força para a dinâmica familiar, refletindo um ambiente de equilíbrio e apoio mútuo entre os seus membros.

No que diz respeito à família extensa, verifica-se que os membros da Família 2 mantêm um contacto regular, tanto de forma presencial como por via telefónica. A família interage telefonicamente com a mãe de J. quase diariamente, reunindo-se presencialmente uma vez por mês, sendo esta uma fonte de proximidade e ligação familiar. Por sua vez, F. mantém uma relação de grande afinidade com a sua sobrinha, que é madrinha de S., e com quem estabelece contacto frequente. Além disso, F. é também madrinha do filho da sobrinha, mantendo um vínculo forte, reforçado por interações presenciais frequentes, evidenciando a importância da rede familiar alargada no suporte emocional e social da família.

Após a análise dos sistemas mais amplos e das relações estabelecidas pela Família 2 com estes, foi desenvolvido o respetivo Ecomapa, apresentado na Figura 6.



Figura 6 - Ecomapa Família 2

Com base na análise do Ecomapa, verifica-se que F. e J. mantêm uma ligação de intensidade moderada com os amigos, enquanto S. e R. apresentam uma

conexão mais forte nesse âmbito. No contexto académico, S. demonstra um vínculo forte com a faculdade, ao passo que R. estabelece uma ligação de nível intermédio. Relativamente ao ambiente profissional, tanto F. como J. possuem um vínculo intermédio com o seu local de trabalho. Destaca-se ainda que F. mantém uma relação forte com a USF, enquanto os restantes membros da família apresentam uma ligação mais ténue a essa unidade de saúde.

Segundo a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), a Família 2 é classificada como pertencente à classe média-alta, apresentando um score de 11 na escala com cinco itens. Esta classificação deve-se à profissão do J., que exerce a função de engenheiro eletrotécnico, ao facto de possuir Mestrado e contar com um vencimento certo. A família habita num apartamento espaçoso, localizado no centro da cidade, equipado com os eletrodomésticos necessários, proporcionando conforto e boas condições de habitabilidade.

Com base na matriz operativa do MDAIF e atendendo às particularidades da Família 2, foram analisadas as áreas de atenção pertinentes, conforme sintetizado no Quadro 7.

Quadro 7 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 2, por dimensões de avaliação

| Dimensões de Avaliação | Áreas de Atenção | Dimensões Operativas Avaliadas |
|-----------------------------|---|--|
| Dimensão Estrutural | Rendimento Familiar | Origem do Rendimento Conhecimento e Capacidade de Gestão |
| | Edifício Residencial | Tipo de Habitação Conhecimento sobre os riscos de edifício residencial não seguro |
| | Precaução de Segurança | Presença de Aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização Utilização de Gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização |
| | Abastecimento de Água | Utilização de rede pública/privada |
| | Animal Doméstico | Vacinação Desparasitação |
| Dimensão de Desenvolvimento | Satisfação Conjugal | Relação Dinâmica |
| | | Comunicação |
| | | Interação Sexual |
| | | Função Sexual |
| | Papel Parental – família com filhos adultos | Conhecimento do papel Comportamentos de adesão Consenso do papel Conflito do papel Saturação do papel |
| Dimensão Funcional | Processo Familiar | Comunicação |
| | | Coping |
| | | Interação de papéis Relação Dinâmica |

No contexto da Dimensão Estrutural, e conforme a matriz operativa do MDAIF, a Família 2 apresenta um rendimento familiar classificado no grau 3, sendo gerido de forma eficaz por J. e F., que evidenciam conhecimento e capacidade para equilibrar os rendimentos com as despesas. O casal refere que o rendimento familiar é mais do que suficiente para suprir as necessidades da família, não manifestando dificuldades na sua gestão. A família habita num apartamento T2+1 localizado no centro da cidade, que dispõe de duas casas de banho (sendo uma de serviço), cozinha, sala de estar, garagem box, lavandaria e varanda, além de possuir lareira. O espaço encontra-se devidamente higienizado e organizado, sendo percecionado pelos membros da família como adaptado e equipado às suas necessidades. Destaca-se ainda que o apartamento dispõe de gás canalizado, cuja utilização é conhecida e gerida por todos os elementos da família. O abastecimento de água é assegurado pela rede pública e a família possui dois gatos, devidamente vacinados e desparasitados.

Com base na análise dos dados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Edifício Residencial Não Negligenciado, Precaução de Segurança Demonstrada, Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado.

Relativamente à Dimensão de Desenvolvimento, foram analisadas as áreas de atenção referentes à Satisfação Conjugal e ao Papel Parental.

No âmbito da relação dinâmica, especificamente no que diz respeito à satisfação do casal com a divisão e partilha das tarefas domésticas, foi questionado como é organizada a gestão das tarefas em casa. F. respondeu: *"Eu trato da maioria das tarefas domésticas, mas para mim não é um problema, uma vez que, ao começar a trabalhar mais a partir de casa, consigo gerir bem e adiantar as tarefas. Assim, a casa mantém-se organizada e não se torna cansativo para mim. Quando preciso de ajuda, J. está sempre disposto a ajudar, e as nossas filhas também contribuem, sobretudo na arrumação dos seus espaços."* Por sua vez, J. complementou: *"Sim, basicamente é assim. Eu costumo chegar mais tarde e acabo por pôr a mesa e arrumar a cozinha. Ao*

fim de semana, faço algumas coisas maiores, como aspirar se for necessário." Quando questionada sobre a sua satisfação relativamente a esta divisão, F. afirmou: *"Sinto-me satisfeita com a divisão que temos. Para mim, é uma organização prática que resulta bem, pois consigo conciliar o trabalho com as tarefas domésticas."* Para compreender se esta divisão sempre existiu da mesma forma, foi colocada a questão: *"Sempre foi assim ou houve algum momento na vossa vida em que a partilha era diferente?"* F. respondeu: *"Sempre foi mais ou menos assim desde que as nossas filhas nasceram. Também foi algo que fomos estabelecendo naturalmente."* J. acrescentou: *"Sim, na altura F. queria acompanhar mais de perto o crescimento das nossas filhas e achámos que fazia sentido que ela estivesse mais envolvida na gestão da casa. Hoje, esta organização permite que todos participem um pouco, sem que ninguém se sinta sobrecarregado, e tem funcionado bem para nós."*

Relativamente à satisfação do casal com o tempo passado juntos, questionou-se: *"Costumam passar tempo juntos enquanto casal?"* Ambos responderam afirmativamente, com F. a destacar: *"Sim, tentamos reservar algum tempo para estarmos juntos, apesar das nossas rotinas. Fazemos por ter momentos só nossos, seja para um jantar ou um passeio."* Por sua vez, J. acrescentou: *"Sim, sempre que possível, gosto de reservar momentos para estarmos juntos."* Quando questionados se gostariam de ter mais tempo, F. afirmou: *"Acho que queremos sempre que fosse mais, mas para isso já tínhamos de estar reformados (risos)."* J. complementou: *"Pois, é verdade (risos). Dentro do tempo que temos, reservamos o que é possível para nós."*

No que concerne à satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos, foi colocada a questão: *"Costumam conversar sobre os vossos sentimentos?"* F. respondeu: *"Não somos aquele casal que passa a vida a falar sobre sentimentos, nunca fomos assim. Mas isso não significa que não gostamos um do outro ou que não o demonstramos. Aliás, acho que somos muito funcionais, comparando com outros casais que conhecemos. Já nos conhecemos há muitos anos e sabemos o que cada um pensa e o que cada um precisa sem precisar de verbalizar."* J. concordou, acrescentando: *"Sim, tenho de concordar com a minha esposa. Sempre fomos assim, mas sempre*

resultou connosco, acho que é um dos pontos que temos em comum.” Quando questionados sobre se se sentem apoiados um pelo outro, ambos responderam afirmativamente. Relativamente à tendência para guardar sentimentos ou partilhá-los, F. afirmou: *“Nem por isso.”*, enquanto J. complementou: *“Não, não costumamos guardar. Se calhar, eu mastigo um bocado mais, mas acabamos por conversar.”* Quanto à satisfação com a forma como cada um expressa sentimentos de afeto, ambos responderam que sim. Para aprofundar a avaliação, foi utilizada uma escala de 1 a 10, na qual J. atribuiu um 8, justificando: *“Talvez um 8, porque acho que 10 não existe, e há sempre algo a melhorar para chegar ao 9.”* F. concordou com esta afirmação. Quando questionados sobre o motivo dessa classificação e não de uma pontuação mais baixa, J. destacou: *“Porque somos a companhia um do outro, temos os mesmos valores.”* F. acrescentou: *“Acho que temos muitas coisas em comum, mas ao mesmo tempo somos diferentes, de forma a conseguirmos complementar-nos.”*

No que concerne à comunicação do casal especificamente sobre a partilha das suas expectativas e receios, foi colocada a questão: *“Costumam conversar sobre os vossos receios e expectativas?”* J. respondeu: *“Sim, costumamos. Eu gosto de planear o futuro, principalmente para quando formos mais velhos e eventualmente necessitarmos de mais ajuda.”* F. acrescentou: *“Sim, conversamos.”* Quando questionados sobre se nesses momentos se sentem compreendidos um pelo outro, F. afirmou: *“Sim, eu penso que sim.”* J. concordou, dizendo: *“Sim, eu também.”* Relativamente à perceção sobre a compreensão mútua, ambos responderam de forma afirmativa, reforçando que se sentem apoiados e compreendidos nas suas preocupações e planos para o futuro.

No que concerne à capacidade do casal de chegar a acordo quando há discordância de opinião, foi questionado: *“Costumam ter conflitos com frequência?”* J. respondeu: *“Não, não temos conflitos com frequência. De vez em quando há desentendimentos, mas tentamos resolver tudo de forma calma e rápida.”* F. acrescentou: *“Não, não temos conflitos frequentes. Quando discordamos sobre algo, tentamos resolver sem criar problemas.”* Quando

questionados sobre a forma como gerem as discordâncias, F. afirmou: *“Sim, quando estamos em desacordo, conseguimos geralmente chegar a um acordo. Tentamos sempre conversar para encontrar uma solução que funcione para ambos.”* J. complementou: *“Sim, conseguimos geralmente chegar a um entendimento. Conversamos e encontramos uma solução que seja boa para os dois.”* Relativamente a quem cede mais frequentemente em caso de desacordo, J. referiu: *“Diria que ambos cedemos consoante a situação. Procuramos adaptar-nos e respeitar o que é mais importante para o outro.”* F. reforçou essa ideia, acrescentando: *“Acho que ambos cedemos conforme a situação. Fazemos um esforço para nos adaptarmos e equilibrar as decisões entre nós.”* No que diz respeito à liberdade para expressar opiniões, foi questionado se sentiam receio de conflito. F. respondeu: *“Sinto-me à vontade para expressar a minha opinião. Sei que o J. respeita o que penso.”* J. concordou, afirmando: *“Sim, sinto-me à vontade para expressar a minha opinião. Não tenho receio de conflito, pois acredito que somos capazes de lidar com as nossas diferenças de forma saudável.”* Por fim, relativamente ao processo de tomada de decisão, F. referiu: *“Sim, sempre que é necessário tomar uma decisão, pedimos a opinião um do outro. Consideramos as perspetivas de ambos para tomarmos uma decisão em conjunto.”* J. reforçou essa ideia, afirmando: *“Sim, sempre que tomamos uma decisão importante, pedimos a opinião um do outro. Gostamos de saber o que o outro pensa antes de decidir.”*

No que diz respeito à satisfação do casal com o padrão de comunicação, foi questionado: *“Sentem-se satisfeitos com a forma como cada um fala? (por exemplo: tom de voz, críticas).”* J. respondeu: *“Sim, estou satisfeito com a forma como a F. fala comigo.”* F. acrescentou: *“Sim, sinto-me satisfeita com a forma como o J. comunica comigo.”* Para aprofundar a avaliação, foi utilizada uma escala de 1 a 10, na qual J. atribuiu um 9, justificando: *“Eu classificaria a nossa comunicação com um 9. Acho que temos uma boa base de respeito e compreensão.”* F. concordou com a mesma pontuação, afirmando: *“Também daria um 9. Acho que a nossa comunicação é positiva e que conseguimos manter uma boa ligação.”* Quando questionados sobre o motivo de não

atribuírem um valor mais baixo, F. explicou: *“Não considero um valor mais baixo porque, mesmo com alguns pequenos desentendimentos, conseguimos resolver tudo de forma tranquila.”* J. reforçou essa ideia, acrescentando: *“Escolhemos um 9 porque, mesmo com algumas diferenças normais, conseguimos sempre manter o respeito e a tranquilidade nas nossas conversas. Isso faz com que a nossa comunicação seja sólida.”*

No que diz respeito à Interação Sexual, foi questionado: *“Em relação à vossa sexualidade, estão satisfeitos ou gostariam que fosse diferente?”* J. respondeu: *“Eu estou satisfeito, claro que agora não é com a mesma periodicidade que era quando tínhamos 20 e tal anos, mas também acho que nesta fase de vida isso é expectável. Para as minhas necessidades, estou satisfeito.”* F. complementou: *“Sim, concordo, eu também estou satisfeita.”* Quando questionados sobre se conseguem sentir-se à vontade durante a relação sexual, ambos responderam afirmativamente, reforçando que a intimidade continua a ser uma parte satisfatória da relação.

No que diz respeito à função sexual e à ausência de disfunções sexuais, foi questionado: *“Em relação à vossa função sexual, têm ocorrido problemas?”* F. respondeu: *“Com a menopausa tive muitas alterações, principalmente na libido, mas foi algo que também fui conversando com a minha ginecologista e ela foi uma grande ajuda. Agora acho que já estou a ficar mais estabilizada (risos), claro que não é o mesmo, mas não sinto que seja um problema.”* J. complementou: *“Sim, há uma diminuição natural da libido com a idade. Não posso comparar com quando éramos jovens, mas não sinto que seja um problema, é algo natural e estamos satisfeitos com isso.”*

Considerando os dados apresentados, é possível aferir o seguinte diagnóstico: Satisfação Conjugal Mantida.

No que diz respeito ao Papel Parental na família com filhas adultas, foi avaliado o conhecimento sobre as tarefas associadas à nova etapa desenvolvimental através de questões reflexivas e circulares. Quando questionados: *“Como tem sido o vosso papel enquanto pais, com as vossas filhas que já são adultas?”*, o Sr. J. respondeu: *“O nosso papel enquanto pais tem mudado com o tempo.”*

Tentamos encontrar um equilíbrio entre dar-lhes espaço para crescerem e tomarem as suas decisões e continuar a apoiá-las quando precisam. A S., que é mais focada nos estudos, ainda depende um pouco mais de nós em certas decisões, mas estamos orgulhosos da maturidade que mostrou, especialmente durante o Erasmus. Já a R., por estar numa fase diferente, demonstra maior autonomia, o que é um passo muito positivo." F. complementou: "Sim, é exatamente isso. Tentamos manter uma proximidade saudável com ambas, mas também queremos incentivá-las a serem cada vez mais independentes. Apesar de estarem em fases diferentes da vida, sentimos que estão no caminho certo." Quando questionados sobre se conseguem chegar a acordo em relação ao papel que devem ter com as filhas adultas e se costumam discordar, F. afirmou: "Sim, geralmente estamos alinhados no que diz respeito ao papel que temos com as nossas filhas. Ambos queremos o mesmo para elas: que sejam autónomas e confiantes. Por vezes, temos perspetivas diferentes sobre a melhor forma de agir, mas discutimos e encontramos um meio-termo." J. acrescentou: "É verdade. Acho que o mais importante é que temos o mesmo objetivo, o que facilita bastante. As nossas conversas ajudam-nos a ajustar a abordagem quando necessário, e isso dá-nos segurança no que estamos a fazer." Relativamente à importância da autonomia e independência das filhas, J. respondeu: "Sem dúvida. Queremos que a S. e a R. desenvolvam a confiança necessária para gerir as suas vidas e tomarem as suas próprias decisões. Já vemos sinais disso, mas sabemos que ainda há passos a dar." F. reforçou: "Sim, é muito importante. Sempre valorizámos a autonomia e temos trabalhado para lhes dar espaço, enquanto mostramos que estamos disponíveis para apoiá-las. É um equilíbrio que queremos continuar a construir." Sobre as mudanças na relação com as filhas agora que são adultas, J. referiu: "Agora que as nossas filhas são adultas, notamos algumas mudanças. A S., a nossa filha mais velha, ainda tem a tendência de pedir-nos autorização para sair ou para tomar algumas decisões. Isso mostra que ela valoriza a nossa opinião, mas gostaríamos que se sentisse mais confiante para agir por si mesma. A R., por outro lado, já demonstra mais independência, o que é um progresso positivo." F. complementou: "Sim, é verdade. Ainda

notamos alguma diferença entre as duas, mas o importante é que ambas estão a crescer e a ganhar maturidade. Ficámos particularmente impressionados com a independência e sociabilidade que a S. demonstrou durante o Erasmus. Isso deu-nos a certeza de que ela está a desenvolver as competências necessárias para ser mais autónoma no futuro." Foi colocada a questão de escala: "Numa escala de 1 a 10, (em que 1 é mau e 10 é excelente) como classificam a relação com a vossa filha mais velha? E com a mais nova?" J. respondeu: "Classifico a nossa relação com ambas como um 9. A S. é muito focada nos seus estudos e, apesar de ser mais reservada, mantemos uma proximidade muito boa. Sabemos que ela confia em nós e partilha as suas preocupações e conquistas, o que valoriza a relação. Já a R., por estar numa fase mais descontraída, demonstra mais autonomia e gosta de partilhar as suas experiências connosco, o que fortalece ainda mais a nossa ligação." F. concordou, atribuindo igualmente um 9 a ambas, justificando: "Com a S., sinto que temos uma relação sólida e de muita confiança. Apesar de ser muito dedicada aos estudos, procura-nos para partilhar as suas decisões e opiniões, o que nos deixa muito satisfeitos. Com a R., temos uma relação igualmente forte, mas de uma forma diferente. Ela é mais espontânea e comunicativa, o que cria uma ligação mais leve e divertida. Sentimo-nos próximos e orgulhosos das duas." Relativamente à relação com as filhas, questionou-se se o casal consegue conversar com as filhas sobre o caminho que estão a seguir. J. respondeu: "Sim, conseguimos conversar com elas sobre o futuro. Tanto a S. como a R. partilham os seus planos connosco, e fazemos questão de ouvir e ir dando a nossa opinião." F. complementou: "É verdade. Elas vão partilhando algumas coisas." Quando questionados sobre se têm em conta as opiniões e decisões das filhas ou se costumam interferir, F. afirmou: "Respeitamos as decisões delas e tentamos dar-lhes a liberdade de escolher. Claro que, às vezes, damos a nossa opinião, mas apenas como orientação, sem interferir." J. acrescentou: "Concordo. Queremos que elas sintam que têm autonomia para decidir, mas que também podem contar connosco como apoio sempre que precisarem." No que diz respeito à distribuição de tarefas em casa, o casal referiu que as filhas têm algumas responsabilidades. F. explicou: "Elas ajudam

principalmente nas suas áreas pessoais, como arrumar os quartos e tratar das suas coisas. Como trabalho a partir de casa, acabo por orientar as coisas e, como sinto que também estão cansadas por causa da faculdade, acabo por também fazer." J. destacou: "Sim, ambas são responsáveis, mas adaptamos as tarefas às rotinas delas, principalmente por causa dos estudos." Sobre as despesas da casa, J. referiu: "Não pedimos que contribuam com as despesas, porque estão a focar-se nos estudos e a preparar-se para o futuro. Para nós, é importante que tenham essa estabilidade para se dedicarem às suas carreiras." F. reforçou: "Exato. Estamos disponíveis para apoiá-las nessa fase e não vemos necessidade de exigir uma contribuição financeira por enquanto." Relativamente à convivência em casa, o casal destacou que têm conseguido criar regras para manter um ambiente saudável. F. afirmou: "Sim, estabelecemos algumas regras básicas, como respeitar as rotinas de cada um, mas também gostava que em certas coisas elas já fossem mais autónomas." J. complementou: "As regras não são rígidas, mas procuramos garantir que todos se sintam confortáveis e respeitados." Sobre a privacidade e o espaço pessoal das filhas, J. explicou: "Fazemos questão de respeitar o espaço delas. Nunca invadimos os quartos sem autorização. Acreditamos que isso é essencial para manter a confiança." F. concordou, referindo: "Sim, elas têm o seu espaço, e nós confiamos nelas. Isso cria um ambiente de respeito mútuo." No que toca ao facto de a R. ter namorado, o J. afirmou: "Encaramos isso de forma muito natural. Faz parte do crescimento e da vida delas. Ficamos felizes por ela estar a construir uma relação saudável." F. acrescentou: "Sim, é algo positivo. Queremos que ela esteja feliz e que se sinta bem com as suas escolhas." Sobre a relação com o namorado da R., F. referiu: "A nossa relação com ele é boa. Ele é educado e respeitoso, e isso deixa-nos tranquilos. Os valores dele e da família dele parecem ser os mesmos que os nossos, o que nos deixa contentes." J. completou: "Sim, temos uma boa impressão dele. É importante para nós que ela esteja com alguém que a trate bem, e parece ser o caso." Quando questionados sobre como veem a saída de casa das filhas, J. respondeu: "Vemos isso como uma etapa natural da vida. Mas acho que nos vai custar." F. complementou: "Sim, será uma mudança. Para ser sincera,

ainda não pensei muito sobre isso, mas efetivamente pode acontecer. A mais nova já começa a trabalhar para o ano e já namora há três anos... Acho que nem quero pensar muito nisso." Por fim, questionados se acham que poderão interferir na decisão das filhas de sair de casa, J. afirmou: *"Não, essa decisão é delas. O nosso papel é garantir que estão preparadas e que sabem que podem contar connosco para o que precisarem."* F. reforçou: *"Exatamente. Não queremos interferir em algo tão pessoal. Elas sabem que têm a nossa confiança para decidir no momento certo."* Relativamente ao papel de pais para com as filhas, foi colocada a questão: *"Em relação ao vosso papel de pais para com as vossas filhas, existe consenso em relação às vossas tarefas?"* F. respondeu: *"Sim, temos consenso na maior parte das situações. Partilhamos os mesmos valores e objetivos para elas, o que facilita muito a nossa tomada de decisões. Quando surgem perspetivas diferentes, conversamos e ajustamos as nossas ideias para garantir que estamos a agir no melhor interesse delas."* J. complementou: *"É verdade. As nossas conversas ajudam-nos a alinhar-nos e a encontrar soluções que sejam equilibradas para ambas. Acho que o importante é termos uma comunicação aberta e estarmos de acordo no essencial."* Quando questionados: *"Têm conseguido conciliar as vossas tarefas parentais com as outras tarefas?"*, F. afirmou: *"Sim, conseguimos conciliar bem. Apesar de termos vidas ocupadas, como ainda estamos a trabalhar, organizamo-nos de forma a dar atenção às nossas filhas sempre que precisam."* J. completou: *"É verdade. Pode ser desafiante às vezes, mas fazemos questão de equilibrar as responsabilidades. Acho que a organização e o apoio mútuo são o que nos permite gerir tudo de forma tranquila."* Quando questionados: *"Neste momento, sentem-se sobrecarregados nas vossas funções parentais?"*, J. respondeu: *"Não, de todo."* F. acrescentou: *"Concordo."*

Com base nesta avaliação, foi formulado o diagnóstico Papel Parental Não Adequado por Comportamentos de Adesão Não Demonstrado relacionado com redefinição não demonstrada das relações com as filhas – relações adulto-adulto evidenciando uma necessidade de intervenção. Com o intuito de promover a consciencialização e aceitação da eventual saída das filhas de casa enquanto transição normativa do ciclo vital, foram planeadas com J. e F.

duas intervenções principais: Promover a comunicação expressiva de emoções e Facilitar a comunicação familiar. Para alcançar estes objetivos, recorreu-se à utilização de questões de intervenção sistémica e às técnicas interacionais de metáfora, conotação positiva e reenquadramento. A abordagem teve início com uma validação empática das emoções dos pais, permitindo-lhes reconhecer os seus sentimentos sem julgamento. Foi dito: *"Compreendo que pensar na saída da S. e da R. de casa vos possa causar alguma inquietação, isso mostra o quanto se preocupam com elas e o quanto as amam. E é de valor reconhecerem que, embora essa mudança possa ser difícil para vocês, conseguem perceber que poderá ser algo importante para elas."* De seguida, procurou-se estimular a reflexão positiva através da pergunta: *"Na vossa opinião, que aspetos positivos pode ter para a S. e a R. a saída de casa?"* F. respondeu: *"Vai ser um passo importante, vão poder viver a vida delas."* J. completou: *"Sim, vão tornar-se independentes, seguir os seus próprios caminhos."* Com base nas respostas, reforçou-se a ideia de consenso entre o casal com a afirmação: *"Então, pelo que dizem, ambos reconhecem que isso poderá ser uma etapa importante para elas, certo?"* — ao que ambos acenaram positivamente. Neste momento, foi introduzida uma metáfora como estratégia de reenquadramento, procurando oferecer uma nova perspetiva sobre a saída de casa, ajudando a construir significados mais ajustados e promotores de adaptação à mudança (Figueiredo & Dias, 2023; Pinheiro-Carozzo et al., 2020; Zuluaga et al., 2020): *"Era uma vez uma majestosa árvore, plantada num campo vasto e fértil. Durante anos, os seus galhos cresceram fortes e saudáveis, oferecendo abrigo e segurança aos pequenos pássaros que nela fizeram os seus ninhos. A árvore observava com amor o desenvolvimento das suas crias aladas, protegendo-as das tempestades e do calor abrasador, alimentando-as com frutos generosos. Os passarinhos cresceram, aprenderam a bater as asas e, um dia, o inevitável chegou: o momento do primeiro voo. A árvore, apesar do orgulho que sentia ao ver a força das asas dos seus pássaros, sentia também um vazio. 'E se o vento for demasiado forte? E se eles não encontrarem outro abrigo seguro como o meu?', pensava. Mas, ao longo das estações, a árvore começou a perceber*

algo profundo. De cada vez que os pássaros regressavam para descansar nos seus galhos ou partilhavam os frutos com outras árvores, traziam histórias de lugares distantes e experiências maravilhosas. Cada voo transformava-os, tornando-os mais resilientes e preparados para enfrentar o mundo. Então, a árvore compreendeu: o propósito dos seus galhos fortes e dos frutos saborosos nunca foi prender os pássaros, mas sim equipá-los para voar. O voo deles não era um adeus, mas uma extensão da própria existência da árvore, espalhando sementes de tudo o que aprenderam no abrigo que ela proporcionou. E assim, a árvore encontrou paz. Porque sabia que, enquanto os seus pássaros voassem livres, parte dela viveria em cada um dos seus destinos." Após ouvir a metáfora, questionou-se: "O que acharam desta história?" J. respondeu: "Achei muito bonita e comovente. Identifico-me bastante com a árvore. Por vezes, é difícil deixar as nossas filhas seguirem os seus caminhos, mas perceber que o que lhes demos continua com elas é reconfortante." F. complementou: "Sim, é uma história que nos faz refletir. Acho que nos ajuda a ver que o nosso papel é prepará-las, não prendê-las. Saber que o que construímos aqui as ajudará lá fora dá-nos alguma tranquilidade."

Para aprofundar a reflexão iniciada, recorreu-se à conotação positiva, atribuindo um novo significado aos sentimentos associados à saída das filhas de casa. Esta foi apresentada como uma etapa natural do ciclo de vida familiar, promotora de crescimento e desenvolvimento pessoal das jovens. A intervenção incluiu a seguinte formulação: "Percebo que a saída delas de casa não seja fácil de aceitar, mas ao pensarem nisto como algo benéfico, uma oportunidade para ganharem mais autonomia, para assumirem as rédeas da sua vida, talvez consigam encarar esta mudança com mais serenidade, sem tanto sofrimento... Faz sentido para vocês?" Ambos confirmaram essa percepção, e F. comentou: "Sim, pensando assim custa menos... Vai ser bom para ela, e eu só quero o melhor para as minhas filhas."

Com a aplicação das intervenções delineadas, foi possível alcançar os objetivos inicialmente definidos, promovendo uma maior aceitação emocional e uma visão mais construtiva desta transição familiar. Verificou-se uma mudança positiva nos sentimentos associados à saída das filhas de casa, promovendo

um significado construtivo para esta transição e resultando num Papel Parental Adequado.

Na Dimensão Funcional, foi efetuada a avaliação do Processo Familiar, contemplando as subáreas de *Coping*, Interação de Papéis e Relação Dinâmica, de acordo com a matriz operativa do MDAIF.

A avaliação foi realizada em dois momentos distintos: numa primeira fase, com as filhas, S. e R., e posteriormente com os pais, F. e J. No primeiro encontro com as filhas, foram exploradas as suas perceções sobre a comunicação na família. Quando questionadas sobre se tinham conseguido criar regras para uma convivência agradável para todos, R. referiu: *"Sempre tivemos regras bem definidas, mas acho que às vezes nem percebemos se ainda fazem sentido ou se podíamos ajustar algumas coisas. Ainda sentimos que os nossos pais definem muito o nosso dia a dia."* A S. acrescentou: *"Sim, por exemplo, mesmo quando os nossos pais foram passar um fim de semana fora, a nossa mãe deixou as refeições feitas para nós. Sabemos que é um gesto de carinho, mas às vezes gostaríamos de nos testar e fazer as coisas por nós mesmas."*

Quando questionadas sobre a valorização das expectativas dos pais, ambas referiram que sempre se orientaram pelos valores familiares, mas que começavam a sentir necessidade de maior independência. R. afirmou: *"Sempre quisemos corresponder às expectativas deles, porque sempre sentimos que nos queriam dar o melhor. Mas às vezes gostava que confiassem mais na nossa capacidade de gerir certas situações sozinhas."* Já S. reconheceu que, apesar de desejar mais autonomia, nem sempre se sentia à vontade para expressar esse desejo: *"Acho que nós próprias não sabemos como dizer isso. Sempre fomos orientadas por eles e gostamos dessa segurança, mas também queremos ganhar espaço sem que isso seja visto como algo negativo."* A avaliação prosseguiu com os pais, onde se procurou compreender a sua visão sobre a comunicação e a autonomia das filhas. Quando questionados sobre quem, na família, expressava mais os sentimentos, F. afirmou: *"Diria que somos todos comunicativos, mas às vezes acho que as nossas filhas não dizem tudo o que pensam. Talvez porque sempre foram muito orientadas e sentiram que já tínhamos as respostas certas para elas."* J. concordou,

acrescentando: *"Por exemplo, a S. ainda nos pergunta se pode sair, quando já tem idade para tomar essas decisões sozinha. Não sei se é por hábito ou se ela sente que precisa dessa validação, mas gostávamos que ela confiasse mais em si mesma."* Relativamente à possibilidade de todos expressarem as suas opiniões e, se necessário, discordar, F. referiu: *"Nós damos-lhes liberdade para falarem, mas acho que elas evitam contrariar-nos, talvez por sentirem que já sabemos o que é melhor para elas."* J. complementou: *"Não temos problemas com que elas discordem, mas talvez, por sempre termos sido muito presentes, elas nunca sentiram necessidade de o fazer."* A partir dos discursos individuais, tornou-se evidente que ambas as partes desejavam que as filhas adquirissem maior autonomia, contudo, esta mudança não estava a ocorrer na prática. O desafio residia na forma como cada um percecionava o papel que ainda desempenhava na dinâmica familiar e na dificuldade em expressar claramente as suas expectativas.

Relativamente ao *coping* familiar, foi identificado que tanto F. como J. demonstram capacidade e iniciativa para identificar e resolver problemas no núcleo familiar, promovendo um ambiente de suporte e resiliência. Durante a avaliação, verificou-se que a família mantém uma abordagem colaborativa na gestão de desafios, garantindo que todas as decisões são tomadas de forma ponderada e participativa. Quando questionados sobre a forma como lidam com situações mais exigentes, J. referiu: *"Sempre conseguimos resolver os problemas entre nós. Se surge algum desafio, conversamos e procuramos a melhor solução em conjunto."* F. acrescentou: *"Tentamos não dramatizar e focamo-nos em encontrar uma solução que melhor funcione para todos."* As filhas, S. e R., expressaram sentir-se igualmente envolvidas na dinâmica de resolução de problemas, embora reconheçam que os pais assumem um papel mais ativo nesse processo. S. mencionou: *"Sabemos que, quando surge algo, os nossos pais estão sempre disponíveis para encontrar uma solução e guiá-los, mas também nos incentivam a participar e a dar a nossa opinião."* R. complementou: *"Sim, sentimos que a nossa opinião conta e que somos encorajadas a contribuir. Sempre que há uma decisão importante a tomar, os nossos pais fazem questão de nos ouvir e considerar o nosso ponto de vista."*

Além do forte apoio parental, um dos aspetos mais marcantes desta família é a forte ligação entre as irmãs, que mantêm uma relação muito próxima e de grande cumplicidade. Ambas referiram que, para além da convivência diária, partilham momentos de descontração e apoio mútuo. S. destacou: *"Nós entendemo-nos super bem. Até partilhamos o quarto e, quando nos apetece, juntamos as camas para dormirmos lado a lado."* R. acrescentou: *"Sim, às vezes nem faz sentido termos camas separadas porque acabamos sempre por dormir juntas."* Esta proximidade reflete-se na forma como enfrentam desafios em conjunto, apoiando-se mutuamente em qualquer situação. No que respeita ao suporte emocional e à capacidade de lidar com adversidades, F. referiu: *"Somos uma família muito unida, apoiamo-nos uns aos outros e sabemos que podemos contar sempre com a nossa família, independentemente do problema que surja."* J. concordou, destacando: *"Acho que essa é uma das nossas forças, saber que juntos conseguimos ultrapassar qualquer situação."* As filhas partilharam a mesma visão, reforçando que se sentem seguras dentro da estrutura familiar. S. afirmou: *"Sempre fomos ensinadas a enfrentar os problemas com calma e a procurar as melhores soluções. Acho que isso nos ajudou a desenvolver um sentido de responsabilidade."* R. acrescentou: *"Sim, e mesmo quando há alguma dificuldade, sabemos que podemos conversar e encontrar uma forma de resolver."* Em relação à forma como a família gere as adversidades, nenhum dos elementos relatou a necessidade de recorrer a apoio externo para a resolução de problemas. F. mencionou: *"Nunca sentimos necessidade de procurar ajuda fora da família, porque sempre fomos capazes de gerir as situações entre nós."* J. reforçou: *"Somos muito comunicativos e procuramos resolver as situações com base no diálogo, e isso tem funcionado bem ao longo dos anos."*

No âmbito da interação de papéis, não foram identificados indícios de conflito na perceção dos elementos da família, evidenciando uma clareza e equilíbrio na definição e desempenho dos papéis familiares.

Relativamente à relação dinâmica, os elementos da família referiram não existir desigualdades de poder nem coligações que comprometam a harmonia

familiar. Todos os membros descreveram um ambiente familiar de cooperação e respeito mútuo, em que as decisões são tomadas de forma partilhada.

No que concerne à percepção sobre a funcionalidade familiar, todos os elementos consideraram a família altamente funcional, de acordo com os resultados obtidos na Escala de APGAR Familiar. Adicionalmente, a aplicação da Escala Faces II revelou que todos percebem a família como Ligada/Flexível, sendo considerada uma Família Equilibrada, demonstrando níveis saudáveis de coesão e adaptabilidade.

Foi identificado o Diagnóstico Processo Familiar Disfuncional relacionado com Comunicação Familiar Não Eficaz manifestado por Comunicação Emocional e Comunicação Circular não Eficaz.

Para aprofundar a percepção da dinâmica familiar, foi proposta uma atividade em que cada membro da família expressou graficamente a sua visão sobre as relações familiares. O Desenho da Família foi utilizado como técnica de intervenção, com base nos princípios defendidos por Corman (1967), que enfatiza a relevância da representação gráfica da família como meio de compreender as vivências subjetivas dos indivíduos no contexto familiar. Segundo o autor, a forma como o indivíduo desenha a sua família pode revelar aspetos das suas relações interpessoais que não seriam facilmente expressos de outra maneira, permitindo aceder a sentimentos, percepções e padrões de interação subjacentes. Além disso, Corman (1967) destaca que esta técnica possibilita a exploração da identidade individual e relacional, tornando visíveis conflitos implícitos, estilos comunicacionais e vínculos afetivos. A análise dos elementos do desenho, como a disposição das figuras, a expressividade dos traços e a interação entre os membros, oferece pistas importantes para compreender as dinâmicas familiares e orientar a intervenção terapêutica. Neste caso específico, os pais representaram as filhas com um tamanho inferior ao seu, enquanto as filhas se desenharam com proporções semelhantes às dos pais. Esta discrepância simbólica revelou que, de forma inconsciente, os pais ainda percebiam as filhas como dependentes, enquanto estas já se viam como adultas, prontas para assumir novas

responsabilidades. Esse exercício facilitou a reflexão sobre a necessidade de reajustar papéis e expectativas dentro do sistema familiar, promovendo uma maior compreensão e adaptação à nova etapa do ciclo de vida. Perante esta reflexão, questionou-se os pais sobre o significado dos seus desenhos. J. comentou: *"Eu sei que elas são adultas, mas acho que, na minha cabeça, continuam a ser as 'meninas lá de casa'. É difícil mudar essa perspectiva de um dia para o outro."* F. acrescentou: *"Nunca pensei nisso dessa forma. Sempre tentei protegê-las e facilitar-lhes a vida, mas se calhar estou a prolongar uma dependência que já não faz sentido."* Por outro lado, S. e R., tiveram uma interpretação diferente dos seus próprios desenhos. S. afirmou: *"Para nós, faz sentido desenharmos-nos do mesmo tamanho porque já nos sentimos mais independentes. Mas percebemos que ainda damos sinais contrários, porque muitas vezes continuamos a pedir autorização ou a esperar que a mãe faça as coisas por nós."* R. complementou: *"Talvez se assumirmos mais responsabilidades, os nossos pais também passem a ver-nos de outra forma."*

Face às reflexões partilhadas, a família concordou em implementar algumas mudanças progressivas para promover uma maior autonomia das filhas. Ficou acordado que as filhas passariam a cozinhar duas vezes por semana, a lavar a sua própria roupa uma vez por semana e a serem responsáveis por levar o lixo regularmente. F. mencionou: *"Acho que assim faz sentido, eu próprio vou tentar não antecipar as coisas e deixar que vocês assumam mais tarefas."* J. reforçou: *"Da nossa parte, também temos de mudar. Se queremos que sejam mais autónomas, temos de lhes dar espaço para isso."*

Foi agendada uma nova consulta ao fim de três semanas para avaliar a implementação destas mudanças. No regresso, os quatro elementos da família relataram que a nova organização estava a correr bem e que já notavam algumas diferenças. J. destacou: *"Acho que agora a S. já não nos pergunta tantas vezes se pode sair, e nós também deixámos de esperar que ela o faça."* F. acrescentou: *"Foi um alívio não ter de preparar todas as refeições sozinha. Elas estão a cumprir e até têm feito pratos bons!"* Por sua vez, as filhas também notaram diferenças no comportamento dos pais. S. mencionou: *"No início ainda me senti tentada a perguntar se podia sair, mas depois percebi que*

já não fazia sentido." R. afirmou: *"Estamos a habituar-nos a estas mudanças e, na verdade, até nos sentimos bem por ter mais responsabilidade."* Com base nesta reavaliação, verificou-se que a família estava a caminhar para um modelo de relação mais equilibrado, onde as filhas assumiam maior autonomia e os pais permitiam esta transição de forma natural. A implementação das mudanças demonstrou um fortalecimento da comunicação familiar, evidenciando que o desafio não estava na resistência à autonomia, mas sim na falta de verbalização clara dos desejos de cada um.

Tendo em conta os resultados das intervenções implementadas, foi alterado o diagnóstico para Processo Familiar Funcional.

No âmbito das crenças familiares, as entrevistas realizadas permitiram identificar diversas dimensões. A nível religioso, a Família 2 identifica-se como católica, embora não pratiquem regularmente, manifestando, no entanto, uma fé espiritual que orienta os seus valores e decisões. Relativamente aos valores familiares, destacaram a responsabilidade, a educação, o respeito e a entreaajuda como princípios fundamentais na dinâmica familiar, evidenciando a importância da formação académica e do desenvolvimento pessoal. No que concerne às crenças culturais, a família valoriza a tradição e a estabilidade, mantendo hábitos como a realização de refeições em conjunto sempre que possível e a celebração de momentos importantes, como aniversários e festividades familiares. Além disso, partilham uma forte valorização da independência e da autonomia, incentivando as filhas a tornarem-se profissionais bem-sucedidas e a tomarem as suas próprias decisões. Quanto às crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde, revelaram uma postura proativa e informada, confiando na importância da prevenção e do acompanhamento médico regular, especialmente devido ao histórico de hipertensão de F.

No que diz respeito à intervenção individual, procedeu-se à avaliação da autogestão da doença e do regime terapêutico de F., com especial foco na Hipertensão Arterial. Foram verificados os parâmetros clínicos relevantes no processo clínico da utente, tendo em conta que foi efetuada uma consulta de

vigilância duas semanas antes do primeiro contacto, apresentando a utente um Índice de Massa Corporal de 22,9 kg/m². Foi avaliada a pressão arterial apresentando um valor de 122/79 mmHg. Paralelamente, foi realizada a avaliação do conhecimento e capacidade de autogestão da patologia, tendo F. demonstrado uma compreensão adequada sobre a sua condição e a importância de manter hábitos saudáveis para a sua gestão eficaz. Durante a consulta, referiu monitorizar regularmente a sua pressão arterial e mostrou-se segura na interpretação dos valores registados, sem evidenciar preocupações excessivas ou dificuldades na adoção das recomendações médicas.

No que concerne à gestão do regime terapêutico, F. demonstrou um elevado nível de adesão e organização, revelou cumprir rigorosamente a medicação prescrita, garantindo a toma nos horários estabelecidos e armazenando corretamente os fármacos. Demonstrou igualmente estar ciente dos efeitos secundários e das medidas a adotar em caso de esquecimento de uma dose. No que respeita ao regime alimentar, a utente indicou seguir uma alimentação equilibrada e ajustada às necessidades associadas à Hipertensão Arterial, com particular atenção na redução do consumo de sal e na escolha de alimentos. A análise qualitativa da sua alimentação reforçou a sua competência na gestão deste aspeto, sem apresentar dificuldades em manter as recomendações nutricionais. Relativamente à atividade física, F. mencionou praticar exercício regularmente, optando por caminhadas diárias e algumas sessões de ginásio ao longo da semana. Como destacou: *"Quando me foi diagnosticada a Hipertensão, comecei logo a ter mais cuidado com o sal e com a alimentação no geral. Felizmente, tenho conseguido manter um estilo de vida equilibrado e sinto-me bem assim."*

À luz da Teoria das Transições de Meleis, verifica-se que F. atingiu um nível de mestria na autogestão da sua doença crónica, demonstrando um alto grau de autonomia e adaptação. A sua capacidade de monitorização e adesão ao regime terapêutico reflete uma transição bem-sucedida para um estado de equilíbrio na gestão da Hipertensão Arterial.

A utente adere o esquema vacinal previsto no Programa Nacional de Vacinação, assim como adesão aos rastreios recomendados para a sua idade e sexo, em conformidade com as orientações nacionais de saúde preventiva.

No que diz respeito aos restantes elementos da família, J. tinha uma consulta agendada no âmbito da Saúde do Adulto, enquanto S. e R. estavam programadas para uma consulta de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar em fevereiro de 2025. Considerando que as consultas decorreram em ambiente domiciliário, foi sugerida a possibilidade de realizar essas avaliações de forma individual na USF, antecipando-as, de modo a proporcionar um espaço mais reservado para abordar questões que pudessem ser influenciadas pelo contexto familiar. No entanto, os três elementos manifestaram preferência por manter as consultas na data inicialmente prevista, referindo não sentir necessidade de antecipação, dado que já realizam acompanhamento regular na USF.

3.1.3. Ganhos em Saúde para as Famílias e para os seus Membros

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), os ganhos em saúde correspondem às melhorias no estado de saúde dos utentes, resultantes das intervenções implementadas com base nos problemas identificados. No que se refere aos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2003) salienta que estes ganhos refletem as alterações positivas ou as melhorias registadas nos diagnósticos de enfermagem após a implementação das intervenções por parte dos enfermeiros.

Os indicadores de saúde, por sua vez, constituem ferramentas fundamentais na monitorização e avaliação do estado de saúde da população, permitindo aferir, de forma objetiva e sintetizada, diferentes dimensões da saúde e os fatores que nela intervêm (Ministério da Saúde, 2011). No Quadro 8 é possível verificar os resultados das taxas de avaliação, prevalência e indicadores de resultado que culminam nos ganhos em saúde.

Quadro 8 - Ganhos em Saúde

| Taxas de Avaliação | Resultados (Frequências Relativas) |
|---|---|
| Nº de famílias avaliadas na composição familiar (n=6)/Nº total de famílias (n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias avaliadas no tipo de família (n=6)/Nº total de famílias (n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias avaliadas em família extensa (n=6)/Nº total de famílias(n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias avaliadas em sistemas mais amplos (n=6)/Nº total de famílias (n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias avaliadas em classe social (n=6)/Nº total de famílias (n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias avaliadas em Edifício Residencial (n=6)/Nº total de famílias (n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias avaliadas em Rendimento Familiar (n=6)/Nº total de famílias (n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias avaliadas em Precaução de Segurança (n=6)/Nº total de famílias (n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias avaliadas em Abastecimento de Água (n=6)/Nº total de famílias (n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias avaliadas em Animal Doméstico (n=6)/Nº total de famílias (n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação Conjugal (n=6)/Nº total de famílias com subsistema conjugal (n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Planeamento Familiar (n=2)/Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil (n=2)X100 | 100% |
| Nº de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental (n=6)/Nº total de famílias com subsistema parental (n=6)X100 | 100% |
| Nº de famílias avaliadas em Processo Familiar (n=6)/Nº total de famílias (n=6)X100 | 100% |
| Taxas de Prevalência | Resultados (Frequências Relativas) |
| Nº de famílias com Satisfação Conjugal Não Mantida (n=3)/Nº de famílias com subsistema conjugal (n=6)X100 | 50,0% |
| Nº de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional (n=2)/Nº total de famílias com subsistema conjugal (n=6)X100 | 33,3% |
| Nº de famílias com Interação Sexual Não Adequada (n=1)/Nº total de famílias com subsistema conjugal (n=6)X100 | 16,6% |
| Nº de famílias com Papel Parental Não Adequado (n=2)/Nº total de famílias com subsistema parental (n=6)X100 | 33,3% |
| Nº de famílias com Comportamento de Adesão Não Demonstrado (n=2)/Nº total de famílias com subsistema parental (n=6)X100 | 33,3% |
| Nº de famílias com Processo Familiar Disfuncional (n=1)/Nº total de | 16,1% |

| | |
|--|---|
| famílias (n=6)X100 | |
| Nº de famílias com Comunicação Familiar Não Eficaz (n=1)/Nº total de famílias (n=6)X100 | 16,1% |
| Indicadores de Resultado | Resultados (Frequências Relativas) |
| Nº de famílias com diagnóstico positivado em Satisfação Conjugal (n=2)/Nº total de famílias com Satisfação Conjugal Não Mantida (n=3)X100 | 66,6% |
| Nº de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica (n=2)/Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional (n=2)X100 | 100% |
| Nº de famílias com diagnóstico positivado em Interação Sexual (n=0)/Nº total de famílias com Interação Sexual Não Adequada (n=1)X100 | 0% |
| Nº de famílias com diagnóstico positivado em Papel Parental(n=2)/Nº total de famílias com Papel Parental Não Adequado (n=2)X100 | 100% |
| Nº de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão(n=2)/Nº total de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado (n=2)X100 | 100% |
| Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar (n=1)/Nº total de famílias com Processo Familiar Disfuncional (n=1)x100 | 100% |
| Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação Familiar(n=1)/Nº total de famílias com Comunicação Familiar não eficaz(n=1)x100 | 100% |

A análise dos resultados apresentados no Quadro 8 evidencia que foi realizada a avaliação em 100% das áreas definidas, abrangendo todas as famílias incluídas no estudo, com exceção do Planejamento Familiar, uma vez que apenas duas famílias continham membros em idade fértil. No que concerne à prevalência dos diagnósticos identificados na dimensão de desenvolvimento, verificou-se que três famílias apresentavam Satisfação Conjugal Não Mantida, sendo que, em duas delas, esta condição estava associada a uma Relação Dinâmica Disfuncional, enquanto na terceira se devia a uma Interação Sexual Não Adequada. Das três, duas conseguiram alcançar o diagnóstico de Satisfação Conjugal Mantida, correspondendo aos casos inicialmente relacionados com uma Relação Dinâmica Disfuncional. No entanto, na terceira família não foi possível reverter o diagnóstico dentro do período do Ensino Clínico, dada a necessidade de um maior tempo para mudanças comportamentais efetivas. Relativamente ao Papel Parental Não Adequado, identificado em duas famílias e associado a um Comportamento de Adesão

Não Demonstrado, verificou-se uma evolução positiva em ambos os casos, resultando na sua resolução. Adicionalmente, o Processo Familiar Disfuncional, diagnosticado numa família devido a uma Comunicação Familiar Não Eficaz, também foi positivamente modificado.

No que respeita à perspetiva individual dos membros da família, foram identificados diagnósticos em dois indivíduos pertencentes a famílias distintas. No entanto, devido à limitação temporal do Ensino Clínico, não foi possível verificar a sua positividade dentro do período analisado, salientando-se a necessidade de um acompanhamento mais prolongado para consolidar as mudanças necessárias.

3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

A liderança e a colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar constituem competências cruciais do EEECESF, conforme estabelecido no Regulamento de Competências Específicas (Regulamento n.º 428/2018) da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018). Estas competências envolvem a capacidade de articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados às famílias, promovendo uma abordagem integrada e eficaz nos diferentes níveis de prevenção. Para tal, o EEECESF deve fomentar a colaboração interdisciplinar, assegurar a referência e orientação da família para outros serviços de saúde e instituições, e garantir a continuidade dos cuidados prestados, facilitando o acesso e a qualidade dos mesmos. Como já referido, a articulação com outras equipas de saúde assume-se como um elemento central desta competência, implicando a mobilização de recursos e a gestão do sistema de cuidados de saúde familiar. Este processo requer o estabelecimento de parcerias com diferentes unidades funcionais e instituições, assegurando a continuidade dos cuidados de forma ininterrupta. Adicionalmente, a capacidade de liderança e colaboração do EEECESF assume um papel determinante na organização e otimização dos processos de intervenção em ESF. Para tal, este profissional deve coordenar

equipas, incentivar a cooperação interdisciplinar e assegurar que as famílias beneficiam de intervenções articuladas e ajustadas às suas necessidades. A sua atuação implica ainda a promoção do trabalho colaborativo entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, garantindo um acompanhamento estruturado e eficaz ao longo do ciclo vital familiar. Além disso, a liderança do EEECESF manifesta-se na promoção de uma cultura de formação contínua, no incentivo à prática baseada na evidência e na investigação interprofissional, bem como na implementação de processos de mentoria e *coaching* para outros membros da equipa interdisciplinar. Neste sentido, é imprescindível a utilização de sistemas de informação e tecnologias de apoio à decisão, de forma a melhorar os resultados na área da ESF e a dar visibilidade ao conhecimento e às boas práticas desenvolvidas neste contexto.

O presente subcapítulo apresenta as principais atividades desenvolvidas durante o ensino clínico no âmbito desta competência específica, explorando a sua aplicação prática no contexto assistencial.

3.2.1. Articulação com equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

A interdisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde assume uma importância crucial para responder à complexidade das necessidades dos utentes e das suas famílias, especialmente no âmbito da ESF. A multidisciplinaridade refere-se à presença de diferentes profissionais que trabalham em conjunto, mas de forma relativamente independente, cada um dentro da sua área de especialidade. Já a multiprofissionalidade envolve a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, mas sem necessariamente haver uma integração profunda do conhecimento entre eles. Por outro lado, a interdisciplinaridade, que constitui a abordagem mais abrangente, caracteriza-se pela troca de saberes, interação e articulação efetiva entre diferentes áreas do conhecimento e processos de trabalho, promovendo uma atuação colaborativa na qual as competências dos diversos profissionais se complementam, resultando num cuidado integrado e centrado na família (Alves et al., 2019; Chen & Luetz, 2020; Velikonja, 2020; Zhang & Zhu, 2012). O

EEEECSF atua como elo entre a equipa multidisciplinar, a família e os utentes, promovendo a articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Este profissional coordena o processo de cuidados, assegurando a continuidade e a integralidade dos mesmos, através de uma comunicação eficiente com os diversos profissionais envolvidos (Schlunegger et al., 2022). O trabalho interdisciplinar no contexto da ESF transcende a colaboração pontual entre profissionais de diferentes áreas, promovendo a criação de uma rede interprofissional, assente numa lógica de complementaridade e partilha de objetivos comuns. O EEECSF, ao assumir uma posição de liderança e coordenação, garante que os cuidados prestados sejam ajustados às necessidades reais da família, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria dos indicadores de qualidade (Schlunegger et al., 2022).

Durante a realização do Estágio de Natureza Profissional – Módulo I e Módulo II, observou-se uma cooperação efetiva entre os diferentes grupos profissionais que compõem a equipa da USF, incluindo os enfermeiros, médicos e o secretariado clínico. Esta interação foi crucial para o bom desenvolvimento das atividades de estágio e para a prestação de cuidados de saúde de forma integrada e coordenada. Ao longo do estágio, todos os dados pertinentes à avaliação familiar, diagnósticos, intervenções e resultados foram registados no sistema de informação SClínico-CSP®. Este processo permitiu o acesso simultâneo por parte dos profissionais de enfermagem e medicina, garantindo uma continuidade eficaz dos cuidados e o acompanhamento permanente das necessidades das famílias e dos seus membros. O secretariado clínico desempenhou um papel preponderante na gestão das consultas, na obtenção de contactos atualizados dos utentes e na recolha de informações importantes para a execução das atividades de estágio. Esta colaboração foi determinante para garantir maior agilidade nos procedimentos e facilitar o acesso das famílias aos serviços prestados pela USF. Além disso, houve uma articulação constante com equipas externas à USF, incluindo as equipas de segurança, limpeza e da Câmara Municipal. Estas equipas desempenharam um papel fundamental no suporte logístico e operacional, desde o transporte para visitas domiciliárias até à manutenção das condições de higiene dos espaços de

atendimento, o que garantiu condições adequadas à prestação de cuidados. Esta experiência evidenciou a importância de uma abordagem colaborativa e interprofissional no contexto dos cuidados de saúde, promovendo a integração de diferentes conhecimentos e a complementaridade de competências. O resultado foi um aumento da eficiência dos cuidados prestados e a valorização do papel de cada membro na dinamização do trabalho em equipa.

A experiência de trabalho interdisciplinar durante o estágio evidenciou a importância da colaboração entre os diferentes profissionais. Neste contexto, surgiu a necessidade de delimitar claramente o papel e as competências enquanto profissional e mestrand, assegurando que as intervenções fossem realizadas dentro do âmbito da prática de ESF. A referenciação interna para outros profissionais da ULS revelou-se uma estratégia fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados, permitindo que as famílias e os seus membros tivessem acesso aos recursos e serviços mais adequados. Assim, sempre que se identificaram necessidades que ultrapassavam a esfera de atuação da ESF foram efetuadas referenciações para outras unidades funcionais, como a UCC no âmbito do Projeto de Saúde Mental e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, nomeadamente na área da nutrição, desde que a situação clínica e as preferências dos utentes o justificassem. Este processo reforçou a importância da identificação precoce de necessidades e da articulação com diferentes profissionais de saúde, promovendo um modelo de cuidados integrados e coordenados. No decorrer do estágio, foram referenciados dois membros de duas famílias distintas, com as devidas autorizações, através do sistema de informação SClínico-CSP®. Este procedimento garantiu que os utentes fossem acompanhados por profissionais especializados, assegurando a gestão eficaz dos cuidados e a resposta adequada às necessidades identificadas.

3.2.2. Gestão do sistema de cuidados de saúde familiar aos diferentes níveis de prevenção

Os Sistemas de Informação (SI), no contexto do SNS, desempenham um papel essencial, ao facilitarem a recolha, o processamento, o armazenamento e a disseminação de informações necessárias à prestação de cuidados, garantindo a documentação rigorosa dos cuidados prestados (Bastos et al., 2022; Marin, 2010; Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2024; Silva, 2016). Além disso, contribuem para a gestão e avaliação dos serviços de saúde, permitindo uma prática assistencial mais segura, informada e centrada no utente (Silva, 2016). Em Portugal, o Registo Clínico Eletrónico, criado em 2009, visou a uniformização da documentação clínica e a acessibilidade à informação de saúde pelos profissionais, independentemente do local ou da origem do serviço (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], IP, 2009). Este processo contribuiu para a redução de erros clínicos, a segurança do utente e a eficiência operacional dos serviços de saúde (Chaves & Miranda, 2023; Karimi et al., 2015). Os SI têm-se revelado fundamentais para garantir a continuidade dos cuidados, aumentar a segurança do utente e facilitar a comunicação entre os grupos profissionais (Chaves & Miranda, 2023; D’Innocenzo, 2010; Dal Sasso et al., 2013; Kim et al., 2017). Asseguram a documentação e a continuidade dos cuidados, proporcionando maior visibilidade à prática do enfermeiro, além de permitir a obtenção de indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem (Bastos et al., 2022). Para reforçar a uniformização e a acessibilidade dos registos clínicos, o Ministério da Saúde desenvolveu o SClínico-CSP®, um sistema de registo único que permite a integração de dados de forma sistematizada e acessível a diferentes profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2023). O SClínico-CSP® facilita a homogeneização dos registos, promovendo uma atuação mais eficaz nas equipas multidisciplinares e permitindo um desempenho mais eficiente (Ministério da Saúde, 2023).

Durante as consultas realizadas com as famílias e os seus membros, o SClínico-CSP® foi utilizado como ferramenta na documentação dos cuidados

prestados. Este sistema facilitou o registo de dados, diagnósticos, intervenções e referências para outros profissionais de saúde, além de permitir a consulta dos processos clínicos dos utentes, assegurando a continuidade dos cuidados. No decorrer dos estágios, algumas limitações do SClinico-CSP® foram evidenciadas, especialmente no que diz respeito ao Programa Saúde da Família. Estas limitações incluem a ausência de ferramentas relevantes para a avaliação familiar (como o genograma e ecomapa) e a falta de ligação entre os diagnósticos identificados e as sugestões de intervenções. Verificou-se uma falha na ligação entre os membros das famílias e os seus respetivos agregados familiares, o que compromete a precisão e a exatidão dos dados registados. Para mitigar esta situação, foram apresentados exemplos concretos à enfermeira cooperante, destacando a importância da atualização dos dados no Registo Nacional do Utente. Esta intervenção teve como objetivo garantir a exatidão na composição dos agregados familiares, uma vez que informações inexatas podem conduzir a uma avaliação inadequada das necessidades dos utentes, prejudicando o planeamento e a eficácia dos cuidados de saúde prestados (DeMarco & Healey-Walsh, 2019; Laukka et al., 2023).

Para além dos desafios relacionados com os sistemas de informação, importa também considerar o impacto da cultura organizacional no funcionamento das equipas e na prestação de cuidados de saúde. A cultura organizacional pode ser entendida como o conjunto de elementos partilhados no seio de uma organização, incluindo crenças, valores, normas, linguagens e conhecimentos. Esses elementos definem regras de conduta que orientam as relações interpessoais e os comportamentos no ambiente de trabalho (Neves, 2012; Souza et al., 2018; Wiener, 1988). A cultura organizacional desempenha um papel essencial no alinhamento dos valores percebidos pelos profissionais com os objetivos estratégicos da instituição, promovendo um maior envolvimento das equipas. Esse alinhamento reflete-se na motivação, no fortalecimento do trabalho em equipa e na consecução dos objetivos institucionais. Paralelamente, a valorização e o desenvolvimento dos recursos humanos surgem como fatores determinantes para a qualificação dos profissionais, incentivando um compromisso contínuo com a melhoria do

desempenho e a excelência na prestação de cuidados (Fonseca et al., 2018; Robbins, 2005). No setor da saúde, a necessidade de adaptação a um ambiente em constante transformação leva ao desenvolvimento de sistemas de gestão e avaliação do desempenho institucional. Estes sistemas assumem uma função essencial para o alcance do sucesso organizacional, uma vez que permitem a medição da eficiência e da eficácia das suas ações, bem como o acompanhamento do cumprimento das metas (Basílio, 2022; Zhang & Zhu, 2012). Para avaliar a eficiência e a eficácia, utilizam-se indicadores de desempenho que são integrados nos processos de contratualização, com o objetivo de aumentar a capacidade de resposta às necessidades dos utentes e de otimizar os custos associados à prestação de cuidados. Em Portugal, o processo de contratualização nos CSP está amplamente consolidado (ACSS, IP, 2022) e visa garantir o alinhamento com os Planos Nacionais, Regionais e Locais de Saúde, de forma a maximizar os resultados em saúde (ACSS, IP, 2022). Esta prática concretiza-se através da negociação de Planos de Ação e Desempenho, que são construídos a partir da identificação das necessidades de saúde existentes. A sua avaliação é efetuada com base numa matriz multidimensional de atividades, utilizando como referência o Índice de Desempenho Global (IDG), que resulta da soma ponderada dos Indicadores de Desempenho Setorial (IDS) (ACSS, IP, 2022).

Neste contexto, as USF assumem um papel fundamental na contratualização dos CSP, caracterizando-se por uma autonomia organizativa, funcional e técnica, conforme estabelecido pelo Decreto-Lei nº 103/2023. Estas unidades trabalham de forma integrada com outras unidades funcionais da ULS e têm como um dos seus principais objetivos a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. A Portaria nº 411-A/2023 reforça este enquadramento normativo, definindo os critérios de avaliação do desempenho das equipas multiprofissionais através do Índice de Desempenho da Equipa Multiprofissional (IDE). Este índice contempla dimensões como o acesso, a gestão da saúde e da doença, a qualificação da prescrição e a integração de cuidados, estabelecendo ainda as condições para a atribuição de incentivos institucionais e compensações de desempenho (ACSS, IP, 2023). Assim, a atividade

assistencial das USF constitui a base do processo de contratualização, promovendo não só a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mas também o envolvimento e a participação ativa de profissionais e utentes na otimização dos serviços de saúde (ACSS, IP, 2023). Contudo, verifica-se que a contratualização nos CSP não contempla indicadores específicos para os cuidados de enfermagem dirigidos à família como unidade de cuidados. Apesar disso, a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família e aos seus membros, nas áreas de gestão da saúde e da gestão da doença, contribui para os ganhos em saúde e tem impacto direto no IDE, uma vez que estas áreas integram a contratualização das unidades funcionais (ACSS, IP, 2022). Neste sentido, o Regulamento nº 428/2018, que define as competências específicas do EEECESF, reforça a importância da utilização dos sistemas de informação e das tecnologias para otimizar os resultados de saúde das famílias e valorizar o conhecimento produzido no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (Ramos et al., 2021). Assim, a documentação estruturada dos cuidados de enfermagem à família emerge como um elemento essencial para evidenciar a qualidade da assistência prestada e os resultados em saúde alcançados, destacando o impacto da enfermagem no acompanhamento e apoio às famílias. Considerando estes aspetos tornou-se pertinente iniciar o desenvolvimento de um processo formativo nesta área da documentação.

A formação e o desenvolvimento profissional são considerados pilares essenciais para a melhoria da qualidade do desempenho dos enfermeiros e, conseqüentemente, dos serviços prestados (OE, 2016). A formação contínua na carreira de enfermagem pode ser dividida em duas vertentes: a formação em serviço, que visa reforçar os conhecimentos de base, promover a aquisição de novas competências e práticas ajustadas ao contexto dos cuidados de saúde; e a formação complementar, que possibilita a reflexão crítica sobre as práticas e a aquisição de novos conhecimentos teóricos e técnicos (Gopee, 2015; Marcelino, 2022). O Decreto-Lei nº 437/91 reconhece que a natureza da profissão de enfermagem exige que a formação em serviço seja privilegiada como um meio de manter atualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos necessários ao desempenho profissional (Ministério da Saúde,

1991). Além disso, esta formação deve considerar tanto as necessidades coletivas da equipa de enfermagem quanto as individuais de cada profissional. De acordo com o Decreto-Lei nº 71/2019, a formação contínua na carreira de enfermagem assume um caráter permanente, com objetivos claros de atualização técnica, científica e de desenvolvimento de projetos de investigação (Ministério da Saúde, 2019). Esta continuidade formativa possibilita uma integração efetiva entre os conhecimentos adquiridos e a prática profissional, capacitando os enfermeiros para enfrentar desafios emergentes e responder às necessidades das famílias com segurança, eficiência e qualidade (Gopee, 2015; Marcelino, 2022). A formação engloba várias dimensões, nomeadamente o saber (conhecimento), o saber-fazer (capacidade), o saber-ser (atitudes e comportamentos) e o saber-aprender (adaptação à evolução das situações), que se interligam para promover o saber-transformar, refletindo a interação entre teoria, prática e contexto laboral (Dias, 2004). A formação em serviço, por ocorrer paralelamente à prática profissional, destaca-se pela capacidade de responder a desafios concretos das unidades de saúde, contribuindo para a resolução de problemas e a melhoria dos cuidados prestados (Marques, 2021). Assim, a formação contínua revela-se um instrumento imprescindível para o desenvolvimento de competências, promovendo mudanças efetivas nos comportamentos profissionais e reforçando a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Considerando a relevância da formação no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar, esta está alinhada não só com a unidade de competência estabelecida pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que atribui a responsabilidade de ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (OE, 2019), mas também com a unidade de competência específica do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, que destaca a promoção de uma cultura organizacional centrada na formação, na prática e na investigação interprofissionais (OE, 2018). Adicionalmente, está em conformidade com a Área “Formação Profissional” integrada no Índice de Desempenho Setorial (IDS) do IDG (ACSS, IP, 2023).

Neste sentido, foi implementado um processo formativo na USF, com o principal objetivo de liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF, promovendo o desenvolvimento profissional, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e a otimização dos resultados em saúde. Inicialmente, procedeu-se à identificação e análise das necessidades formativas da equipa de enfermagem. Este processo foi conduzido através da observação direta e da escuta ativa dos profissionais, bem como pela aplicação de um questionário de diagnóstico de necessidades formativas dirigido aos membros da equipa e construído para o efeito (Anexo IV), tendo como objetivo principal identificar o nível de conhecimento e as competências percebidas pelos elementos da equipa de enfermagem, no que respeita à avaliação e intervenção familiar. Este questionário foi estruturado em três partes. A primeira parte visou caracterizar a equipa de enfermagem, incluindo a experiência profissional dos elementos e a formação especializada, com especial atenção à ESF. A segunda parte centrou-se no conhecimento dos profissionais relativamente à documentação no sistema SClinico, no contexto da ESF. A terceira parte destinou-se à avaliação do conhecimento dos participantes sobre esta área e, simultaneamente, à identificação de competências relacionadas com a avaliação de famílias nucleares com filhos adultos e de famílias com crianças com excesso de peso ou obesidade. A inclusão desta última dimensão justifica-se pelo facto de este diagnóstico ter sido igualmente explorado no trabalho desenvolvido por outra colega do mestrado. Dado que ambos os trabalhos partilhavam alguns objetivos comuns, e com o intuito de não sobrecarregar a equipa envolvida, optou-se por elaborar este instrumento de forma conjunta, garantindo uma abordagem integrada e complementando a análise das práticas dos profissionais nesta área.

Relativamente à caracterização da equipa de enfermagem, esta é constituída por 6 profissionais com idades entre os 44 e os 59 anos, apresentando uma média etária de 49,5 anos. Trata-se de uma equipa altamente experiente, com uma média de 26,7 anos de prática profissional, sendo que o tempo de experiência varia entre os 15 e os 38 anos. Verificou-se que 50,0% dos

enfermeiros não possui formação específica na área de ESF, como pós-graduação, mestrado ou formação equivalente.

Analisando os resultados do questionário, observou-se que 66,7% da equipa considera muito importante a documentação de enfermagem no contexto familiar, enquanto os restantes a consideram importante. Toda a equipa está familiarizada com o programa “Saúde da Família”, sendo que 66,7% já abriram o programa. Entre os que nunca o abriram, 50,0% afirma ter conhecimento sobre o programa, mas sente que não possui competências adequadas para utilizá-lo corretamente, enquanto os outros 50,0% considera que o registo é limitado, obrigando ao uso de texto livre. No que respeita aos focos do programa, toda a equipa os conhece, exceto o Processo Familiar, que é conhecido apenas por 66,7%. As principais dificuldades identificadas no uso deste programa incluem: falta de parametrização, escassez de tempo, necessidade de duplicação de registos, falta de domínio completo do SClínico, intervenções limitadas, predomínio do modelo biomédico nas unidades, alguma resistência por parte de membros da equipa e focos mal desenvolvidos. Verificou-se que toda a equipa respondeu corretamente à definição do conceito de Saúde Familiar e demonstrou conhecimento sobre o MDAIF. Quanto à autoperceção das competências para efetuar a avaliação e a intervenção familiar, numa escala de 0 a 10 (em que 0 significa totalmente incompetente e 10 totalmente competente), a média obtida foi de 7,2, sendo o mínimo 5 e o máximo 10. Relativamente à avaliação e intervenção em famílias nucleares com filhos adultos, 50,0% da equipa afirmou já ter realizado essa intervenção, sendo que os 50,0% restantes não a realizaram por falta de conhecimento sobre a avaliação e intervenção familiar. As principais áreas de atenção consideradas relevantes pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados a estas famílias incluem: conhecimento do papel, adaptação da família à saída dos filhos, consenso e conflito de papéis, promoção da autonomia, reconhecimento da independência, papel parental, satisfação conjugal, processo familiar, relações familiares a nível emocional e afetivo e papel de prestador de cuidados. Quanto à autoperceção de competências para a

avaliação e intervenção nestas famílias, a média obtida foi de 6, sendo o mínimo 4 e o máximo 10.

Durante o ensino clínico, a enfermeira cooperante manifestou interesse em assistir às consultas de avaliação e intervenção familiar. Deste modo, foi solicitado o consentimento às famílias para que pudesse assistir às consultas, sempre que possível, o que se revelou uma oportunidade enriquecedora para compreender o impacto efetivo dessas práticas. Adicionalmente, após a realização de consultas em que se colhiam dados para avaliações diagnósticas e foram efetuadas intervenções, tendo a família como cliente, foram discutidas e salientadas as áreas de atenção avaliadas e as intervenções aplicadas. Este processo reflexivo revelou-se altamente motivador, facilitando-se a organização e estruturação mais clara dos processos de avaliação e intervenção familiar, contribuindo para um desempenho mais eficaz e consistente.

Na prática profissional, especialmente em contextos dinâmicos como a enfermagem, a capacidade de refletir sobre as experiências e ajustar continuamente as abordagens é essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Donald Schön (1992) propõe um modelo de prática reflexiva que incentiva os profissionais a aprenderem com a experiência, desenvolvendo um pensamento crítico que vai além da simples aplicação de conhecimentos teóricos. Este modelo baseia-se na ideia de que o conhecimento prático se constrói na interação com a realidade e se aprimora através da reflexão sobre as decisões tomadas. Schön identifica três dimensões fundamentais desse processo: reflexão na ação, que acontece enquanto o profissional está a atuar e lhe permite ajustar decisões em tempo real; reflexão sobre a ação, que ocorre após a experiência e permite analisar criticamente as escolhas feitas; e reflexão sobre a reflexão na ação, que aprofunda a forma como se aprende e se melhora continuamente. No contexto da ESF, a aplicação desse modelo traduz-se na capacidade de adaptar intervenções às necessidades específicas das famílias, reconhecendo que cada situação exige um olhar atento e flexível. O enfermeiro especialista, ao refletir sobre a sua prática, pode identificar estratégias mais eficazes, aperfeiçoar a comunicação com as famílias e reforçar o seu papel enquanto

facilitador da mudança. Dessa forma, o modelo de Schön não se limita a um conceito teórico, mas manifesta-se como uma ferramenta essencial para o desenvolvimento profissional e para a construção de cuidados mais humanizados e ajustados à realidade de cada família. A reflexão contínua não só melhora a tomada de decisão clínica, mas também promove a autonomia e a confiança do profissional, permitindo que este se torne um agente ativo na evolução da prática de enfermagem (Schön, 1992).

Com base nas necessidades identificadas, tanto nas respostas ao questionário de diagnóstico de necessidades formativas quanto nas observações diretas e nos relatos partilhados pela equipa de enfermagem, foi concebida (Anexo V) e implementada (Anexo VI) uma sessão de formação em serviço na USF, intitulada “Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos Cuidados”. A sessão teve lugar no dia 13 de dezembro de 2024, contando com a presença dos seis membros da equipa de enfermagem.

A Teoria dos Dois Fatores de Herzberg (1959) procura explicar os elementos determinantes para a motivação e satisfação no trabalho. Destaca-se pela sua relevância na gestão de equipas e na promoção do bem-estar no ambiente laboral, oferecendo uma compreensão clara dos aspetos que influenciam o desempenho e a satisfação dos profissionais. Esta teoria distingue dois grandes grupos que impactam a experiência laboral: os motivacionais e os higiénicos. Os primeiros, de natureza intrínseca, estão relacionados com o conteúdo das funções desempenhadas e promovem o crescimento pessoal e profissional. Incluem aspetos como a realização individual, o reconhecimento, a progressão na carreira, a responsabilidade e a complexidade das tarefas. A sua presença contribui significativamente para o aumento da satisfação e do empenho dos trabalhadores. Já os elementos extrínsecos, também designados por higiénicos, referem-se ao contexto em que o trabalho é desenvolvido. Abrangem condições como o salário, a segurança no emprego, as políticas institucionais, o ambiente físico e as relações interpessoais. Embora a sua ausência gere insatisfação, a sua existência não garante, por si só, um acréscimo na motivação. Com base nesta teoria, a sessão formativa foi estruturada de forma mais prática e dinâmica, centrando-se no estímulo dos

aspectos motivacionais. O objetivo foi potenciar a realização profissional e o crescimento das competências na avaliação e intervenção familiar, promovendo também uma documentação dos cuidados mais rigorosa, clara e sistemática. Espera-se que esta abordagem contribua para uma prática profissional mais eficiente e gratificante.

Segundo Kirkpatrick e Kirkpatrick (2006), a avaliação pode ser definida como o processo de medição da efetividade dos programas formativos. Esta etapa é essencial para validar o impacto real da formação numa organização, permitindo identificar os seus resultados tangíveis e intangíveis. O modelo proposto pelos autores organiza a avaliação em quatro níveis distintos. O primeiro nível, denominado Reação, foca-se na satisfação dos participantes, medindo as perceções imediatas sobre a experiência formativa e recolhendo feedback que pode contribuir para melhorias futuras. O segundo nível, Aprendizagem, centra-se na aquisição de conhecimentos, no desenvolvimento de competências e na transformação de atitudes, podendo avaliar um ou mais destes elementos. O terceiro nível, Comportamento, procura analisar se os participantes aplicam efetivamente no contexto profissional as aprendizagens adquiridas durante o programa. Por fim, o quarto nível, Resultados, avalia os efeitos concretos da formação na organização, analisando os benefícios alcançados através da participação no processo formativo (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

Na sessão formativa, com o objetivo de avaliar a reação dos formandos, foi promovido um espaço para o esclarecimento de dúvidas e partilha de sugestões durante a própria sessão. Adicionalmente, foi aplicado um questionário anónimo intitulado “Avaliação da sessão de formação” (Anexo VII), composto por perguntas de resposta fechada, com resultados bastante positivos, sendo que 100% da equipa respondeu “Muito Bom” na avaliação global da sessão formativa, encontrando-se os restantes resultados discriminados no Anexo VIII.

Para complementar esta abordagem e otimizar a prática clínica, foi desenvolvido um instrumento de apoio na forma de um guia prático de

documentação dos cuidados, intitulado "Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos Cuidados à Família: Guia Prático de Registo" (Anexo IX). Este guia foi concebido para proporcionar um acesso rápido e intuitivo às orientações de registo no âmbito da ESF, assegurando que a documentação dos cuidados seja realizada de forma eficiente e completa. Após a formação, o documento foi apresentado à equipa e colocado em cada um dos gabinetes de enfermagem, junto aos monitores dos computadores, funcionando não apenas como um suporte prático para o registo clínico, mas também como um lembrete visual durante as consultas às famílias e seus membros.

O *coaching one-to-one*, segundo Grant (2003), é um processo de desenvolvimento individualizado, no qual um profissional mais experiente (*coach*) acompanha e orienta outro profissional (*coachee*) de forma personalizada, com o objetivo de melhorar o desempenho, promover o autoconhecimento e otimizar competências específicas. Diferente de formações em grupo, esta abordagem foca-se nas necessidades individuais, permitindo um acompanhamento mais próximo e adaptado ao contexto e desafios específicos de cada profissional. No ambiente da ESF, a aplicação do *coaching one-to-one* proporciona uma orientação direta e prática, promovendo a aquisição e consolidação de conhecimentos essenciais para a documentação dos cuidados no sistema SClínico-CSP®, garantindo que os registos sejam mais completos, rigorosos e eficazes. Esta intervenção revelou-se particularmente relevante, uma vez que a própria equipa demonstrou proatividade ao solicitar apoio na realização do registo, especialmente em contextos que envolvem visitas domiciliárias, onde a avaliação da dimensão estrutural da família é mais aprofundada. Esse envolvimento ativo dos profissionais de enfermagem evidencia não apenas o interesse na melhoria da documentação dos cuidados, mas também a valorização da orientação prestada.

Um mês após a realização da sessão de formação em serviço, foi conduzida uma avaliação do seu impacto, recorrendo novamente ao questionário de diagnóstico de necessidades, agora complementado com uma secção

específica para avaliar os resultados da formação, onde se acrescentaram perguntas acerca do aumento de motivação, aumento do conhecimento e se já efetuaram alguma alteração nos registos, explicitando qual. Os dados analisados revelaram melhorias significativas nas perceções e práticas da equipa relativamente à documentação em ESF. Antes da formação, 66,7% dos elementos da equipa consideravam a documentação em ESF muito importante, sendo que, após a formação, essa perceção passou a ser partilhada por 100% dos profissionais. Também se verificou um aumento na utilização do programa "Saúde da Família", inicialmente utilizado por 66,7% dos elementos e, após a formação, por toda a equipa. No que diz respeito ao conhecimento sobre os focos do programa, todos os profissionais passaram a referir conhecer integralmente os diferentes domínios da avaliação. Relativamente à autoperceção das competências para a avaliação e a intervenção familiar, registou-se um aumento na média das respostas, que passou de 7,2 para 8,33 (com um mínimo de 6 e o máximo 10).

Quanto à aplicação destas competências em famílias nucleares com filhos adultos, 66,7% dos elementos afirmaram ter efetuado esta avaliação após a formação, enquanto os restantes dois profissionais referiram ainda não ter tido essa oportunidade. A formação também impactou a perceção da equipa sobre as áreas de atenção prioritárias na avaliação familiar, passando todos os profissionais a reconhecer a importância de abordar a satisfação conjugal, o papel parental e o processo familiar. Paralelamente, a autoperceção de competência para intervir junto destas famílias aumentou, com a média das respostas a subir de 6,0 para 8,5 (com um mínimo de 7 e um máximo de 10), evidenciando um reforço da confiança da equipa nesta área. No que concerne às questões adicionadas para avaliar o impacto da formação na motivação, conhecimento e hábitos de registo, verificaram-se igualmente melhorias assinaláveis. A perceção de aumento da motivação registou uma média de 9,17 (sendo o mínimo 8 e o máximo 10), enquanto o aumento do conhecimento foi avaliado com uma média de 9,33 (com um mínimo de 8 e um máximo de 10). Além disso, 100% da equipa indicou ter introduzido mudanças nos seus registos ou práticas, com exemplos concretos como:

- Registo da dimensão estrutural em todos os contactos;
- Abertura do programa "Saúde da Família" em todas as famílias acompanhadas;
- Registo da adaptação à gravidez nas consultas de saúde materna;
- Documentação da satisfação conjugal quando o casal comparece na consulta;
- Registo do papel parental quando pais e filhos são atendidos em conjunto.

Adicionalmente, uma das EEECESF destacou que as colegas passaram a solicitar pontualmente o seu apoio na documentação e até mesmo na avaliação familiar. Esse envolvimento ativo contribuiu não só para a melhoria dos registos, mas também para o aumento da motivação coletiva na identificação e preenchimento das lacunas presentes no programa, reforçando a colaboração entre os membros da equipa e a qualidade da prática clínica.

Dessa forma, ao longo do estágio, procurou-se fomentar a melhoria contínua da qualidade, integrada na cultura organizacional da USF, reforçando a importância de práticas baseadas na evidência e na otimização dos processos de cuidado.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo apresenta uma análise crítico-reflexiva das experiências e atividades desenvolvidas ao longo das Unidades Curriculares "Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I" e "Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II". Esta reflexão incide na articulação entre as vivências do estágio e as competências adquiridas, tendo como referência competências comuns do enfermeiro especialista, estabelecidas no Regulamento n.º 140/2019, e as competências específicas do EEECESF, definidas no Regulamento n.º 428/2018, ambos da OE.

O processo de aprendizagem experienciado ao longo dos estágios possibilitou o desenvolvimento de saberes na ação e sobre a ação, de acordo com Schön (1992), e conforme referido anteriormente. Para Schön (1992), a competência profissional resulta não apenas da aquisição de conhecimento técnico, mas da capacidade de mobilizar e articular esse conhecimento de forma flexível e adaptativa. Este conceito materializa-se na conjugação de três dimensões: o saber-agir, que implica a mobilização eficaz de recursos e competências na prática; o querer-agir, relacionado com a motivação e a intencionalidade do profissional; e o poder-agir, que remete para a capacidade de atuação em tempo real e de tomada de decisão informada. Assim, o desenvolvimento profissional não se limita à aplicação de conhecimentos previamente adquiridos, mas depende de uma aprendizagem contínua sustentada pela análise crítica e pela adaptação reflexiva às exigências do contexto. De acordo com a OE (2017), a competência é entendida como a capacidade de mobilizar e integrar conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos de forma articulada e eficaz, ajustando-os a uma determinada situação. Benner (2001) expande esta definição ao destacar que a competência não se limita à aplicação de conhecimentos teóricos, mas envolve a adaptação e a resposta eficaz às exigências da prática clínica. A autora propõe um modelo de desenvolvimento profissional baseado na experiência, defendendo que as competências são adquiridas progressivamente ao longo da carreira dos enfermeiros, através da exposição a contextos reais e da prática contínua.

Nesta perspectiva, Benner (2001) alinha-se com Schön (1992) ao sublinhar a importância da reflexão na aprendizagem profissional, enfatizando que a prática reflexiva permite que os enfermeiros assimilem e generalizem conhecimentos e habilidades adquiridos em diferentes contextos. Esta abordagem evidencia que o crescimento profissional resulta da interação entre a teoria e a prática, onde a experiência desempenha um papel estruturante no aperfeiçoamento das competências clínicas. Assim, diferentes autores convergem na ideia de que o processo de desenvolvimento dos enfermeiros é contínuo, ocorrendo através da vivência de situações reais, da interação com utentes e do trabalho em equipa com outros profissionais de saúde, promovendo uma aprendizagem dinâmica e em permanente reconstrução (Alligood, 2014).

O enfermeiro especialista, independentemente da sua área de atuação, deve possuir um conjunto de competências comuns aplicáveis a diferentes contextos da prestação de cuidados de saúde. Estas competências estão organizadas em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento profissional e aprendizagem ao longo da vida (OE, 2019).

A demonstração do primeiro domínio evidenciou-se numa prática clínica sustentada no respeito pela individualidade de cada elemento e pelas especificidades das dinâmicas familiares. Desde o início, garantiu-se a confidencialidade dos dados recolhidos e o anonimato das famílias, através da atribuição de nomes fictícios. No contexto da entrevista familiar sistémica, foi promovido um ambiente seguro e de confiança, onde os membros da família foram encorajados a expressar as suas perspetivas de forma livre e sem julgamentos. A postura adotada foi imparcial e colaborativa, centrada na escuta ativa e na valorização das narrativas de cada elemento, procurando sempre facilitar a comunicação entre os membros da família. Por exemplo, durante a intervenção com a Família 2, foram identificadas divergências entre pais e filhas relativamente à autonomia destas últimas. Através da EFS, foi possível criar um espaço de negociação onde ambos os lados se sentiram ouvidos e respeitados, culminando numa maior clarificação de expectativas e na co-

construção de estratégias de mudança. Esta abordagem permitiu respeitar a autonomia de cada elemento, sem desvalorizar os vínculos familiares, assegurando que a intervenção fosse realizada em parceria com a família, e não sobre a família.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, destacou-se o investimento na formação contínua como um eixo fundamental para a consolidação de competências. Esta aposta visou não só a atualização de conhecimentos, mas também a promoção de uma prática clínica reflexiva, crítica e informada. Exemplo disso foi a realização de uma sessão formativa dirigida à equipa de enfermagem sobre documentação dos cuidados em ESF.

Relativamente à gestão de cuidados, garantiu-se que estes foram planeados, executados e avaliados com base em princípios de segurança e fundamentação teórica. A prática clínica foi orientada pela utilização de instrumentos e indicadores adequados, como a matriz operativa do MDAIF, o genograma, o ecomapa e a análise descritiva do ficheiro da enfermeira cooperante, a qual permitiu identificar a família nuclear com filhos adultos como área privilegiada de atuação. Este processo contribuiu para uma abordagem mais direcionada e eficiente, promovendo o trabalho colaborativo com a equipa multidisciplinar e a utilização racional dos recursos disponíveis na USF e na ULS.

Por fim, no domínio da aprendizagem profissional, destaca-se a consolidação de um percurso marcado pelo uso contínuo do pensamento crítico e reflexivo, pela procura ativa de conhecimento científico e pela valorização da experiência prática partilhada por especialistas da área. Este processo foi acompanhado por momentos sistemáticos de autoanálise e autoavaliação, fundamentais para o desenvolvimento de competências e para o reforço do crescimento pessoal e profissional, culminando na elaboração do presente relatório.

De seguida, serão apresentadas e analisadas as unidades de competência referentes às competências específicas do EEECESF, conforme o Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018). Esta análise incidirá sobre os contributos das atividades realizadas durante o estágio, destacando as

competências relacionadas com a prestação de cuidados às famílias enquanto unidade, bem como a cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção. Além disso, será abordado o papel do EEECESF na liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF.

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

Passaremos a descrever as experiências que contribuíram para o desenvolvimento desta competência major, analisando detalhadamente algumas das suas unidades. Como algumas atividades contribuem, em simultâneo, para várias unidades de competência, poderão encontrar-se referenciadas mais do que uma vez.

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

A interação desenvolvida com as famílias revelou-se benéfica em múltiplas dimensões, não apenas no que concerne à obtenção de ganhos em saúde, mas também na construção de uma relação de confiança e empatia, fatores determinantes para o sucesso das intervenções terapêuticas. Este envolvimento foi evidenciado pelo interesse demonstrado pelos membros das famílias junto da enfermeira cooperante, tanto no acompanhamento do plano de cuidados como na colaboração comigo, enquanto mestrande e profissional de enfermagem a especializar-me na área.

Durante as consultas realizadas às famílias e aos seus membros, procurou-se garantir uma abordagem centrada nas suas necessidades, promovendo um ambiente de escuta ativa e abertura às suas preocupações e expectativas relativamente à saúde familiar e individual. Além disso, no que respeita à marcação das consultas, foi sempre oferecida a possibilidade de escolha do horário mais conveniente para a família, dentro das limitações do serviço. As consultas decorreram em dois contextos distintos: uma das famílias optou pelo acompanhamento em ambiente domiciliário, enquanto as restantes foram

atendidas na USF, conforme a sua preferência. O domicílio, por ser o espaço habitual da família, revelou-se um ambiente facilitador da relação terapêutica, permitindo uma avaliação mais aprofundada das necessidades, sustentada pela observação direta das interações familiares. Já no contexto da USF, foi igualmente possível criar um ambiente favorável à partilha e ao envolvimento das famílias, beneficiando da colaboração da equipa na disponibilização de um espaço adequado para a realização das consultas.

Reconhecendo a singularidade de cada família, a abordagem foi ajustada de forma criativa e adaptada às suas especificidades. Para tal, recorreu-se à EFS, que estruturou a intervenção com base numa escuta ativa, neutralidade e respeito pela perspetiva de cada elemento. Complementarmente, integrou-se a EM na Família 1, nomeadamente no elemento C., como estratégia de promoção da mudança comportamental, particularmente útil na mobilização da motivação intrínseca dos membros da família para a adoção de estilos de vida saudáveis. Assim, foram aplicadas diversas técnicas de intervenção familiar e individual, selecionadas consoante as necessidades identificadas, incluindo a Carta Terapêutica, o Ritual Terapêutico, a Metáfora, o Desenho, a Prescrição de Tarefas, a Conotação Positiva e o Elogio. Foram ainda utilizadas diferentes tipologias de questões (lineares, reflexivas, hipotéticas, circulares e de escala) com o intuito de estimular a comunicação, a consciência crítica e a reflexão dos membros da família ao longo do processo de cuidados.

- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família

Numa fase inicial da abordagem às famílias, procedeu-se à consulta dos processos clínicos familiares e individuais no SClínico-CSP®, com o devido consentimento, a fim de obter uma visão global do estado de saúde de cada agregado. Esta análise foi complementada com informações da equipa de saúde familiar, nomeadamente médico, enfermeira de família e, sempre que pertinente, assistente técnico, permitindo uma caracterização mais completa dos contextos e das necessidades identificadas.

Durante a avaliação, foi recolhido o historial familiar e hereditário, representado nos respetivos genogramas, e analisada a estrutura, os desafios atuais e fatores de risco ambientais com impacto potencial na saúde. A avaliação seguiu a matriz operativa do MDAIF, contemplando as três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Foram analisadas áreas como o rendimento, as condições habitacionais, a segurança doméstica, a presença de animais, a satisfação conjugal, o papel parental e o processo familiar. A observação da comunicação não verbal e das interações intrafamiliares foi integrada na análise, favorecendo uma compreensão aprofundada do sistema familiar.

A avaliação recorreu ainda à EFS e a instrumentos como o genograma, o ecomapa, a Escala de Notação Social de Graffar (adaptada), a Escala FACES II e o APGAR Familiar. Para além disso, foram analisadas as crenças e valores das famílias, sobretudo no que diz respeito à cultura, espiritualidade e à perceção da intervenção dos profissionais de saúde. Esta compreensão permitiu a adaptação de estratégias comunicacionais e interventivas, com recurso a metáforas, reenquadramento e conotação positiva.

A coesão familiar, a capacidade de adaptação às transições e o suporte mútuo foram aspetos avaliados de forma transversal, através da partilha de narrativas e da observação das dinâmicas familiares. Por exemplo, na Família 2, emergiu a necessidade de promover uma comunicação mais clara em torno da autonomia das filhas, uma vontade presente em ambas as partes, mas até então não expressa verbalmente. Já na Família 6, destacou-se a forte ligação entre os membros do casal, refletida numa comunicação eficaz, embora manifestassem algum desafio na gestão do tempo em conjunto, situação que conduziu à implementação de um ritual terapêutico com vista ao reforço da relação.

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

O processo de tomada de decisão implicou a integração de conhecimentos não apenas da área da enfermagem, mas também de outras disciplinas, como a

medicina, a psicologia e a terapia familiar. Para garantir uma abordagem fundamentada, foram selecionadas as evidências científicas mais recentes, promovendo uma prática baseada na evidência.

Com base na integração de conhecimentos de diversas áreas, optou-se por encaminhar o elemento C. da Família 1 para acompanhamento na área da Nutrição e o elemento A. da Família 3 para acompanhamento por uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. As decisões adotadas, bem como a investigação realizada para aprofundar a compreensão das condições de saúde e doença das famílias e dos seus membros, foram sustentadas em evidência científica atualizada, garantindo uma abordagem fundamentada e direcionada às necessidades identificadas.

Dessa forma, como já mencionado anteriormente, foi realizada uma avaliação abrangente junto das famílias, considerando diversas áreas de atenção, crenças e recursos familiares. Estes elementos revelaram-se fundamentais para compreender a forma como a família responde a situações desafiadoras, evidenciando a complexa inter-relação entre os indivíduos, o sistema familiar, a saúde e o meio envolvente. A etapa do ciclo vital familiar e individual foi sempre tida em consideração durante o processo de avaliação e intervenção, uma vez que influencia significativamente a maneira como a família e os seus membros enfrentam desafios e se ajustam às exigências que surgem ao longo da vida.

A evolução das respostas da família e dos seus membros às intervenções de enfermagem foi acompanhada ao longo das consultas, sempre em alinhamento com os objetivos previamente definidos. Sempre que a avaliação identificava novas necessidades, ajustavam-se os objetivos e delineavam-se novas intervenções, garantindo um planeamento colaborativo e participado, em estreita parceria com a família e os seus elementos.

- Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica
Conforme demonstrado ao longo deste relatório, a prática clínica enquanto futura EEECESF foi continuamente sustentada na evidência científica. O conhecimento proveniente da investigação revelou-se essencial para fundamentar as decisões clínicas, reforçando a importância de uma prática

informada, sobretudo na área da ESF, que exige uma abordagem sensível às especificidades de cada família.

Embora as técnicas específicas de intervenção já tenham sido previamente descritas, importa realçar que a sua aplicação prática permitiu desenvolver intervenções personalizadas e coerentes com os objetivos delineados por cada família. A escuta ativa e a empatia revelaram-se essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, sobretudo em contextos mais sensíveis, como a abordagem da área da Interação Sexual com A., na Família 3. A conjugação destas estratégias facilitou a análise das dinâmicas familiares e dos fatores que influenciam a sua harmonia, permitindo, sempre em articulação com os elementos familiares, delinear planos de cuidados adequados às suas reais necessidades.

A utilização do MDAIF (Figueiredo, 2012) proporcionou uma estrutura lógica e sistematizada à prática em Enfermagem de Saúde Familiar, permitindo uma avaliação abrangente e adaptável à singularidade de cada família. Paralelamente, a Teoria das Transições de Meleis (2010) contribuiu para a compreensão das experiências individuais associadas às transições vividas, nomeadamente a preparação para o ninho vazio. Esta conjugação teórica, aliada à prática baseada na evidência, possibilitou uma análise aprofundada quer da unidade familiar, quer dos seus membros individualmente, conduzindo a intervenções fundamentadas e contextualizadas.

Importa ainda destacar o contributo da *scoping review* em desenvolvimento, que tem permitido uma apropriação mais robusta do fenómeno da convivência entre pais e filhos adultos, clarificando os principais focos de conflito e orientando a atuação clínica. Esta integração entre prática, teoria e investigação configurou-se como um alicerce fundamental para o desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito da especialização em ESF, promovendo uma intervenção mais eficaz, reflexiva e alinhada com a realidade das famílias acompanhadas.

- Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas

Em todas as fases do processo de intervenção, promoveu-se um diálogo aberto, dinâmico e construtivo, facilitando uma comunicação eficaz entre todos os intervenientes e estimulando a compreensão mútua e a colaboração ativa. Esta abordagem permitiu definir, em conjunto com as famílias e os seus membros, objetivos claros, realistas e centrados na promoção do seu bem-estar. Sustentada nos princípios da ESF, como a circularidade e a neutralidade, a intervenção incorporou estratégias motivacionais, como o reforço positivo, o elogio e outras técnicas específicas que se revelaram eficazes na mobilização de recursos internos das famílias, no fortalecimento das relações e no aumento da perceção de autoeficácia dos seus elementos.

A eficácia da intervenção refletiu-se na capacidade de gerar mudanças perceptíveis e sustentadas nas dinâmicas familiares e no bem-estar dos seus membros, promovendo adaptações positivas face às exigências do ciclo vital. Esta efetividade foi evidente, por exemplo, na melhoria da comunicação conjugal na Família 1 e na evolução gradual dos elementos J. e F., da Família 2, na aceitação do processo de autonomização das filhas, assim como na Família 4. Adicionalmente, a regulação emocional e o alívio de tensões familiares foram trabalhados de forma colaborativa, promovendo um ambiente mais funcional e harmonioso.

A prática foi acompanhada por uma monitorização contínua, com registos realizados numa grelha estruturada com base na matriz operativa do MDAIF e no sistema SClínico-CSP®. Este processo permitiu não só a identificação rigorosa das necessidades, como a implementação de intervenções adequadas, bem como a avaliação regular dos resultados, sustentada nos indicadores do MDAIF, assegurando uma prática fundamentada, sistematizada e centrada na melhoria dos cuidados prestados.

- Facilita a resposta da família em situação de transição complexa

No decurso das consultas, foi promovida uma abordagem holística da saúde familiar, incentivando a partilha de experiências e a expressão de preocupações e conquistas, especialmente em momentos de transição. Esta estratégia permitiu reconhecer os fatores que contribuem para a resiliência de

cada família, bem como identificar desafios e oportunidades de melhoria. A análise da interligação entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde possibilitou uma compreensão mais aprofundada das influências externas no processo de adaptação, sendo estas relações representadas graficamente através do Ecomapa.

A aplicação da EFS desempenhou um papel essencial na capacitação dos membros da família para reconhecerem os seus recursos internos e refletirem sobre as áreas suscetíveis de mudança. Para tal, foram utilizadas questões estratégicas, discussões direcionadas e reflexões guiadas, aliadas à definição conjunta de objetivos. Um exemplo concreto desta abordagem ocorreu na Família 2, onde a metáfora foi utilizada para auxiliar na interpretação dos sentimentos relacionados com a saída das filhas de casa, ajudando a encarar esta transição como um fenómeno natural e positivo para a autonomia e desenvolvimento das mesmas. Ao longo das sessões, foi feito um acompanhamento contínuo da evolução das famílias em relação aos objetivos estabelecidos, reforçando os avanços alcançados e destacando os aspetos positivos, com o propósito de potenciar a motivação para a continuidade do processo de mudança.

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

Com o objetivo de aperfeiçoar continuamente a prática em ESF, procurou-se orientação tanto na literatura científica como na experiência e conhecimentos partilhados por profissionais de referência, nomeadamente a enfermeira cooperante, a orientadora pedagógica e as orientadoras científicas. Ao longo do processo, realizaram-se reuniões regulares que proporcionaram momentos de reflexão sobre a prática clínica, permitindo avaliar criticamente as intervenções realizadas junto das famílias. Estas sessões de análise permitiram ajustar estratégias, reforçar competências e promover a eficácia das intervenções, visando sempre maximizar os ganhos em saúde para as famílias e os seus membros.

A tomada de decisão clínica pelos enfermeiros assenta na utilização da evidência científica mais atual e relevante, garantindo que a prestação de cuidados se fundamenta em conhecimento validado e atualizado. Este processo é conhecido como prática baseada na evidência, sendo essencial para assegurar intervenções eficazes e alinhadas com as melhores recomendações disponíveis (Cullum et al., 2013; Sousa et al., 2018). Considerando a importância da busca contínua pelo conhecimento em ESF, participou-se, enquanto formanda, no “2.º Seminário em Enfermagem Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo” (Anexo X), realizado nos dias 21 e 22 de setembro de 2023, com uma duração total de 16 horas, em formato online e no “3.º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar, Maia/Valongo, ULS S. João” (Anexo XI), que decorreu no dia 27 de setembro de 2024, também em formato online, com uma duração de 8 horas.

Apostou-se na divulgação científica participando no *International Congress Family Health* (ICFH'25) com uma comunicação livre em formato de poster, intitulada: “A Influência dos Estilos de Liderança na Motivação dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários”, que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025 (Anexo XII). A participação ativa em eventos científicos destaca-se como um pilar essencial para a expansão do conhecimento, a troca de experiências e o fortalecimento da colaboração interdisciplinar. Estes eventos constituem-se como momentos privilegiados para a atualização científica e a consolidação das melhores práticas, assumindo-se como elementos fundamentais na trajetória para a excelência académica e profissional.

De forma estratégica, estabeleceu-se colaboração com colegas na abordagem de desafios relacionados com a ESF, tanto no acompanhamento das famílias como na otimização da qualidade dos serviços prestados na USF. Esta cooperação envolveu profissionais da própria unidade de saúde, incluindo enfermeiros, médicos e assistentes técnicos, bem como equipas da ULS, nomeadamente da UCC e da URAP. Além disso, foi desenvolvida uma parceria com uma colega, mestranda do mesmo curso, particularmente no âmbito do processo formativo realizado na USF, promovendo uma aprendizagem partilhada e o fortalecimento da prática baseada na evidência.

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

Nas interações subsequentes à aplicação das intervenções em ESF, foi realizada uma avaliação da perceção das famílias sobre os cuidados recebidos e a dinâmica estabelecida na relação com a enfermeira. Para este efeito, recorreu-se a um questionamento aberto, permitindo captar a satisfação das famílias de forma mais abrangente e exploratória. A D. A., da Família 3, manifestou gratidão pelo acompanhamento recebido, destacando a intervenção da mestranda, que, ao recolher dados relevantes, identificou indícios de Baixa Autoestima e procedeu à referenciação para a consulta de Enfermagem de Saúde Mental, a qual foi considerada pela utente como uma mais-valia no seu percurso de cuidados. A utente destacou esta articulação como uma mais-valia no seu percurso de cuidados, evidenciando a importância do olhar atento e da capacidade da EEECESF em promover intervenções interdisciplinares ajustadas às necessidades individuais. Referiu, ainda, que já se verificavam progressos no trabalho desenvolvido em torno da sua questão individual, nomeadamente na exploração da problemática associada à interação sexual, refletindo um avanço positivo no processo terapêutico, o que reflete a importância de uma avaliação familiar completa.

As famílias tiveram a oportunidade de partilhar a sua perceção acerca da relação estabelecida com a enfermeira, expressando as suas opiniões de forma espontânea e refletindo sobre a qualidade da interação ao longo do acompanhamento. Esta satisfação foi manifestada não apenas durante o período de estágio, mas também posteriormente, através de *feedback* transmitido à enfermeira cooperante, evidenciando o impacto positivo da relação terapêutica construída. A Família 1 transmitiu à Enfermeira Cooperante que considerou uma mais-valia todo o trabalho desenvolvido, reconhecendo o impacto positivo das intervenções realizadas. Referiram, ainda, que continuaram a implementar as estratégias definidas em conjunto, mantendo a reflexão sobre o processo de transição e investindo de forma mais consciente no fortalecimento do subsistema conjugal.

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

Serão apresentadas de seguida as vivências que favoreceram a consolidação desta competência principal, explorando de forma aprofundada algumas das suas componentes.

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

A cooperação intra e interdisciplinar foi fomentada através da referenciação de famílias e membros que apresentavam necessidades específicas, beneficiando de uma abordagem integrada e multidisciplinar. Neste sentido, estabeleceu-se articulação com a enfermeira e o médico de família, os assistentes técnicos, a equipa de nutrição e a equipa da UCC, promovendo momentos de discussão e reflexão sobre as melhores estratégias para otimizar a saúde e o bem-estar das famílias e dos seus membros, sempre respeitando o consentimento destes.

Foi implementado um processo de *coaching* com o objetivo de otimizar a documentação dos cuidados em ESF no sistema informático. Foi desenvolvido um guia prático de registo, disponibilizado em todos os gabinetes de enfermagem, permitindo o acesso a todos os enfermeiros. Adicionalmente, foi mantida uma postura de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, promovendo a melhoria contínua no processo de documentação.

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

A participação na conceção, implementação e avaliação de programas de saúde (Programa Nacional para a Diabetes, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, Programa Nacional de Vacinação e Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva) teve como principal foco a melhoria da qualidade da documentação dos cuidados no sistema de informação SClínico-CSP, com especial atenção ao Programa de Saúde da Família. Este esforço traduziu-se na produção de registos clínicos mais eficazes no âmbito da ESF, contribuindo

para a otimização dos resultados em saúde familiar. Além disso, o planeamento, desenvolvimento e avaliação do processo formativo possibilitou a aquisição de competências na realização de formações em serviço, assegurando que estas fossem estruturadas de forma sustentada e ajustadas às reais necessidades dos profissionais de saúde.

Foi fomentada uma cultura organizacional assente na formação, prática e investigação interprofissional, através da colaboração com diversos profissionais, incluindo médicos, enfermeiros da USF e da UCC, bem como mestrandas e docentes da ESEP. A todos estes intervenientes, assim como às famílias e também no meu presente local de trabalho, foi transmitida a visão da ESF em todos os níveis de prevenção, com o objetivo de ampliar a compreensão sobre o papel do EEECESF e a sua intervenção no contexto dos cuidados de saúde familiar.

Em síntese, o percurso de aprendizagem foi determinante para o desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas na área da ESF. Através do rigor académico, foi possível adquirir uma visão mais abrangente das teorias e práticas da ESF, permitindo integrar a família e os seus membros como parceiros ativos no processo de cuidados. A transferência contínua do conhecimento para a prática clínica revelou-se uma competência essencial consolidada ao longo dos estágios, bem como a capacidade reflexiva sobre a prática profissional, que se destaca como eixo central de todo o processo formativo. Esta competência constitui um pilar fundamental para assegurar uma prática segura, centrada nos clientes, garantindo cuidados de qualidade e promovendo ganhos em saúde alinhados com a ESF. Assim, a abordagem adotada manteve-se fundamentada, reflexiva e humanizada, ajustando-se às necessidades identificadas nas famílias e nos seus elementos.

CONCLUSÃO

O presente relatório teve, como objetivo, refletir sobre o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do curso de MECESF, com enfoque na aquisição de competências inerentes ao exercício do EEECESF e na prestação de cuidados de ESF a famílias nucleares com filhos adultos.

No Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, foi realizada a caracterização do contexto da prática clínica especializada, abrangendo a USF e a ULS na qual esta se inseria, proporcionando uma visão abrangente das estruturas, recursos e dinâmicas institucionais envolvidas. Neste módulo, analisou-se o ficheiro da enfermeira cooperante e uma amostra de 60 famílias, permitindo identificar a predominância de famílias nucleares com filhos adultos. Já no Módulo II, foram estabelecidos critérios de inclusão que conduziram à seleção de seis famílias para acompanhamento e intervenção no âmbito da ESF. As consultas decorreram tanto na USF como no domicílio, adotando-se a entrevista familiar sistémica como metodologia central. Para a avaliação e intervenção familiar, recorreu-se ao MDAIF (Figueiredo, 2012), enquanto a Teoria das Transições (Meleis, 2010) foi utilizada na análise dos indivíduos que compõem as famílias, permitindo uma abordagem estruturada e adaptada às necessidades específicas de cada membro.

Com base nos objetivos definidos para as Unidades Curriculares, conclui-se que os estágios possibilitaram a consolidação de conhecimentos em ESF, bem como o desenvolvimento de competências técnicas e executivas orientadas para a avaliação e intervenção em famílias nucleares com filhos adultos, correspondentes à fase VI do Ciclo Vital Familiar. A avaliação realizada permitiu a formulação de diagnósticos de enfermagem nas dimensões de desenvolvimento e funcional, tendo sido implementadas intervenções adaptadas às necessidades identificadas em cada família. Relativamente à colheita de dados, verificou-se uma taxa de cobertura de 100% nas três dimensões do MDAIF, não tendo sido identificadas necessidades de intervenção na dimensão estrutural. Para além dos diagnósticos familiares, foram igualmente identificados diagnósticos nos membros individuais de duas

famílias, com intervenções orientadas às suas necessidades específicas. Embora nem todos os diagnósticos tenham sido positivamente resolvidos no decurso do estágio, foi possível observar progressos nos objetivos definidos, traduzindo-se em melhorias no funcionamento do sistema familiar e no processo de adaptação dos seus elementos às transições vivenciadas.

Inicialmente, a principal dificuldade prendeu-se com a necessidade de clarificar às famílias o propósito do trabalho a ser desenvolvido com elas. Muitas não associavam este tipo de intervenção ao papel do EF, o que exigiu um esforço adicional na explicação do contexto e dos objetivos da avaliação e intervenção familiar. No entanto, ao longo do percurso, verificou-se uma crescente aceitação e envolvimento por parte das famílias, que passaram a demonstrar maior confiança no processo. Progressivamente, reconheceram a relevância deste acompanhamento no contexto das transições do ciclo vital, evidenciando a necessidade de suporte especializado nestes momentos. Este reconhecimento refletiu-se na predisposição das famílias em acolher a intervenção, incluindo a abertura do domicílio para a realização das avaliações, mesmo entre aquelas que habitualmente se deslocavam à USF, reforçando a pertinência e o impacto positivo deste tipo de abordagem.

Ao longo do percurso, tornou-se evidente que tanto o sistema organizacional das USF, como o próprio SNS, ainda apresentam limitações na resposta holística preconizada pela ESF. A predominância do modelo biomédico na prestação de cuidados de saúde continua a dificultar a implementação de abordagens centradas na família e nos seus membros ao longo do ciclo vital, limitando a intervenção para além do tratamento da doença. Esta realidade evidencia a necessidade de uma maior integração do modelo de cuidados familiares na prática clínica, promovendo uma visão mais abrangente e adaptada às reais necessidades das famílias.

Os dados apresentados neste relatório sustentam a relevância de consultas direcionadas às famílias nucleares com filhos adultos, sobretudo no contexto da transição para a autonomia dos filhos e a sua eventual saída de casa. No entanto, a concretização desta prática enfrenta desafios estruturais

significativos, nomeadamente a escassez de tempo e, sobretudo, a insuficiência de recursos humanos. Para além destas limitações organizacionais, a implementação de uma abordagem de ESF baseada na comunicação dialógica, centrada nas expectativas, narrativas e interações familiares, revela-se um desafio adicional. Este contexto reforça a necessidade de um investimento contínuo na capacitação das equipas e na adaptação das metodologias de trabalho, a fim de viabilizar uma prática assistencial que responda, de forma efetiva, às necessidades das famílias ao longo do ciclo vital.

Ao refletir sobre o percurso realizado, antecipam-se mudanças que poderão fortalecer a ESF enquanto área diferenciada dentro da disciplina de enfermagem. No que diz respeito ao sistema de informação e à documentação dos cuidados, identificam-se limitações na avaliação e intervenção em ESF, tornando essencial um maior empenho das equipas de enfermagem na qualificação dos registos clínicos. A valorização da documentação assume um papel central na promoção da visibilidade e reconhecimento do trabalho desenvolvido nesta área. Adicionalmente, no âmbito da melhoria contínua da qualidade, verifica-se a ausência de indicadores de desempenho específicos que reflitam a prática da ESF, o que limita a representatividade dos cuidados prestados às famílias. Assim, torna-se imprescindível a criação de métricas que considerem a família como unidade de cuidados e não apenas o indivíduo isoladamente.

Neste contexto, considera-se que a aquisição de competências ao longo do MECESF contribuiu não só para o desenvolvimento técnico e científico, mas também para uma maior capacidade reflexiva sobre a prática em ESF. Esta área continua a apresentar desafios, exigindo uma abordagem abrangente e dinâmica, capaz de integrar a subjetividade, diversidade e interconexão entre os diferentes sistemas que compõem a realidade familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2009). *RSE - Registo de saúde eletrónico*.

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2022). *Manual de candidatura e acompanhamento das unidades funcionais em cuidados de saúde primários*.

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2023). *Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2023*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao CSP 2023_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf)

Afonso, J. (2018). *Relação conjugal ao longo do ciclo de vida: Satisfação, comunicação, motivação, coesão e adaptabilidade* (Dissertação de doutoramento, ISPA – Instituto Universitário). Repositório Científico de Acesso Aberto ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/6846>

Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Quarteto Editora.

Allgood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8ª ed.). Elsevier.

Alves, F., Medeiros, K., Santos, E., Araújo, G., Santos, L., Souto, R., Lúcio, F., Borba, A., & Jardim, V. (2019). A interdisciplinaridade como estratégia de ensino e aprendizagem. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240192>

Anjos, B. B., & Morais, N. A. (2021). As experiências de famílias com filhos autistas: Uma revisão integrativa da literatura. *Ciencias Psicológicas*, 15(1), e-2347. <https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2347>

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Assembleia da República. (2019). *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro*. Diário da República, Série I, n.º 169.

Barros, R. S. N., Soares, A. B., & Jardim, M. E. M. (2022). Habilidades sociais de casais em diferentes etapas do ciclo de vida familiar. *Latin American Journal of Business Management*, 1, 101–108.

Basílio, V. (2022). *A cultura organizacional e o desempenho das unidades funcionais do ACES Central – ARS Algarve* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/19290>

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – A família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81–95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.

Ben-Shlomo, S., Levin-Keini, N., & Ofir-Barash, E. (2022). Satisfação com a vida em jovens adultos: O papel moderador do apoio dos pais. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 12513. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912513>

Bertalanffy, L. von. (2006). *Teoria geral dos sistemas* (2ª ed.). Vozes.

Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2024).

Birditt, K. S., Miller, L. M., Fingerman, K. L., & Lefkowitz, E. S. (2009). Tensions in the parent and adult child relationship: Links to solidarity and ambivalence. *Psychology & Aging*, 24(2), 287–295. <https://doi.org/10.1037/a0015196>

Biscaia, A. R., Fehn, A. C., & Pereira, A. (2019). The Portuguese family physician: A narrative. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1), e00127118. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00127118>

Bispo, E. (2016). *Enfermeiro de saúde familiar e a comunicação: Transição para a parentalidade* (Tese de doutoramento). Instituto Politécnico de Santarém.

Boscolo, L., & Bertrando, P. (2013). *Terapia sistêmica individual: Manual prático na clínica*. Artesã Editora.

Bougea, A., Kourakou, E., & Kouta, C. (2019). Empty-nest-related psychosocial stress: Conceptual issues, future directions in economic crisis. *Journal of Family Issues*, 40(4), 459–479. <https://doi.org/10.1177/0192513X18818687>

Bourbon, M., Alves, A. C., & Rato, Q. (2019). *Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf

Bowen, M. (2004). *Family therapy in clinical practice*. Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Brandão, M., Martins, J., Peixoto, M., Lopes, R., & Primo, C. (2018). Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26.

Brás, M. S. M. (2020). *Aprender a viver com a Diabetes Mellitus tipo 2! Empoderar a pessoa adulta diabética da UCSP de Ansião* [Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Científico.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.). Allyn & Bacon.

Chaves, M. M. P., & de Miranda, J. L. (2023). Sistemas de informação em saúde: Desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3), e11712.

Chen, J., & Luetz, J. (2020). Mono-/Inter-/Multi-/Trans-/Anti-disciplinarity in research. In *Quality education* (pp. 1–17). Springer.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern*. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237–257). Aspen Publication.

Ciriaco, J. S., Júnior, O. R., Lins, J. G., & Sousa, P. E. (2022). Uma análise sobre a dependência familiar de jovens adultos no Brasil urbano. *Revista Interface*, 19(2).

<https://ojs.ccsa.ufrn.br/index.php/interface/article/view/1203>

Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica* (1ª ed.). Editorial Kapelusz.

Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Um estudo de caso. *Revista Egíptia e Ciencia*, 1(28).

<https://doi.org/10.46691/es.v1i28381>

Costa, C., & Lobão, W. (2017). Indicadores socioeconômicos na avaliação familiar: Uso da Escala Graffar Adaptada. *Revista de Saúde Pública*, 51(3), 45-52.

Crisp, L., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J., Barros, P., & Soares, J. (2014). *Um futuro para a saúde – Todos temos um papel a desempenhar*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, B., & Marks, S. (2013). *Evidence-based nursing: An introduction*. John Wiley & Sons.

Dal Sasso, G. T., Barra, D. C., Paese, F., de Almeida, S. R., Rios, G. C., Marinho, M. M., & Debétio, M. G. (2013). Processo de enfermagem

informatizado: Metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 47(1), 242–249. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342013000100031>

Delatorre, M. Z., & Wagner, A. (2021). A relação conjugal na perspectiva de casais. *Ciências Psicológicas*, 15(1), e-2355. <https://doi.org/10.22235/cp.v15i2.2355>

DeMarco, R., & Healey-Walsh, J. (2019). *Community & public health nursing: Evidence for practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Dias, G. (2004). *Educação ambiental: Princípios e práticas* (9ª ed.). Gaia.

D'Innocenzo, M. (2010). *Indicadores, auditorias e certificações: Ferramentas de qualidade para gestão em saúde* (2ª ed.). Martinari.

Dowich, M. L., & Kissula, J. C. (2023). Geração Canguru: Os principais aspetos que mantêm o jovem adulto na casa dos responsáveis. *Revista Contemporânea*, 3(12), 26922–26945. <https://doi.org/10.56083/RCV3N12-113>

Duvall, E. M., & Miller, B. C. (1985). *Marriage and family development* (6th ed.). Harper & Row.

Eurostat (2022). *Young people in Europe – statistics explained*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230904-1>

Figueiredo, B. (2013). The impact of adult children's home leaving on parents' psychological well-being. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 142–152.

Figueiredo, M. (2022). *Modalidades de intervenção familiar sistémica: Intervenção familiar sistémica*. Lusodidacta.

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Dissertação de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2023). Princípios da entrevista familiar sistémica. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 407–416). Lidel.

Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023). Conotação positiva. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Capítulo 41, Subcapítulo 41.2.2, pp. 438–439). Lidel.

Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023). Rituais terapêuticos. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Capítulo 41, Subcapítulo 41.2.4, pp. 443–444). Lidel.

Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023). Técnicas de intervenção interacionais: Metáfora. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 445–446). Lidel.

Figueiredo, M.H. (2023). Os fundamentos do pensamento sistémico. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Capítulo 8, Subcapítulo 8.1, pp. 68-76). Lidel.

Fiorini, M. C., Bardagi, M. P., Guisso, L., & Crepaldi, M. A. (2021). Impacto do funcionamento familiar na diferenciação do self de universitários brasileiros. *Revista de Psicologia*, 39(2), 909–931.

<https://doi.org/10.18800/psico.202102.014>

Fonseca, I., Cruz, M., Figueiredo, M. H., Monteiro, V., Pinho, C., & Borges, L. (2022). O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com

deficiência: Estudo descritivo-correlacional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 71–83. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.196>

Fonseca, P., Lowen, I., Lourenço, M., & Peres, A. (2018). Cultura organizacional na área da saúde: Um estudo bibliométrico. *Saúde em Debate*, 42, 318–330.

Freed, P. E., & McLaughlin, D. E. (2010). *Using therapeutic letters to promote*

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (1998). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5ª ed.). Appleton & Lange.

Garcia, J. R., & Otero, A. (2022). Parenting in times of change: The impact of societal shifts on parental roles and family satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 31(7), 1824–1835. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02245-x>

Garcia, R., Lima, M., & Carona, C. (2022). A relação entre a paternidade de helicóptero e a satisfação com a vida em países emergentes. Adultos que vivem com os pais: O papel moderador do gênero e da faixa etária. *Central European Journal of Paediatrics*, 18(2), 150–161. <https://doi.org/10.5457/p2005-114.328>

Gobbo, J. P., & Dellazzana-Zanon, L. (2023). Sentido da vida na adultez emergente: Contribuições para a Psicologia do Desenvolvimento. *Revista Subjetividades*, 23(2), e12968.

Gomes, D. L., Sousa, L. P., Souza, M. S., & Nogueira, A. G. U. (2022). O jovem adulto e os conflitos familiares: O impacto das relações para o desenvolvimento do sexto estágio de Erik Erikson. In *Anais do VIII Seminário do Programa de Iniciação Científica da Faculdade Luciano*. ISSN–2358-5854.

Gopee, N. (2015). *Mentoring and supervision in healthcare* (3ª ed.). Sage.

Gottman, J. M., & Silver, N. (2015). *The seven principles for making marriage work: A practical guide from the country's foremost relationship expert*. Harmony.

Grant, A. (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31(3), 253–263.
<https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.3.253>

Guimarães, M. S. G. M. (2022). *Papel do enfermeiro especialista no processo de transição saúde-doença da pessoa em situação crítica* [Relatório de estágio de mestrado, Universidade Católica Portuguesa].
<http://hdl.handle.net/10400.14/38255>

Helms, H., Walls, J., Crouter, A., & McHale, S. (2010). Provider role attitudes, marital satisfaction, role overload and housework: A dyadic approach. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 568–577.
<https://doi.org/10.1037/a0020637>

Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: Programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(23), 31–40.
<https://doi.org/10.12707/RIV19077>

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work* (2nd ed.). John Wiley & Sons.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2025, 3 de março). *Dia Mundial da Obesidade – 4 de março: Mais de metade da população adulta com excesso de peso ou obesidade*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=594414636&DESTAQUEStema=55565&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

International Council of Nurses. (2023). *International Classification for Nursing Practice – Browser, 2019 release*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Jong, P., & Berg, I. K. (2013). *Interviewing for solutions*. Brooks/Cole, Cengage Learning. <https://books.google.st/books?id=PeguLgEACAAJ>

Jordão, T. M. (2019). *A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem Centrada na Família: Impacto de um Programa de Formação* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria.

Karimi, F., Poo, D., & Tan, Y. (2015). Clinical information systems end user satisfaction: The expectations and needs congruencies effects. *Journal of Biomedical Informatics*, 53, 342–354. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2014.12.008>

Kelly, G. (2020). *The psychology of personal constructs* (1^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203359037>

Kirkhorn, L. E., & Airth-Kindree, N. M. (2010). Letter-writing as an expression of nursing care. *Nursing Education Perspectives*, 31(2), 116–117. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20455371>

Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating Training Programs: The Four Levels* (3rd ed.). San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

Laukka, E., Hammarén, M., Pölkki, T., & Kanste, O. (2023). Hospital nurse leaders' experiences with digital technologies: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 297–308. <https://doi.org/10.1111/jan.15481>

Leme, V. B. R., Coimbra, S., Dutra-Thomé, L., Braz, A. C., Morais, G. A., Falcão, A. O., & Fontaine, A. M. (2021). Preditores das crenças de autoeficácia de jovens frente aos papéis de adulto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, e373513. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e373513>

Lindgren, A. (2018). Navigating the empty nest: The role of parental identity and relationship satisfaction in the transition to adulthood. *Journal of Family Issues*, 39(4), 949–973.

Lohr, S. L. (2019). *Sampling: Design and Analysis* (2nd Edition). Chapman and Hall/CRC.

Luz, S., & Mosmann, C. (2018). Funcionalidade e comunicação conjugal em diferentes etapas do ciclo de vida. *SPAGESP*, 19(1), 21–34.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000100003&lng=pt&tlng=pt

Macedo, A. F. (2023). *A entrevista motivacional como intervenção do enfermeiro especialista na pessoa com perturbação depressiva* (Relatório de estágio). Instituto Politécnico de Saúde do Norte. Repositório Científico da CESPU. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/4521>

Machado, D. M. R., Brás, M. A. M., Almeida, A. D. L., & Vilela, A. C. L. (2023). Modelos de intervenção transgeracional aplicados à enfermagem de saúde familiar – Revisão narrativa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista de Psicología*, 2, 113–122.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n2.v1.2582>

Marcelino, D. (2022). *A importância da formação contínua para profissionais de saúde*. Mycareforce. <https://mycareforce.co/blog/a-importancia-da-formacao-continua-para-profissionais-de-saude/>

Marin, H. (2010). Sistemas de informação em saúde: Considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1). <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4>

Marques, M. (2021). *A importância da formação na qualidade dos cuidados prestados no serviço de urgência básica* (Dissertação de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde). Universidade do Minho. Repositório da

Universidade do Minho.

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76449>

McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2012). *Genograms: Assessment and Intervention* (3ª ed.). New York: W. W. Norton & Company.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (3ª ed.). Guilford Press.

Ministério da Saúde. (1991). Decreto-Lei n.º 437/91. *Diário da República: I Série-A, n.º 257*.

Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei n.º 298/2007. *Diário da República: 1.ª Série, n.º 161*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>

Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008. *Diário da República: 1.ª Série, n.º 38*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Ministério da Saúde. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Indicadores e metas em saúde*. [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores e Metas em Saude1.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude1.pdf)

Ministério da Saúde. (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014. *Diário da República: 1.ª Série, n.º 149*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Ministério da Saúde. (2019). Decreto-Lei n.º 71/2019. *Diário da República: I Série, n.º 101*.

Ministério da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt>

Ministério da Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/home.aspx?cpp=1>

Ministério da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável – De tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>

Ministério da Saúde. (2022). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/home.aspx?cpp=1>

Ministério da Saúde. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023. *Diário da República: 1.ª Série, n.º 215*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Ministério da Saúde. (2023). *Sistema de informação das administrações regionais de saúde: Bilhete de identidade de indicadores de monitorização e contratualização*.

Ministério da Saúde. (2024). Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional – 2023: Relatório 2024. <https://www.dgs.pt>

Mussumeci, A. A., & Ponciano, E. L. T. (2019). Ciclo de vida conjugal: Momentos de estresse previsíveis ao longo do casamento. *Psicologia em Revista*, 25(3), 1171–1193. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v25n3/v25n3a14.pdf>

Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 125–134.

Nunes, C., Ayala-Nunes, L., Ferreira, L. I., & Martins, C. (2021). Características psicométricas e estrutura fatorial da FACES III numa amostra de famílias em risco psicossocial. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 59(2), 49–61. <https://doi.org/10.21865/RIDEP59.2.04>

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. In J. C. H. C. (Ed.), *Encyclopedia of family studies* (pp. 406–411). Wiley.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Do caminho percorrido e das propostas: Análise do primeiro mandato (1999-2003)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/ordem/Documents/RelatoriosPlanosdeActividade/RelatorioContas2003.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 126/2011 - Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República: II Série*, n.º 35, 8660-1.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. NORPRINT Artes Gráficas, S.A. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Regulamento da formação profissional da Ordem dos Enfermeiros: Versão 1*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissional_oe.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. *Diário da República: II Série*, n.º 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República: 2.ª Série, n.º 26*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019. *Diário da República: 2.ª Série, n.º 184*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada de posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS*.

Loures: Lusociência.

Otto, A. F. N., & Ribeiro, M. A. (2021). Fundamentos epistemológicos da teoria de Murray Bowen. *Nova Perspectiva Sistêmica, 30*(70), 51–63.

<https://doi.org/10.38034/nps.v30i70.614>

Özmete, E., & Bayolu, A. S. (2009). Parent-young adult conflict: A measurement on frequency and intensity of conflict issues. *The Journal of International Social Research, 2*(8), 313–322.

<https://www.sosyalarastirmalar.com/articles/parentyoung-adult-conflict-a-measurement-on-frequency-and-intensity-of-conflict-issues.pdf>

Paiva, L. P. C., & Rasesa, E. F. (2012). O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psicologia Clínica, 24*(1), 193–207.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652012000100013&lng=pt&nrm=iso

Paiva, M. L. S. C. (2020). O processo de in(dependência) do adulto jovem. *Cadernos CERU, Série 2, 31*(2), 149–156.

<https://www.revistas.usp.br/ceru/article/view/182166>

Parra, A., Sanchez-Queija, I., Garcia-Mendoza, M., Coimbra, S., Oliveira, J., & Díez, M. (2019). Estilos parentais percebidos e ajustes durante a idade adulta emergente: Uma perspectiva transnacional. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 2757.

<https://doi.org/10.3390/ijerph16152757>

Pinheiro-Carozzo, N. P., Silva, I. M., Murt, S. G., & Gato, J. (2020). Intervenções familiares para prevenir comportamentos de risco na adolescência: Possibilidades a partir da teoria familiar sistêmica. *Pensando Famílias*, 24(1), 207–223.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100015

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

Plano de Ação da Unidade Funcional. (2024).

Plano Local de Saúde. (2022).

PORDATA. (2022). *Conheça o seu município*.

<https://www.pordata.pt/municipios>

PORDATA. (2023). *Prevalência de fumadores por sexo (%)*.

<https://doi.org/10.1177/0192513x07307855>

Porreca, W. (2019). Relação conjugal: Desafios e possibilidades do “nós”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35.

<https://doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe7>

Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023. *Diário da República*, n.º 215/2023, Série I. www.dre.pt

Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. *Diário da República: Série I*, n.º 215, 21–48.

Prioste, A., Tavares, P., & Magalhães, E. (2019). Tipologias de funcionamento familiar: Do desenvolvimento identitário à perturbação emocional na adolescência e adultez emergente. *Análise Psicológica*, 37(2), 173–192. <https://doi.org/10.14417/ap.1534>

Proulx, C. M., & Helms, H. M. (2008). Mothers' and fathers' perceptions of change and continuity in their relationships with young adult sons and daughters. *Journal of Family Issues*, 29(2), 234–261.

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(1), 168–179.

Ramos, F. S. (2020). *O prolongamento da coabitação entre pais e filhos: Diferenciação de self e transmissão intergeracional* [Tese de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. *Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações*.

https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_1b0179f413116ca1868e0cf2f3728786

Ramos, M., Brandão, A., Graever, L., & Campo, C. (2021). Melhoria contínua da qualidade: Uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 16(43), 2376. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2736](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2736)

Regulamento Interno da USF. (2024).

Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica* (2.^a ed.). Afrontamento.

Ribeiro, O., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentados nos referenciais teóricos da disciplina: Realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39–48.

Robbins, S. P. (2005). *Comportamento organizacional* (11^a ed.). Pearson Prentice Hall.

Santiago, C., Figueiredo, M. H. (2023). Estrutura e configurações familiares. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Capítulo 11, Subcapítulo 11.3., pp. 101–102). Lidel.

Santos, E. J. (2019). *Da avaliação familiar ao processo de enfermagem à família – Construção de um programa de desenvolvimento de competências* (Tese de mestrado). Escola Superior de Saúde de Leiria. IC-Online.

<http://hdl.handle.net/10400.8/4709>

Schlunegger, M., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2022). Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11–12), 2521–2532. <https://doi.org/10.1111/jocn.16382>

Schön, D. A. (1992). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. Jossey-Bass.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 34–48). Springer Publishing Company.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (1ª ed.). Lidel.

Sequeira, J., & Alarcão, M. (2015). Assessment system of narrative change validation studies. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 52–61.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS]. (2014). *Sobre os sistemas de informação*. <https://www.spms.min-saude.pt/sobre-os-sistemas-de-informacao/>

Shimkowski, J. (2018). Investigating the effects of parents' inappropriate disclosures on young adults' emotion regulation and rumination. *Southern*

Communication Journal, 83(5), 283–292.

<https://doi.org/10.1080/1041794X.2018.1492627>

Silva, M. A. (2016). *Enfermagem de família: Contextos e processos em cuidados de saúde primários* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84294/2/113541.pdf>

Silva, M. M., Figueiredo, C. M., & Costa, M. S. (2022). Conjugalidades e interações familiares de casais em 'ninho vazio': Análise baseada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3), e26803. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-26803>

Silva, R., Olegário, T., Costa, D., Duarte, F., Nelson, A., & Prado, N. (2013). Análise contextual do trabalho do enfermeiro na atenção básica: Revisão integrativa. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 7(10).

SNS24. (2023). *Doenças do Coração – Hipertensão Arterial*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial/>

Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação de questões de pesquisa na prática baseada em evidências. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31–39.

Souza, L., Rocha, F., & Mazzo, L. (2018). Clima organizacional e ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes em um hospital público do Estado de São Paulo. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 26(1), 85–95.

Tavares, P. (2020). *Fatores determinantes na transição para cuidados paliativos: Perspetiva do perito em enfermagem à pessoa em situação paliativa* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Ciências Sociais e Saúde].

<https://hdl.handle.net/10216/129207>

Tissot, D., & Falcke, D. (2017). A conjugalidade nas diferentes etapas do ciclo vital familiar. *Quaderns de Psicologia*, 19(3), 265–276.

<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1399>

Velikonja, N. K. (2020). Interdisciplinarity of research in nursing: The crossing of health, biomedical and social sciences. *Pielęgniarstwo XXI Wieku / Nursing in the 21st Century*, 18(3), 169–173. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2019-0018>

Vieira, A., & Rava, P. (2012). Ninho cheio: Perspectivas de pais e filhos. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(1), 84–96.

Virgolino, A. P. L. (2008). *Co-construindo problemas e soluções num passo de mágica?: O processo de mudança em sessões únicas de terapia* (Tese de mestrado). Repositório da Universidade de Lisboa.

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/772/1/17172_TeseMIP_Ana_Patricia_Virgolino.pdf

Wampler, K. S., Miller, R. B., & Seedall, R. B. (Eds.). (2020). *The handbook of systemic family therapy*. John Wiley & Sons Ltd.

<https://doi.org/10.1002/9781119790181>

Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2002). *Pragmática da comunicação humana*. Cultrix.

Weeks, G. R., & D'Aniello, C. (2017). Teaching reframes in a master's level marriage and family therapist program. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(4), 303–316. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1297068>

Weeks, G. R., & Fife, S. T. (2014). *Couples in treatment: Techniques and approaches for effective practice*. Routledge.

Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or control and communication in the animal and the machine*. MIT Press.

Wiener, Y. (1988). Forms of value systems: A focus on organizational effectiveness and cultural change and maintenance. *The Academy of Management Review*, 13(4), 534–545. <https://doi.org/10.2307/258373>

Williams, L., & Auburn, T. (2016). Accessible polyvocality and paired talk: How family therapists talk positive connotation into being. *Journal of Family Therapy*, 38, 535–554.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6^a ed.). F. A. Davis.

Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. Basic Books.

Wright, L., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5^a ed.). Roca.

Yao, Y., Jia, G., Lin, P. M. C., & Huang, J. (2020). Young adult children traveling with parents: Insights on conflict and its causes. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 37(6), 727–738.
<https://doi.org/10.1080/10548408.2020.1812470>

Zhang, Z., & Zhu, X. (2012). Empirical analysis of the relationship between organizational culture and organizational performance. In *Conferência Nacional de Tecnologias da Informação e Ciências Computacionais* (pp. 763–766). <https://doi.org/10.2991/citcs.2012.14>

Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva (Erechim)*, 36(136), 133–142.

Zuluaga, M., Mesa, S., Valencia, J., & Bustamante, A. (2019). La metáfora en terapia familiar: Fundamentos para la intervención. *Revista Faculdade de Trabalho Social*, 35(35), 80–105.

ANEXOS

ANEXO I – Planos de Acompanhamento Interno

PAI 1

Dimensão: Saúde da Mulher

Título: Rastreio de cancro do colo do útero, em mulheres com idades entre os 25 e os 60 anos

Identificação do problema: A escolha do tema “Rastreio de cancro do colo do útero, em mulheres com idades entre os 25 e os 60 anos” baseou-se na constatação, pela equipa, da importância de monitorizar e promover o programa de rastreio oncológico, em particular na área do cancro do colo do útero. A adesão por parte das utentes às consultas do programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero encontra-se aquém do desejado, o que poderá estar relacionado com parte das utentes beneficiar de subsistemas de saúde, privilegiando serviços de saúde privados em detrimento do SNS, não se encontrando garantido, por vezes, o seguimento holístico e consequentemente rastreio com periodicidade adequada. Tem sido uma constante, no dia-a-dia dos profissionais desta Unidade e ao longo dos anos da sua existência o desenvolvimento de estratégias necessárias para a captação dos utentes.

Objetivos Geral: Aumentar a eficácia das consultas de planeamento familiar, rastreio do cancro de colo do útero e vigilância oncológica.

Objetivos Específicos:

- Promoção do atendimento acessível, personalizado e gratuito na consulta de Planeamento Familiar;
- Promover a adesão às consultas de Vigilância Oncológica entre os 25 e os 60 anos;
- Realização da citologia cervico-vaginal, de acordo com as normas do programa de rastreio oncológico, às utentes elegíveis para o estudo;
- Realização de consulta de Planeamento Familiar de Enfermagem a todas utentes da amostra selecionada;
- Avaliação do Índice de Massa Corporal às utentes elegíveis para estudo;

- Avaliação dos critérios de elegibilidade para o método contraceptivo escolhido e registo do mesmo.

PAI 2

Dimensão: Doenças Aparelho Respiratório

Título: Acompanhamento de utentes com DPOC

Identificação do Problema: Verificou-se um subdiagnóstico de utentes desta unidade com DPOC, quando comparado com a taxa de prevalência em Portugal.

Objetivo Geral: Identificar os utentes inscritos na USF Pirâmides com o diagnóstico de DPOC, com o objetivo de efetuar uma abordagem estruturada destes doentes, quer no controlo dos sintomas, na preservação da função pulmonar e na redução de agudizações e internamentos hospitalares.

Objetivos Específicos:

- Identificar doentes com DPOC com registo no SClínico e sua classificação;
- Avaliar a realização de espirometria nos doentes com DPOC;
- Avaliar se doente se encontra controlado, através da espirometria;
- Avaliar a exposição a fatores desencadeantes da doença;
- Identificar e quantificar hábitos tabágicos;
- Avaliar o grau da dependência tabágica e motivação para cessação tabágica;
- Avaliar se regime terapêutico está a ser ou não eficaz;
- Identificar episódios de agudização ou internamento;
- Identificar doentes com DPOC com seguimento hospitalar em Pneumologia;
- Identificar doentes com DPOC que fazem oxigenoterapia diária;

- Avaliar a taxa de vacinação antigripal anual nestes doentes;
- Avaliar a taxa de doentes com DPOC com vacina antipneumocócica atualizada;
- Identificar os doentes referenciados para a consulta de cessação tabágica.

PAI 3

Dimensão: Satisfação de Utentes

Título: Melhoria da satisfação dos utentes da USF

Identificação do problema: A satisfação dos utentes é uma vertente importante que contribui para a melhoria dos cuidados prestados, sendo a sua análise essencial para estabelecer estratégias que possam resultar em benefícios para os utentes.

Objetivo: Melhoria da taxa global da satisfação dos utentes da USF para 77%.

PAI 4

Dimensão: Satisfação Profissionais

Título: Avaliação da satisfação de profissionais da USF

Identificação do problema: A satisfação dos profissionais é fundamental para o bom funcionamento de um serviço, permitindo aos respetivos profissionais, uma maior dedicação e empenho na realização do seu trabalho. Isto é muito importante para a prestação de um serviço de qualidade aos utentes da unidade.

Objetivo: Melhoria da satisfação dos profissionais da USF

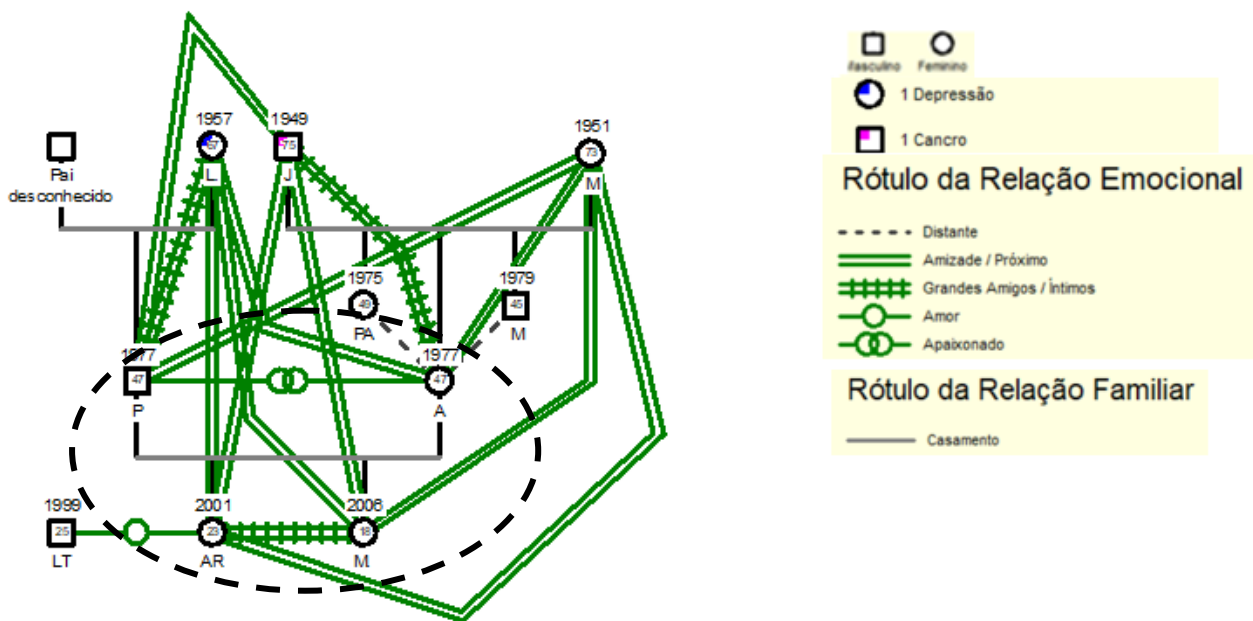
ANEXO II – Explicação da prestação de cuidados às restantes famílias

Família 3

A Família 3 é constituída pelo casal P., de 47 anos, bancário e A., de 47 anos, cuidadora formal. Têm 2 filhas, a A.R. de 23 anos, engenheira informática e a M. de 18 anos, estudante de medicina. Os elementos da família não possuem antecedentes clínicos.

No acompanhamento realizado a esta família, foram efetuadas três consultas de enfermagem, nas quais apenas esteve presente A. A ausência dos restantes elementos limitou a possibilidade de obter uma visão mais abrangente da dinâmica familiar. No entanto, segundo a TGS, qualquer mudança num dos membros repercute-se em todo o sistema familiar, pelo que a intervenção realizada com A. teve potencial para gerar ganhos em saúde para toda a família.

As consultas decorreram na USF. O genograma e a psicofigura de Mitchell foram elaborados com base no questionamento linear realizado a A. e encontra-se representado abaixo.

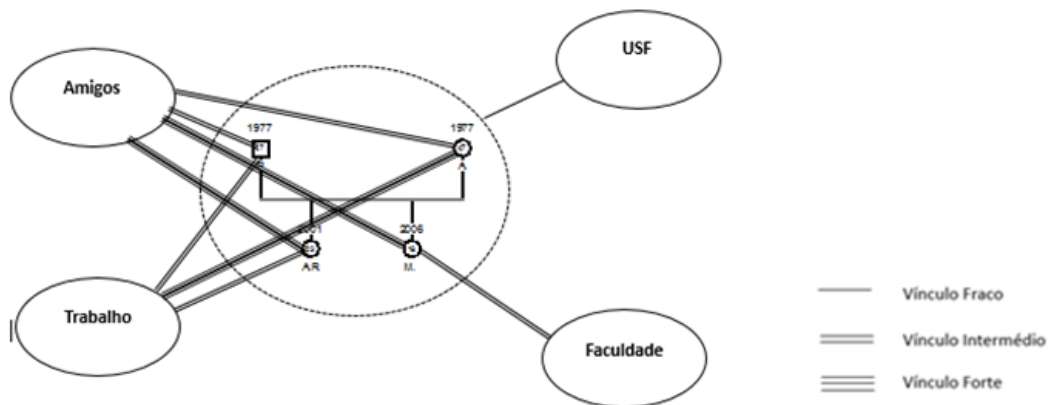


Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família 3

A Família 3 é uma família nuclear, composta por diferentes subsistemas que estruturam a sua dinâmica. O subsistema conjugal inclui o casal P. e A., enquanto o subsistema parental corresponde ao papel que desempenham como pais de A.R. e M. A relação dos filhos com os pais configura o subsistema filial, e a ligação entre as irmãs estabelece o subsistema fraternal.

No que diz respeito à família extensa, observa-se que os membros da Família 3 mantêm diferentes níveis de proximidade nas suas relações. A. tem atualmente uma ligação mais distante com os irmãos, uma vez que nenhum deles reside no distrito de origem, o que levou a uma diminuição natural no contacto entre eles. No entanto, em fases mais desafiantes, nomeadamente quando o pai esteve com a sua condição de saúde mais debilitada devido ao cancro, A. prestou apoio frequente, deslocando-se quase todos os fins de semana para o distrito onde residem os pais. Atualmente, mantém o hábito de visitar os pais um fim-de-semana por mês, garantindo a continuidade da ligação familiar. Relativamente ao contacto com a mãe de P., este é bastante frequente, verificando-se comunicação telefónica quase diária e visitas presenciais ao fim de semana. Além da proximidade afetiva, estas interações visam proporcionar suporte emocional e acompanhamento, reforçando a importância da rede familiar alargada como um pilar de apoio.

Após a análise dos sistemas mais amplos e das relações estabelecidas pela Família 3 com estes, foi desenvolvido o respetivo Ecomapa, apresentado abaixo sendo que apenas foi considerado o que foi reportado por A.



Ecomapa da Família 3

A análise do Ecomapa evidencia diferentes níveis de ligação com os contextos sociais e profissionais dos seus membros. No que diz respeito à relação com a USF, todos os elementos da família mantêm um vínculo fraco, refletindo uma interação pouco significativa com esta instituição. Relativamente às relações sociais, P. e A. apresentam um vínculo intermédio com os amigos, enquanto A.R. e M. mantêm um vínculo forte com o seu círculo social, evidenciando a importância da convivência com os amigos para o seu bem-estar. No contexto profissional, P. e A.R. possuem um vínculo intermédio com o trabalho, enquanto A. apresenta um vínculo forte, resultado da sua dedicação à sua profissão como cuidadora formal de uma família com crianças com necessidades de saúde especiais. A. destaca sentir uma ligação emocional muito significativa com as crianças de quem cuida, o que reforça o impacto do seu trabalho na sua vida. Por sua vez, M. mantém um vínculo intermédio com a faculdade, demonstrando envolvimento académico, mas sem que este seja o seu principal foco de ligação.

Segundo a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), a Família 3 é classificada como pertencente à classe média-alta, apresentando um score de 10 na escala com cinco itens. Esta classificação deve-se à profissão de P., que exerce funções como bancário, possuindo um grau de licenciatura e um vencimento estável. A família reside numa habitação de nível 2, localizada no centro da cidade, proporcionando boas condições de conforto e habitabilidade.

A localização urbana facilita o acesso a diversos serviços e infraestruturas, contribuindo para uma maior conveniência no dia-a-dia da família.

Com base na matriz operativa do MDAIF e atendendo às particularidades da Família 3, foram analisadas as áreas de atenção pertinentes, conforme sintetizado no Quadro abaixo.

Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 3, por dimensões de avaliação

| Dimensões de Avaliação | Áreas de Atenção | Dimensões Operativas Avaliadas |
|-----------------------------|---|--|
| Dimensão Estrutural | Rendimento Familiar | Origem do Rendimento Conhecimento e Capacidade de Gestão |
| | Edifício Residencial | Tipo de Habitação Conhecimento sobre os riscos de edifício residencial não seguro |
| | Precaução de Segurança | Presença de Aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização Utilização de Gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização |
| | Abastecimento de Água | Utilização de rede pública/privada |
| | Animal Doméstico | Vacinação Desparasitação |
| Dimensão de Desenvolvimento | Satisfação Conjugal | Relação Dinâmica |
| | | Comunicação |
| | | Interação Sexual |
| | | Função Sexual |
| | Papel Parental – família com filhos adultos | Conhecimento do papel |
| | | Comportamentos de adesão |
| | | Consenso do papel |
| Planeamento Familiar | Conflito do papel | |
| | Saturação do papel | |
| | Fertilidade | |
| Dimensão Funcional | Processo Familiar | Uso de Contraceutivo |
| | | Conhecimento sobre Reprodução |
| | | Comunicação |
| | | Coping |
| | | Interação de papéis |
| | | Relação Dinâmica |

Relativamente à dimensão estrutural foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Precaução de Segurança Demonstrada e Abastecimento de Água Adequado. A família não apresenta animal doméstico.

No âmbito da Dimensão de Desenvolvimento, nomeadamente na Satisfação Conjugal, A. relata estar satisfeita com a divisão das tarefas domésticas, com o

tempo que estão juntos e a forma como cada um expressa os sentimentos apresentando uma Relação Dinâmica Não Disfuncional. No âmbito da Comunicação, o casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um, consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião e está satisfeito com o seu padrão de comunicação, apresentando uma Comunicação Eficaz.

No decorrer da segunda consulta, procurou-se explorar a percepção de A. sobre a sua interação sexual, questionando se se sentia satisfeita com a sua vida íntima. Após um momento de reflexão, respondeu com hesitação: *"Para ser sincera... não, não sinto propriamente vontade de ter uma relação sexual."* Perante esta resposta, aprofundou-se a questão, questionando se acreditava que o marido partilhava do mesmo sentimento ou se havia algo na relação que pudesse estar a influenciar esta situação. A. esclareceu que não se tratava do marido, afirmando: *"Não... Eu e o meu marido temos uma boa relação, ele é muito querido e meigo comigo... aliás, não tem nada a ver com ele, também não penso em estar com mais ninguém, simplesmente... não sinto grande vontade, o que acaba por me incomodar para ser sincera, gostava de conseguir voltar a sentir o que sentia antes, mas ele também já me referiu que tem a percepção que muitas vezes não estou disponível e por não tomar a iniciativa porque tem receio da minha reação."*

Face ao que foi referido foi nomeado o diagnóstico: Satisfação Conjugal Não Mantida relacionado com Interação Sexual Não Adequada, manifestado por insatisfação do casal sobre o padrão de sexualidade.

Com o objetivo de melhorar a comunicação do casal sobre este tema, questionou-se se A. já tinha partilhado os seus sentimentos com o marido e se se sentia confortável para o fazer. A mesma respondeu: *"Nunca lhe disse diretamente... se calhar devia ser algo a conversar."* Perante esta afirmação, procurou-se perceber se considerava que esta conversa poderia ser um ponto de partida para encontrar uma solução em conjunto e se efetivamente gostaria de melhorar esta situação no futuro. A. respondeu afirmativamente, reconhecendo a importância deste diálogo. Como estratégia, combinou-se que

a utente iria conversar com o marido sobre esta questão e que o tema seria revisto na consulta seguinte.

Na consulta seguinte, decorrida um mês depois, questionou-se A. sobre a conversa com o marido. A mesma admitiu não ter conseguido falar com ele, referindo que ainda não tinha encontrado a oportunidade certa, mas revelou que tinha pensado bastante sobre o que foi discutido na consulta anterior. Dando continuidade ao processo, questionou-se o que tinha refletido e se havia algo que quisesse partilhar. A. referiu que a falta de desejo sexual começou a notar-se desde que o pai foi diagnosticado com cancro. Explicou que a sua mente ficou ocupada com o medo de o perder e que, durante o período de quimioterapia, viveu momentos emocionalmente muito difíceis. Acrescentou que, apesar da recuperação e estabilização do estado de saúde do pai, não conseguiu voltar a sentir-se como antes. Além disso, A. revelou que sempre teve dificuldade em se entregar completamente na intimidade, mencionando que não gosta de se ver ao espelho sem roupa, sobretudo depois de ter tido as filhas. Confessou ainda que sente dificuldade em permitir que o marido a olhe diretamente sem roupa, mesmo reconhecendo que ele é sempre carinhoso e respeitador consigo. Perante o desabafo da utente, foi nomeado o diagnóstico Baixa Autoestima, sendo este um diagnóstico do indivíduo. Questionou-se se alguma vez tinha discutido estas questões com alguém ou com um profissional, ao que A. respondeu que não. Justificou que, durante a fase mais difícil da doença do pai, não teve tempo para processar o impacto emocional da situação, e os seus próprios sentimentos sobre a imagem corporal foram sendo ignorados e guardados para si mesma. Com o objetivo de promover a autoestima da utente e reforçar o trabalho em equipa multidisciplinar, foi sugerido que A. pudesse explorar estas questões com uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, integrada no Projeto de Saúde Mental da UCC da sua área de abrangência. Explicou-se que esta equipa trabalha em alinhamento com o Programa Nacional para a Saúde Mental, que visa assegurar o acesso a serviços de qualidade para promoção da saúde mental e apoio a quem enfrenta dificuldades emocionais. A. aceitou a sugestão e manifestou interesse em receber este acompanhamento. Desta forma,

procedeu-se à referenciação para o serviço especializado e estabeleceu-se contacto com a enfermeira responsável pelo projeto na UCC, garantindo um acompanhamento integrado. Um mês depois, foi efetuado um novo contacto com a Enfermeira Especialista, que informou que já tinham sido realizadas duas consultas com A., tendo-lhe sido sugeridas algumas atividades para reforço da autoestima, às quais a utente tinha reagido positivamente. No entanto, referiu que ainda há um longo caminho a percorrer, pelo que o acompanhamento continuará de forma consistente. Foi também contactada A., que manifestou grande satisfação com a referenciação, afirmando: *"Sinto que foi uma grande ajuda. Aqueles momentos são mesmo para mim, para eu falar e refletir sobre mim própria. Sei que ainda tenho muito a trabalhar, mas estou feliz por ter esta ajuda."* Desta forma, verifica-se que a utente se encontra motivada para o processo de melhoria da sua autoestima, reconhecendo a importância do acompanhamento especializado na construção do seu bem-estar emocional. Deste modo, mantêm-se ambos os diagnósticos ativos, uma vez que ainda existem necessidades a serem trabalhadas ao longo do tempo. Considerando o período limitado do ensino clínico, não seria possível observar uma alteração significativa do seu *status* dentro deste intervalo. Todas estas informações foram discutidas com a enfermeira cooperante, garantindo que a continuidade de cuidados será assegurada, permitindo que A. continue a receber o acompanhamento necessário para a melhoria da sua autoestima e da interação sexual na relação conjugal.

No que diz respeito ao Papel Parental na família com filhos adultos, A. apresenta conhecimento demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental, comportamentos de adesão demonstrado com consenso do papel, sem conflito ou saturação do mesmo, apresentando um Papel Parental Adequado.

Relativamente ao Planeamento Familiar, A referiu não ter intenção de ter mais filhos, mencionando que utiliza um método contraceutivo oral, prescrito pela médica de família. A utente demonstrou conhecimento sobre o uso adequado do método, o que permitiu formular o diagnóstico de Planeamento Familiar Eficaz.

Na Dimensão Funcional, foi realizada a avaliação do processo familiar, abordando as subáreas de *Coping*, Interação de Papéis e Relação Dinâmica. Contudo, esta avaliação foi conduzida exclusivamente com A., não tendo sido possível recolher as perspetivas do marido e das filhas. Assim, as perceções analisadas refletem apenas a visão da própria, podendo não representar a totalidade da dinâmica familiar. A ausência dos outros membros na avaliação constitui uma limitação, uma vez que a funcionalidade familiar idealmente deveria ser analisada com a participação de todos.

No que se refere à comunicação familiar, A. referiu que existe um ambiente de diálogo aberto e respeitoso, onde todos se sentem à vontade para partilhar as suas opiniões e preocupações, apresentando uma Comunicação Emocional, Verbal/Não Verbal e Circular Eficaz.

Relativamente ao *coping* familiar, A. mencionou que a família tem uma boa capacidade para lidar com dificuldades e resolver problemas, destacando que sempre se habituaram a gerir os desafios juntos e de forma prática, sendo este eficaz.

No âmbito da interação de papéis, não foram identificados conflitos ou desigualdades, sendo evidente que existe uma partilha equilibrada das responsabilidades familiares.

Quanto à relação dinâmica, A. indicou que a família mantém um ambiente de respeito e cooperação, sem coligações ou disputas de poder. Mencionou que a dinâmica se baseia na confiança e que todos têm espaço para expressar as suas ideias e necessidades sem receio de julgamento.

No que concerne à funcionalidade familiar, A. considera que a família é altamente funcional, de acordo com os resultados obtidos na Escala de APGAR Familiar. Adicionalmente, a Escala Faces II classificou a família como Ligada/Flexível, demonstrando bons níveis de coesão e capacidade de adaptação.

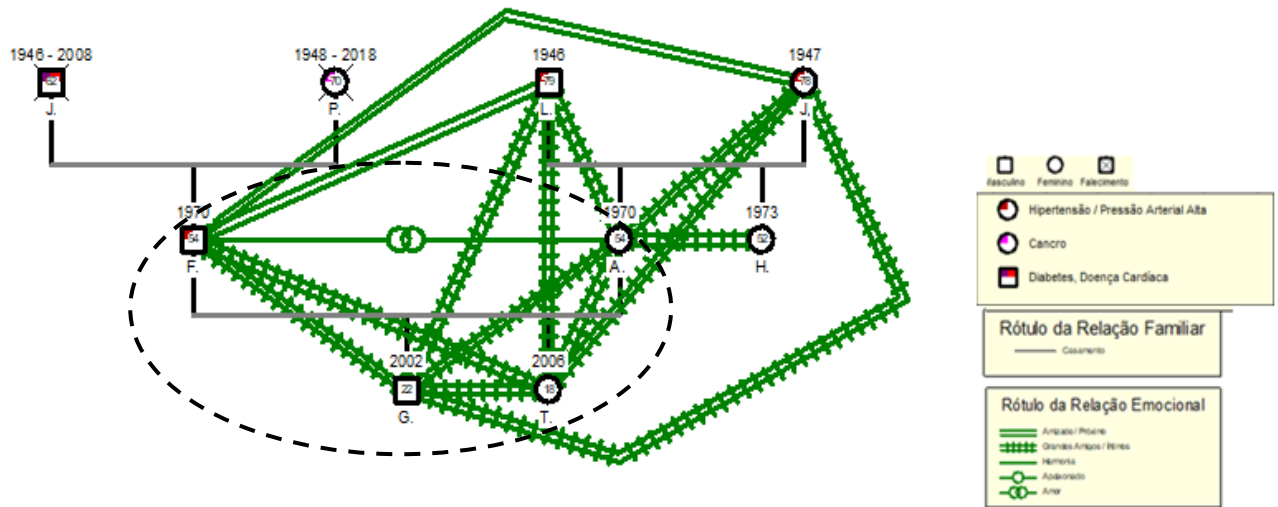
No âmbito da intervenção individualizada com A., além do diagnóstico de Baixa Autoestima, a abordagem seguiu os referenciais do Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2022), centrando-se na avaliação dos determinantes

comportamentais, como alimentação, atividade física e hábitos tabágicos. A utente revelou um estilo de vida saudável, com prática regular de exercício físico, alimentação equilibrada e ausência de hábitos tabágicos. Apresentou valores adequados de pressão arterial (122/74 mmHg) e de IMC (20,4 kg/m²), indicativos de bom estado nutricional e controlo cardiovascular. A análise alimentar evidenciou uma ingestão ajustada às recomendações, com preocupação ativa na manutenção de hábitos saudáveis, mesmo fora da rotina habitual. A utente adere ainda o Programa Nacional de Vacinação e os rastreios recomendados para a sua faixa etária.

Família 4

A Família 4 é constituída pelo casal F., de 54 anos, engenheiro mecânico e professor universitário e A., de 54 anos, professora do ensino secundário. Têm 2 filhos, o G. de 22 anos, estudante do mestrado de engenharia eletrotécnica e T. de 18 anos, estudante da licenciatura de medicina veterinária. F. tem como antecedentes clínicos: Hipertensão Arterial. A. e os filhos não possuem antecedentes clínicos.

No trabalho desenvolvido com esta família, foram realizadas três consultas de enfermagem, sendo que na primeira esteve presente o casal, na segunda estiveram presentes os filhos e na última esteve o casal. Todas as consultas decorreram no domicílio da família. O genograma e a psicofigura de Mitchell da família encontram-se representados abaixo, tendo sido elaborado com base no questionamento linear efetuado à família.



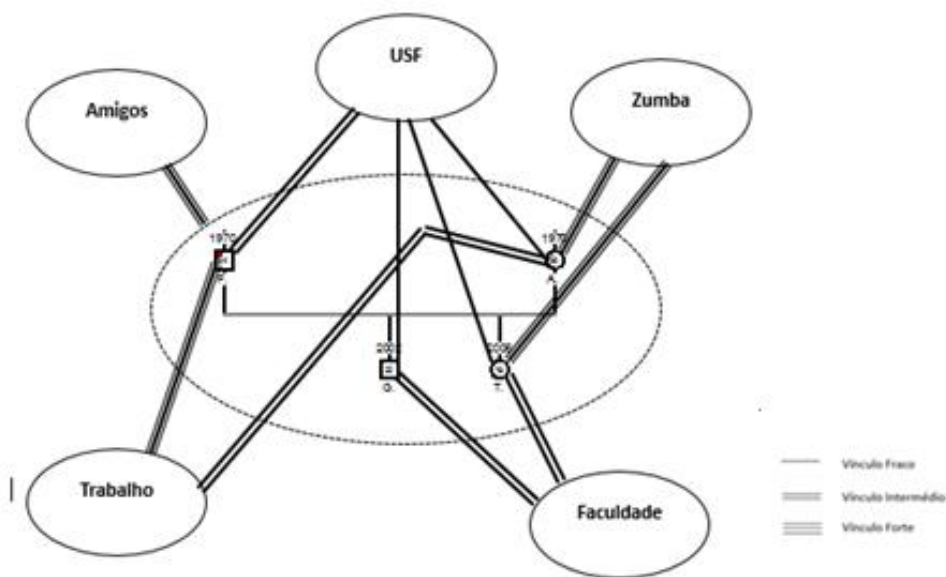
Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família 4

A Família 4 é uma família nuclear composta pelos subsistemas conjugal, representado pelo casal F. e A.; parental, no qual F. e A. assumem o papel de pais de G. e T.; filial, correspondendo à relação dos filhos com os pais; e fraternal, estabelecido entre G. e T. enquanto irmãos. As relações emocionais na Família 4 foram analisadas com base nos relatos dos seus membros, sendo caracterizadas de acordo com os diferentes tipos de vínculo identificados. A observação do genograma da Família 4 permite concluir que não se verificam relações que possam ser fonte de *stress*, o que constitui um fator positivo para a dinâmica familiar, promovendo um ambiente harmonioso e um forte apoio entre os seus elementos.

No que diz respeito à família extensa, verifica-se que os membros da Família 4 mantêm um contacto regular, tanto de forma presencial como por via telefónica. A família reúne-se presencialmente com os pais de A. quinzenalmente, reforçando a proximidade e o envolvimento familiar. O contacto com a irmã de A. ocorre quinzenalmente por telefone e, presencialmente, com uma frequência mensal ou bimestral, permitindo a manutenção dos laços familiares e o fortalecimento das relações interpessoais. Estes momentos de interação

refletem a importância da rede familiar alargada como suporte emocional e social.

Após a análise dos sistemas mais amplos e das relações estabelecidas pela Família 4 com estes, foi desenvolvido o respetivo Ecomapa, apresentado na Figura abaixo.



Ecomapa da Família 4

A análise do Ecomapa da Família 4 evidencia que todos os membros mantêm um vínculo forte com os amigos, refletindo a importância das relações sociais no seu bem-estar. F. apresenta um vínculo forte com o trabalho e um vínculo intermédio com a USF, enquanto o restante núcleo familiar mantém um vínculo fraco com esta instituição. A. demonstra um vínculo intermédio com o trabalho, enquanto ambos os filhos mantêm um vínculo intermédio com a faculdade. Adicionalmente, A. e T. partilham um vínculo forte com a aula de Zumba que frequentam juntas, destacando este momento como uma oportunidade de reforço da ligação entre mãe e filha.

Segundo a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), a Família 4 é classificada como pertencente à classe média-alta, apresentando um score de 10 na escala com cinco itens. Esta classificação resulta da profissão de F.,

que exerce funções como engenheiro mecânico e professor universitário, possuindo um grau de Mestrado e um vencimento estável. A família reside numa habitação de nível 2, localizada na periferia da cidade, garantindo boas condições de habitabilidade e conforto.

Com base na matriz operativa do MDAIF e atendendo às particularidades da Família 4, foram analisadas as áreas de atenção pertinentes, conforme sintetizado no Quadro abaixo.

Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 4, por dimensões de avaliação

| Dimensões de Avaliação | Áreas de Atenção | Dimensões Operativas Avaliadas |
|-----------------------------|---|---|
| Dimensão Estrutural | Rendimento Familiar | Origem do Rendimento Conhecimento e Capacidade de Gestão |
| | Edifício Residencial | Tipo de Habitação |
| | | Conhecimento sobre os riscos de edifício residencial não seguro |
| | Precaução de Segurança | Presença de Aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização |
| | | Utilização de Gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização |
| Abastecimento de Água | Utilização de rede pública/privada | |
| Animal Doméstico | | Vacinação |
| | | Desparasitação |
| Dimensão de Desenvolvimento | Satisfação Conjugal | Relação Dinâmica |
| | | Comunicação |
| | | Interação Sexual |
| | | Função Sexual |
| | Papel Parental – família com filhos adultos | Conhecimento do papel |
| | | Comportamentos de adesão |
| | | Consenso do papel |
| | | Conflito do papel |
| | | Saturação do papel |
| | | Comunicação |
| Dimensão Funcional | Processo Familiar | <i>Coping</i> |
| | | Interação de papéis |
| | | Relação Dinâmica |

Com base na análise dos dados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Edifício Residencial Não Negligenciado, Precaução de Segurança Demonstrada, Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado.

No âmbito da Dimensão de Desenvolvimento, especificamente na área da Satisfação Conjugal, o casal manifestou contentamento relativamente à partilha das responsabilidades domésticas, ao tempo de qualidade partilhado um com o

outro e à forma como ambos expressam os seus sentimentos, evidenciando uma Relação Dinâmica funcional. No que respeita à Comunicação, o casal demonstrou capacidade para dialogar abertamente sobre expectativas e receios, gerir divergências de forma construtiva e expressar satisfação com o padrão comunicacional existente, configurando um perfil de Comunicação Eficaz. No domínio da Interação Sexual e Função Sexual, o casal referiu satisfação com o padrão de sexualidade vivenciado, não se tendo identificado sinais de disfunção sexual, o que traduz uma interação sexual adequada e uma relação íntima preservada. Deste modo, a Satisfação Conjugal encontra-se Mantida.

No que diz respeito ao Papel Parental na família com filhos adultos, foi avaliado o conhecimento sobre as tarefas associadas a esta nova fase através de questões reflexivas, circulares e lineares. Quando questionados sobre como têm vivido o seu papel enquanto pais agora que os filhos são adultos, F. respondeu: *"O nosso papel tem vindo a evoluir com o tempo. Tentamos equilibrar a necessidade de lhes dar espaço para tomarem as suas decisões, ao mesmo tempo que nos mantemos disponíveis para apoiá-los. O G., que está a concluir o mestrado, já demonstra uma grande autonomia e responsabilidade, mas sabemos que ainda procura a nossa orientação em alguns momentos. A T., que está a iniciar a licenciatura, ainda está numa fase mais dependente, o que é natural, mas confiamos no seu percurso."* A. concordou e acrescentou: *"Sim, é exatamente isso. Mantemos uma proximidade saudável com os dois, mas incentivamos a que se tornem cada vez mais autónomos. Apesar de estarem em momentos diferentes da vida, sentimos que estão a seguir um bom caminho."* Quando questionados sobre se conseguem chegar a um consenso relativamente ao papel que desempenham enquanto pais e se costumam discordar, A. referiu: *"Na maior parte das vezes, estamos de acordo. Queremos que sejam confiantes e autónomos, e isso facilita a nossa abordagem. Claro que, por vezes, temos perspetivas diferentes, mas conseguimos sempre conversar e ajustar para encontrar um equilíbrio."* F. acrescentou: *"Sim, acho que o mais importante é termos o mesmo objetivo. As nossas conversas ajudam-nos a perceber onde podemos ajustar a forma como*

os acompanhamos, e isso dá-nos confiança no que estamos a fazer." Relativamente à importância da autonomia e independência dos filhos, F. afirmou: "Claro que queremos que o G. e a T. desenvolvam a capacidade de gerir as suas próprias vidas e tomarem decisões com segurança. Já notamos sinais disso, mas ainda há passos a dar." A. reforçou: "Sim, sempre demos grande valor à autonomia. Queremos dar-lhes espaço para crescerem, mas ao mesmo tempo garantir que sabem que estamos aqui para os apoiar sempre que precisarem. É um equilíbrio que procuramos manter." Sobre as mudanças na relação com os filhos agora que são adultos, F. comentou: "A relação mudou um pouco. O G. já tem um nível de maturidade elevado e, mesmo sendo independente, gosta de partilhar connosco os momentos importantes. A T., por estar a dar os primeiros passos na universidade, ainda precisa mais da nossa orientação, mas nota-se o esforço que faz para ser mais autónoma." A. concordou, acrescentando: "Sim, cada um à sua maneira tem mostrado crescimento e maturidade. Gostamos de ver essa evolução." Para aprofundar a percepção da relação com os filhos, foi utilizada uma escala de 1 a 10, na qual F. atribuiu um 9 a ambos, justificando: "Com o G., a relação é muito boa, ele é focado e responsável, mantém sempre uma proximidade saudável connosco e faz questão de partilhar o seu percurso. A T. tem uma postura mais descontraída, mas é muito aberta connosco e gosta de nos envolver na sua vida, o que torna a ligação forte." A. concordou, também atribuindo um 9 a ambos, referindo: "Sinto que temos uma relação de confiança sólida com o G. e que ele nos valoriza muito. Com a T., a ligação também é muito próxima, mas talvez um pouco mais intensa por ela ainda estar a construir a sua independência." Quando questionados sobre a convivência em casa, A. mencionou: "Temos algumas regras básicas para manter o equilíbrio, como respeitar os horários e rotinas de cada um, mas gostava que a T. assumisse mais responsabilidades domésticas." F. complementou: "As regras são flexíveis, o mais importante para nós é que todos se sintam bem e respeitados em casa." Por fim, sobre a saída de casa dos filhos, A. respondeu de forma serena: "Sabemos que faz parte do processo natural de crescimento e, quando esse momento chegar, queremos que saibam que têm o nosso total apoio para

seguirem os seus caminhos." Já F., expressando uma visão mais protetora, confessou: *"Para ser sincero, não gosto muito de pensar nisso. Gosto de ir para a cama à noite e saber que estão todos em casa, seguros. Quando saírem, sei que me vai custar muito, porque para mim, família é estar perto. Mas claro, quando esse momento chegar, estarei sempre aqui para apoiá-los."* De modo a explorar melhor esta resposta de F questionou-se se acredita que a saída dos filhos será um processo difícil para si, F. refletiu: *"Acho que sim. Não que eu queira impedir o crescimento deles, muito pelo contrário, quero que sejam independentes e felizes. Mas vou sentir um vazio enorme quando não os tiver aqui diariamente. Para mim, estar presente no dia-a-dia deles é uma parte essencial da minha vida."* Ao abordar-se se esta é uma temática já discutida em família, F. reconheceu: *"Falamos de forma leve, sem aprofundar muito. Sei que para a A. isto é algo natural e que ela encara com mais tranquilidade. Eu, por outro lado, sou mais ligado a esta rotina familiar e prefiro adiar essa conversa. Mas sei que um dia vamos ter de preparar-nos para isso."*

Relativamente ao consenso no papel parental na família com filhos adultos, foi colocada a questão: *"Consideram que existe consenso em relação à forma como exercem o vosso papel de pais?"* A. respondeu: *"Sim, na maior parte das vezes estamos alinhados. Partilhamos os mesmos valores e objetivos para os nossos filhos, o que facilita a forma como tomamos decisões. Sempre que temos opiniões diferentes, conversamos para encontrar um equilíbrio e garantir que tomamos a melhor decisão para eles."* F. complementou: *"Exato. Temos sempre o mesmo propósito e isso faz com que seja mais fácil chegarmos a um entendimento. O diálogo é essencial para ajustarmos as nossas abordagens e garantirmos que estamos no mesmo caminho."* Quando questionados sobre a conciliação das responsabilidades parentais com as restantes tarefas do dia a dia, A. afirmou: *"Sim, conseguimos gerir bem. Apesar das exigências do trabalho, organizamo-nos de forma a estarmos presentes e disponíveis para os nossos filhos sempre que precisam."* F. reforçou essa ideia, acrescentando: *"Pode ser desafiante, mas para nós é uma prioridade. Com organização e apoio mútuo, conseguimos manter o equilíbrio e garantir que tudo funciona da melhor forma."* Por fim, quando questionados sobre se sentem

sobrecarregados com as suas responsabilidades parentais nesta fase da vida, F. foi claro: *"Não, de todo. Já passámos por fases mais exigentes, agora o acompanhamento que damos é diferente, mas sem sobrecarga."* A. concordou, acrescentando: *"Sim, neste momento não sentimos qualquer peso acrescido, apenas o natural de estarmos sempre atentos e disponíveis para os nossos filhos."*

Com base nesta avaliação, foi formulado o diagnóstico de Papel Parental Não Adequado, relacionado com Comportamentos de Adesão Não Demonstrado, evidenciando uma necessidade de intervenção. Para promover a consciencialização e aceitação da eventual saída dos filhos de casa como uma transição normativa, foram planeadas com F. as seguintes intervenções: Promover a comunicação expressiva de emoções e facilitar a comunicação familiar.

Para aprofundar a perceção de F. sobre a eventual saída dos filhos de casa, foi utilizada a metáfora da ponte, relacionando a segurança do lar com a travessia para um futuro independente. Como se sabe que este processo pode ser mais desafiante para ele, a metáfora foi adaptada ao seu papel protetor.

Foi-lhe dito: *"Imagine que a sua casa é como um castelo, onde o G. e a T. sempre viveram sob a sua proteção. Neste castelo, eles cresceram seguros, aprenderam valores e receberam tudo o que precisavam para se tornarem fortes. Mas agora, à frente do castelo, há uma ponte levadiça, que aos poucos tem descido. Do outro lado, existe um novo reino para cada um deles, onde poderão construir a sua própria história. Sei que pode ser difícil ver essa ponte a baixar e imaginar que, um dia, irão atravessá-la definitivamente. O instinto de pai diz-lhe para mantê-los por perto, dentro das muralhas que sempre os protegeram. Mas lembre-se: foi dentro do castelo que eles se tornaram preparados para partir. Eles levam consigo tudo o que aprenderam aqui."*

Após esta metáfora, questionou-se: *"Como se sente com essa travessia dos seus filhos?"* F. suspirou antes de responder: *"Percebo bem essa imagem... Sempre quis garantir que estavam seguros dentro destas 'muralhas'. Saber que vão sair para um novo espaço onde já não controlo tudo é um bocadinho*

assustador. Quero que tenham a liberdade de seguir os seus caminhos, mas ao mesmo tempo, dá-me um nó no estômago pensar que um dia a casa vai estar mais vazia."

Para reforçar a reflexão, foi utilizada uma abordagem de conotação positiva: *"Mas pense nisto de outra forma. O castelo nunca deixará de ser o lar deles. A ponte que os liga a si estará sempre lá, e eles sabem que podem atravessá-la sempre que precisarem. Mesmo que sigam os seus próprios caminhos, vão continuar a regressar, seja para partilhar as suas conquistas, pedir um conselho ou simplesmente sentir o conforto de casa. E quando olharem para trás, vão sempre ver o pai que esteve ali a guiá-los e que continua a ser a base segura para onde podem voltar."* F. sorriu levemente, refletindo sobre a metáfora: *"Isso faz-me olhar para as coisas de outra forma. No fundo, não estou a perder nada, estou apenas a vê-los construir algo novo. Quero que estejam bem, e saber que essa ponte nunca desaparece ajuda a aceitar melhor esse momento, quando chegar."* Na terceira consulta, realizada um mês e meio depois, com a presença do casal, questionou-se F. sobre como se sentia em relação à possível saída dos filhos de casa. F. partilhou que, entretanto, teve uma conversa com o filho sobre o assunto e que, surpreendentemente, se sentiu mais tranquilo ao abordá-lo. *"Decidi falar com o G. sobre isso e, para ser sincero, ajudou-me a ver a situação de outra forma. Ele disse-me que, apesar de querer seguir o seu próprio caminho, a casa continuará sempre a ser um ponto de referência para ele. Isso deu-me algum conforto, porque percebi que, mesmo que saia, não significa que vá desaparecer das nossas vidas. Ainda estou a processar a ideia, mas esta conversa fez-me perceber que a nossa ligação não depende da distância."* Ao longo da consulta, refletiu-se sobre esta nova perceção e sobre a importância de manter um espaço de diálogo aberto entre pai e filhos, permitindo que esta transição seja vivida de forma mais natural e ajustada. F. reconheceu que, apesar de ainda lhe custar imaginar um dia a casa mais vazia, começou a aceitar que este é um processo inevitável e necessário para o crescimento dos filhos.

Com a implementação das intervenções planeadas, verificou-se uma maior aceitação e tranquilidade em relação à saída de casa dos filhos, promovendo

um significado construtivo para essa transição. O diagnóstico final apontou para um Papel Parental Adequado, evidenciando capacidade de adaptação e suporte nesta etapa desenvolvimental.

Na Dimensão Funcional, foi realizada a avaliação do Processo Familiar, abrangendo as subáreas de Coping, Interação de Papéis e Relação Dinâmica. Através da análise das percepções de todos os elementos, foi possível identificar uma dinâmica familiar equilibrada, caracterizada por uma comunicação fluida, respeito mútuo e partilha de responsabilidades. Os filhos evidenciaram elevado grau de autonomia e valorização das suas opiniões no contexto familiar, refletindo um ambiente de diálogo e cooperação. Por sua vez, os pais confirmaram a existência de um espaço aberto à expressão emocional e à livre partilha de pensamentos, reconhecendo o contributo dos filhos no processo de tomada de decisões. Globalmente, a avaliação demonstrou que a família apresenta uma estrutura funcional sólida, na qual a comunicação eficaz e o respeito pelas individualidades se destacam como facilitadores de uma convivência harmoniosa e promotora do desenvolvimento saudável de todos os membros, apresentando uma Comunicação Emocional, Verbal/Não Verbal e Circular Eficaz.

Relativamente ao coping familiar, a família demonstrou uma forte capacidade para lidar com desafios, adotando uma abordagem colaborativa e centrada no diálogo. Os pais revelam iniciativa e competência na identificação e resolução de problemas, promovendo um ambiente de estabilidade e suporte emocional. Os filhos, por sua vez, sentem-se envolvidos nas decisões familiares, o que contribui para o desenvolvimento da responsabilidade e autonomia. A relação entre os irmãos é caracterizada por proximidade, apoio mútuo e confiança, reforçando a coesão familiar. O suporte emocional entre os membros da família destaca-se como uma das principais forças, permitindo ultrapassar adversidades sem necessidade de apoio externo. A comunicação aberta e eficaz revelou-se um recurso central na gestão dos desafios do quotidiano, sendo valorizada por todos os elementos como a base do funcionamento familiar.

No âmbito da interação de papéis, não foram identificados conflitos na percepção dos elementos da família. O casal e os filhos descreveram uma distribuição equilibrada das responsabilidades e um entendimento claro dos papéis familiares.

Relativamente à relação dinâmica, os elementos da família referiram não existir desigualdades de poder ou coligações que comprometam a harmonia familiar. Todos descreveram um ambiente de cooperação e respeito mútuo, onde as decisões são tomadas de forma partilhada.

No que concerne à percepção sobre a funcionalidade familiar, todos os elementos consideraram a família altamente funcional, de acordo com os resultados obtidos na Escala de APGAR Familiar. Adicionalmente, a aplicação da Escala Faces II revelou que todos percebem a família como Ligada/Flexível, sendo considerada uma Família Equilibrada, demonstrando níveis saudáveis de coesão e adaptabilidade.

Deste modo, foi nomeado o diagnóstico Processo Familiar Funcional.

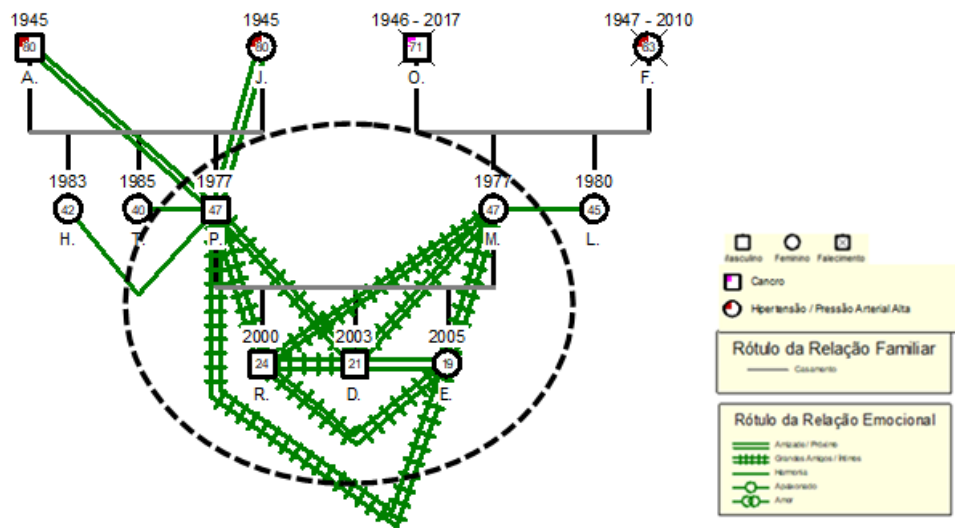
No âmbito da intervenção individual, procedeu-se à avaliação da autogestão da Hipertensão Arterial por parte de F., tendo em conta os dados da consulta de vigilância anterior e os acompanhamentos domiciliários realizados. Os parâmetros clínicos observados, nomeadamente um IMC de 23,1 kg/m² e uma pressão arterial de 124/78 mmHg, indicam um controlo adequado da patologia. F. revelou uma compreensão sólida da sua condição, demonstrando capacidade para monitorizar a pressão arterial e interpretar os resultados de forma segura. A adesão ao regime terapêutico mostrou-se eficaz, com cumprimento rigoroso da medicação, cuidados na sua conservação, e conhecimento sobre os efeitos adversos e estratégias de atuação em caso de esquecimento. Mantém hábitos alimentares equilibrados, com especial atenção à ingestão de sal e à qualidade nutricional, e pratica exercício físico com regularidade. Estes comportamentos tornaram-se parte integrante da sua rotina, evidenciando uma transição bem-sucedida para a gestão autónoma da doença, de acordo com a Teoria das Transições de Meleis.

Relativamente aos restantes membros da família, A. demonstrou hábitos de vida saudáveis, sem necessidade de intervenção nas áreas prioritárias, apresentando vacinação e rastreios em conformidade com as orientações do Plano Nacional de Saúde. G. e T., com consultas agendadas para março de 2025, optaram por manter a marcação, justificando acompanhamento regular na USF, decisão que foi respeitada, assegurando a continuidade dos cuidados de forma programada.

Família 5

A Família 5 é constituída pelo casal: P., de 47 anos, técnico de elevadores e M., de 47 anos, assistente operacional numa escola primária. Têm 3 filhos, o R. de 24 anos, *personal trainer*, o D. de 21 anos, técnico de mecânica e a E. de 19 anos estudante da licenciatura de educação. A Família não apresenta antecedentes clínicos.

No trabalho desenvolvido com esta família, foram realizadas duas consultas de enfermagem, sendo que em ambas esteve presente o casal. Todas as consultas decorreram na USF. O genograma e a psicofigura de Mitchell da família encontram-se representados abaixo, tendo sido elaborado com base no questionamento linear efetuado ao casal.



Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família 5

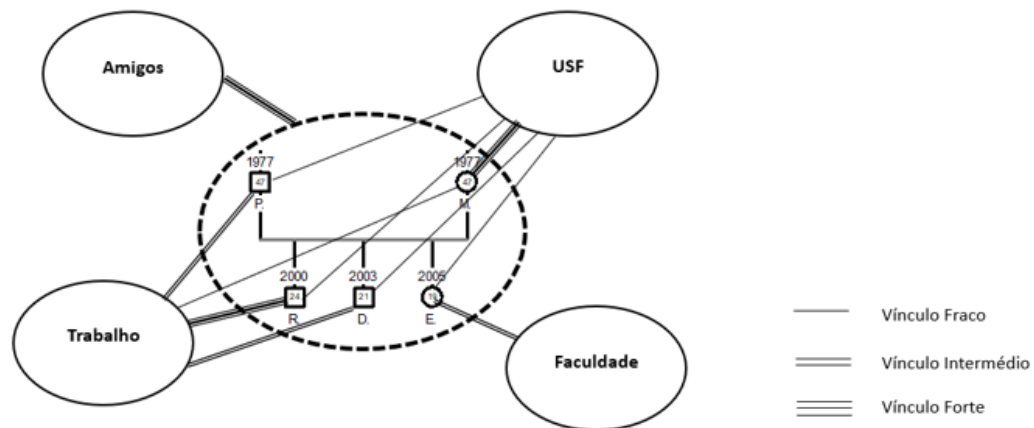
A Família 5 é uma família nuclear composta por diferentes subsistemas. O subsistema conjugal é representado pelo casal P. e M., enquanto o subsistema parental corresponde ao papel que desempenham enquanto pais dos três filhos, R., D. e E. O subsistema filial refere-se à relação que cada um dos filhos mantém com os pais, e o subsistema fraternal diz respeito à dinâmica estabelecida entre os irmãos.

As relações emocionais entre os membros da Família 5 foram analisadas a partir das declarações do casal, sendo descritas com base nos tipos de vínculo identificados. Para a sua representação, recorreu-se à mesma classificação utilizada na avaliação de outras famílias. A análise do genograma da Família 5 evidencia a ausência de relações que possam ser fonte de *stress*, o que constitui um aspeto positivo na dinâmica familiar, traduzindo um ambiente de harmonia, proximidade e suporte mútuo entre os seus elementos.

No que diz respeito à família extensa, verifica-se que os membros da Família 5 mantêm contacto regular com os irmãos de M. e de P., bem como com os pais de P. As interações presenciais ocorrem quinzenalmente, sendo complementadas por contactos telefónicos sempre que necessário. Esta rede

familiar alargada constitui um suporte importante, promovendo a proximidade e o fortalecimento dos laços entre os diversos membros da família.

Após a análise dos sistemas mais amplos e das relações estabelecidas pela Família 5, com o casal, foi desenvolvido o respetivo Ecomapa que se encontra abaixo.



Ecomapa da Família 5

A análise do Ecomapa permite verificar que M. estabelece um vínculo forte com a USF, ao passo que os restantes membros da família apresentam um vínculo fraco com esta unidade. Todos os elementos da família demonstram um vínculo forte com os amigos. No que se refere ao contexto profissional, R. evidencia um vínculo forte com o trabalho, enquanto D. e o pai apresentam um vínculo intermédio, e M. um vínculo fraco. Relativamente à vida académica, E. mantém um vínculo intermédio com a faculdade.

Segundo a Escala de Notação Social (Escala de Graffar Adaptada) esta família apresenta uma classe média (score 14 na escala com 5 itens), dada a profissão de P. que apresenta o 12º ano e vencimentos certos. Apesar do filho R. apresentar a licenciatura e vencimentos certos, não foi considerado visto não contribuir monetariamente para o agregado por escolha do casal. Habitam num apartamento na periferia da cidade, este apartamento possui 3 quartos, 2 casas de banho, 1 cozinha, 1 sala de estar, garagem box e 1 lavandaria. O

casal refere que o rendimento familiar é mais do que suficiente para as necessidades não manifestando dificuldades na sua gestão.

Com base na matriz operativa do MDAIF e atendendo às particularidades da Família 5, foram analisadas as áreas de atenção pertinentes, conforme sintetizado no Quadro abaixo.

Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 5, por dimensões de avaliação

| Dimensões de Avaliação | Áreas de Atenção | Dimensões Operativas Avaliadas |
|-------------------------------|---|---|
| Dimensão Estrutural | Rendimento Familiar | Origem do Rendimento |
| | | Conhecimento e Capacidade de Gestão |
| | Edifício Residencial | Tipo de Habitação |
| | | Conhecimento sobre os riscos de edifício residencial não seguro |
| | Precaução de Segurança | Presença de Aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização |
| | | Utilização de Gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização |
| Abastecimento de Água | Utilização de rede pública/privada | |
| Animal Doméstico | Sem animal doméstico | |
| Dimensão de Desenvolvimento | Satisfação Conjugal | Relação Dinâmica |
| | | Comunicação |
| | | Interação Sexual |
| | | Função Sexual |
| | Papel Parental – família com filhos adultos | Conhecimento do papel |
| | | Comportamentos de adesão |
| | | Consenso do papel |
| | | Conflito do papel |
| | | Saturação do papel |
| | Planeamento Familiar | Fertilidade |
| Uso de Contracetivo | | |
| Conhecimento sobre Reprodução | | |
| Dimensão Funcional | Processo Familiar | Comunicação |
| | | Coping |
| | | Interação de papéis |
| | | Relação Dinâmica |

Com base na análise dos dados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Precaução de Segurança Demonstrada e Abastecimento de Água Adequado.

Relativamente à Dimensão de Desenvolvimento, foram analisadas as áreas de atenção referentes à Satisfação Conjugal, ao Papel Parental e Planeamento Familiar.

Na avaliação da satisfação conjugal da família em análise, verificou-se um equilíbrio positivo em várias dimensões da relação do casal. A divisão das responsabilidades domésticas é considerada satisfatória por ambos os

elementos, com tarefas distribuídas segundo as preferências e disponibilidades individuais, num ambiente de cooperação familiar. O tempo partilhado em casal é valorizado, sendo adaptado aos horários e rotinas familiares, permitindo momentos de proximidade e atividades conjuntas. Simultaneamente, cada membro do casal mantém espaços individuais, garantindo autonomia e privacidade. A comunicação entre os parceiros revela-se eficaz, caracterizada pela partilha de sentimentos, compreensão mútua e apoio emocional. Ambos referem sentir-se ouvidos, respeitados e compreendidos, mesmo em situações de desacordo, adotando uma postura construtiva na resolução de conflitos e na tomada de decisões conjuntas. Demonstram ainda satisfação com a forma como o afeto é expresso e percebem a comunicação verbal como respeitosa e positiva. Relativamente à vida sexual, ambos manifestam satisfação com o padrão de sexualidade e não reportam disfunções sexuais ou dificuldades associadas. A intimidade é descrita como ajustada e confortável para ambos. Com base nos dados obtidos, concluiu-se que o casal apresenta um padrão de funcionamento relacional estável e harmonioso, compatível com o diagnóstico de Satisfação Conjugal Mantida.

No âmbito da avaliação do papel parental em famílias com filhos adultos, verificou-se que os progenitores apresentam uma adaptação positiva às exigências desta nova etapa do ciclo vital. Ambos demonstraram consciência da evolução do seu papel, destacando a transição de uma postura diretiva para uma relação mais baseada no diálogo, apoio e respeito mútuo. A tomada de decisões parentais ocorre de forma partilhada, sustentada numa comunicação eficaz e num alinhamento de valores e objetivos. A autonomia dos filhos é amplamente valorizada, sendo incentivada desde cedo e encarada como parte integrante do processo de parentalidade responsável. A relação com os filhos adultos é descrita como próxima e baseada na confiança, com espaço para a individualidade de cada um. A eventual saída do domicílio parental é aceite como uma fase natural, encarada com serenidade e sem interferência, reforçando-se a importância de os filhos seguirem os seus próprios percursos com o suporte dos pais. Não foram identificadas situações de sobrecarga ou dificuldades na conciliação das responsabilidades parentais, o que evidencia

um exercício equilibrado e ajustado deste papel. A avaliação conduzida, recorrendo a diferentes tipologias de questões, permitiu concluir que os progenitores partilham de forma clara e colaborativa as responsabilidades associadas à parentalidade, fundamentando o diagnóstico de Papel Parental Adequado.

Na Dimensão Funcional, foi realizada a avaliação do processo familiar, com foco nas subáreas de coping, interação de papéis e relação dinâmica, tendo por base as perceções do casal, dado que não foi possível incluir os filhos na recolha de dados. Esta limitação restringe a análise à visão dos pais, não permitindo uma compreensão plena da dinâmica familiar enquanto sistema relacional.

No que respeita à comunicação familiar, os elementos do casal expressaram elevada satisfação com a forma como os sentimentos são partilhados e compreendidos no seio familiar, referindo a existência de um ambiente de apoio e respeito mútuo. Afirmaram sentir-se livres para expressar opiniões e reconheceram a capacidade da família para dialogar e alcançar consensos. A comunicação conjugal foi igualmente valorizada como aberta, eficaz e promotora de satisfação relacional. Esta perceção positiva foi confirmada através da escala de avaliação, na qual ambos atribuíram a pontuação de 9 à comunicação familiar.

No que se refere ao coping familiar, observou-se que o casal revela competências sólidas na identificação e gestão de desafios, adotando uma abordagem colaborativa pautada pela partilha de perspetivas. Ambos demonstraram satisfação com as estratégias utilizadas na resolução de problemas e referiram não sentir necessidade de recorrer a apoio externo, salientando a capacidade da família para enfrentar as adversidades de forma autónoma e coesa.

No que se refere à Interação de Papéis, não foram identificadas dificuldades na perceção do casal, sendo evidente um equilíbrio e clareza na definição e no desempenho dos papéis familiares. Relativamente à relação dinâmica, ambos referiram não existirem desigualdades de poder ou alianças que possam

comprometer a harmonia familiar. P. e M. descreveram uma relação baseada na união e no respeito, expressando satisfação com a forma como essa dinâmica se reflete no cotidiano e reforça a coesão familiar.

Quanto à funcionalidade familiar, ambos consideraram que a família se encontra altamente funcional, o que foi corroborado pelos resultados obtidos na Escala de APGAR Familiar. Complementarmente, a aplicação da Escala Faces II revelou que percebem a família como Ligada/Flexível, demonstrando níveis saudáveis de coesão e adaptabilidade, fatores que os levam a considerar a família muito equilibrada.

Contudo a ausência da perspectiva dos filhos pode influenciar a interpretação da dinâmica familiar, uma vez que a percepção destes pode divergir da apresentada pelos pais. Deste modo, não foi possível formular um diagnóstico nesta dimensão, uma vez que a análise da funcionalidade familiar requer a integração das diferentes vivências e percepções de todos os seus membros.

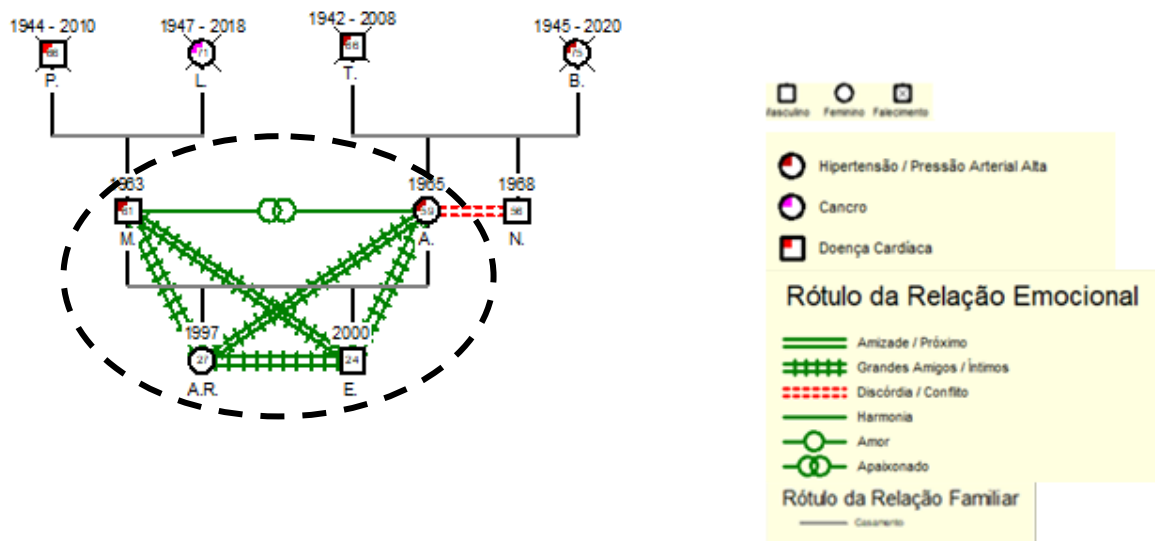
No âmbito da intervenção individualizada com P. e M., foram avaliados os hábitos e comportamentos de saúde à luz do Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2022) e dos Programas Nacionais Prioritários. Ambos apresentaram valores dentro dos parâmetros recomendados relativamente à pressão arterial e ao índice de massa corporal, demonstrando uma gestão eficaz da sua saúde. P. adota uma rotina ativa, integrando caminhadas e corridas ao ar livre, e revela preocupação com a qualidade da sua alimentação. M., por sua vez, mantém-se fisicamente ativa no contexto profissional e procura seguir uma alimentação equilibrada. Ambos revelam consciência da importância da adoção de comportamentos promotores de saúde e demonstram adesão às medidas preventivas recomendadas, cumprindo o Programa Nacional de Vacinação e os rastreios adequados à sua faixa etária.

Família 6

A Família 6 é constituída pelo casal: M., de 61 anos, estucador e A., de 59 anos, auxiliar de educação de infância. Têm 2 filhos, a A.R. de 27 anos, técnica de farmácia e o E. de 24 anos, mecânico. A. e M. apresentam ambos como

antecedente clínico: Hipertensão Arterial. Ambos os filhos não possuem antecedentes clínicos.

No trabalho desenvolvido com esta família, foram realizadas duas consultas de enfermagem, sendo que em ambas esteve presente o casal. Todas as consultas decorreram na USF. O genograma e a psicofigura de Mitchell da família encontram-se representados abaixo, tendo sido elaborado com base no questionamento linear efetuado ao casal.



Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família 6

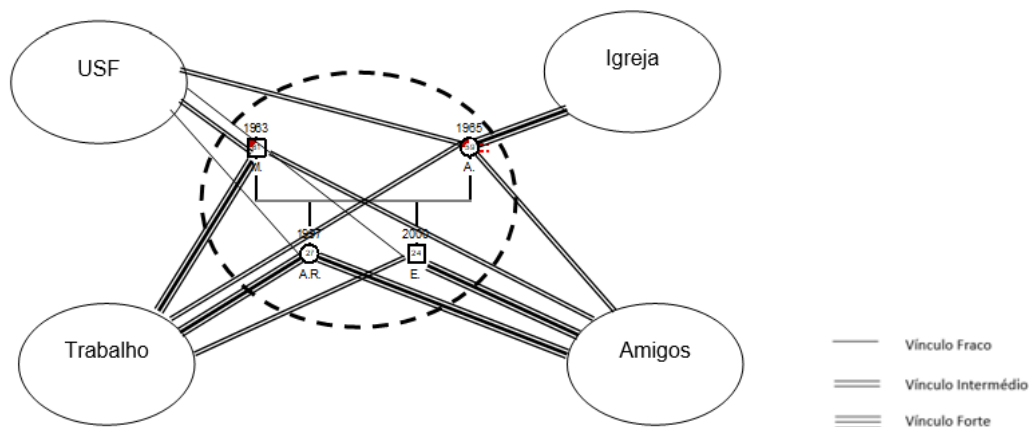
A Família 6 é uma família nuclear composta por diferentes subsistemas. O subsistema conjugal é constituído pelo casal M. e A., enquanto o subsistema parental corresponde ao papel que desempenham enquanto pais dos dois filhos, A.R. e E. O subsistema filial refere-se à relação que cada um dos filhos mantém com os pais, e o subsistema fraternal diz respeito à dinâmica estabelecida entre os irmãos.

As relações emocionais entre os membros da Família 6 foram analisadas a partir das declarações do casal, sendo descritas com base nos tipos de vínculo identificados. Para a sua representação, recorreu-se à mesma classificação utilizada na avaliação de outras famílias. A análise do genograma da Família 6 evidencia, de um modo geral, uma dinâmica familiar equilibrada e de apoio

mútuo, sem conflitos relevantes no seio do núcleo familiar. No entanto, foi identificada uma relação de stress entre A. e o seu irmão, resultante de um conflito relacionado com a gestão da herança familiar após o falecimento da mãe, o que levou ao corte da comunicação entre ambos.

No que diz respeito à família extensa, verifica-se que os membros da Família 6 mantêm contacto presencial mensalmente com os tios e tias de A., bem como com primos que residem na aldeia. Estas interações são valorizadas pelo casal, permitindo a manutenção das tradições familiares. Embora o contacto não seja diário, a família reconhece a importância destes momentos para a partilha de experiências e apoio mútuo.

Após a análise dos sistemas mais amplos e das relações estabelecidas pela Família 6, foi desenvolvido o respetivo Ecomapa que se encontra abaixo.



Ecomapa da Família 6

Segundo o Ecomapa da Família 6, observa-se que A.R. e E. apresentam um vínculo forte com os amigos, refletindo a importância das relações sociais no seu quotidiano. Por sua vez, M. e A. demonstram um vínculo intermédio com os amigos, evidenciando uma interação social moderada. No que diz respeito à esfera profissional, M. e A.R. estabelecem um vínculo forte com o trabalho, indicando uma elevada identificação com o seu percurso profissional e envolvimento ativo nas suas funções. Já A. e E. apresentam um vínculo intermédio, sugerindo um compromisso profissional estável, mas sem uma

ligação tão intensa. Relativamente à ligação com os cuidados de saúde, M. e A. demonstram um vínculo intermédio com a USF, refletindo um acompanhamento regular e uma relação consistente com a equipa de saúde. No entanto, os filhos apresentam um vínculo fraco, o que pode sugerir uma menor procura ativa por cuidados preventivos. Por fim, destaca-se a ligação de A. com a igreja, onde mantém um vínculo forte, evidenciando que a fé e a participação na comunidade religiosa assumem um papel significativo na sua vida.

Segundo a Escala de Notação Social (Escala de Graffar Adaptada), a Família 6 é classificada como classe média, com um score de 14 na escala com 5 itens. Esta classificação deve-se à profissão de M. (estucador), que possui o 12º ano de escolaridade e um vencimento certo. Embora a filha A.R. tenha uma licenciatura e um rendimento estável, a sua contribuição financeira não foi considerada, uma vez que, por decisão do casal, não participa nas despesas do agregado familiar. A família reside numa moradia localizada na periferia da cidade, composta por três quartos, duas casas de banho, uma cozinha, uma sala de estar, garagem e lavandaria. O casal referiu que o rendimento familiar é suficiente para cobrir todas as necessidades, não manifestando dificuldades na sua gestão financeira.

Com base na matriz operativa do MDAIF e atendendo às particularidades da Família 6, foram analisadas as áreas de atenção pertinentes, conforme sintetizado no Quadro abaixo.

Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família 6, por dimensões de avaliação

| Dimensões de Avaliação | Áreas de Atenção | Dimensões Operativas Avaliadas | | | |
|-----------------------------|------------------------|--|---|-------------------|--|
| Dimensão Estrutural | Rendimento Familiar | Origem do Rendimento Conhecimento e Capacidade de Gestão | | | |
| | Edifício Residencial | Tipo de Habitação Conhecimento sobre os riscos de edifício residencial não seguro | | | |
| | Precaução de Segurança | Presença de Aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização Utilização de Gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização | | | |
| | Abastecimento de Água | Utilização de rede pública/privada | | | |
| | Animal Doméstico | Sem animal doméstico | | | |
| Dimensão de Desenvolvimento | Satisfação Conjugal | Relação Dinâmica Comunicação Interação Sexual Função Sexual | | | |
| | | Papel Parental – família com filhos adultos | Conhecimento do papel Comportamentos de adesão Consenso do papel Conflito do papel Saturação do papel | | |
| | | | Dimensão Funcional | Processo Familiar | Comunicação Coping Interação de papéis Relação Dinâmica |

Com base na análise dos dados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Precaução de Segurança Demonstrada e Abastecimento de Água Adequado.

Relativamente à Dimensão de Desenvolvimento, foram analisadas as áreas de atenção referentes à Satisfação Conjugal e ao Papel Parental.

No âmbito da relação dinâmica, especificamente quanto à satisfação do casal com a divisão e partilha das tarefas domésticas, foi colocada a questão: *"Em casa, como é a divisão das tarefas domésticas?"* A. respondeu: *"Eu organizo a maior parte das tarefas do dia a dia, como cozinhar e manter a casa arrumada. Mas o M. também contribui, principalmente ao fim de semana e quando é necessário tratar de coisas mais pesadas."* Por sua vez, M. acrescentou: *"Sim, normalmente a A. trata da cozinha e das limpezas diárias, mas eu trato da manutenção da casa e de algumas tarefas que exigem mais esforço. Quando estou de folga, aproveito para ajudar mais, e os nossos filhos também dão uma*

mão quando podem." Quando questionados sobre a satisfação com esta distribuição, A. afirmou: *"Acho que funciona bem assim, já estamos habituados e conseguimos gerir tudo sem sobrecarga."* M. concordou, acrescentando: *"Sim, nunca foi um problema para nós. Cada um sabe o que tem de fazer e acabamos por nos organizar de forma natural."* Desta forma, verificou-se que o casal está satisfeito com a organização das tarefas domésticas, considerando que esta divisão se ajusta à realidade familiar e permite que cada um contribua de acordo com a sua disponibilidade, sem gerar sobrecarga para nenhum dos elementos.

No que diz respeito à satisfação do casal com o tempo que passam juntos, foi questionado se costumavam reservar momentos para si enquanto casal. A. respondeu: *"Sim, tentamos, mas nem sempre conseguimos. Durante a semana, com o trabalho e as tarefas diárias, às vezes acabamos por não ter muito tempo só para nós."* M. acrescentou: *"Ao fim de semana conseguimos estar um pouco mais juntos, mas nem sempre é fácil porque cada um acaba por se ocupar com diferentes coisas. Sinto que devíamos dedicar mais tempo a nós."* Quando questionados sobre se estavam satisfeitos com o tempo que passavam juntos ou se gostariam que fosse diferente, A. afirmou: *"Acho que podíamos ter mais momentos a dois. Passamos tempo juntos, mas muitas vezes é entre tarefas ou ao final do dia, já cansados. Às vezes sinto que nos limitamos às rotinas diárias e não tiramos tempo de qualidade para nós."* M. concordou, acrescentando: *"Sim, tenho a mesma perceção. Sinto falta de fazermos mais coisas em conjunto, como antes. Parece que os dias passam muito rápido e quando damos por nós, não tivemos aquele tempo só nosso."* Relativamente às atividades que costumam realizar e se gostariam que fossem diferentes, M. explicou: *"Acabamos por ver televisão ao final do dia ou jantar juntos, mas quase sempre dentro da rotina habitual. Acho que devíamos quebrar um pouco essa monotonia, fazer algo diferente."* A. reforçou essa ideia, dizendo: *"Eu gostava de termos mais momentos fora de casa, como antes, quando saíamos para passear ou jantar fora. Agora acabamos por ficar sempre em casa e nem sempre conseguimos conversar com calma."* No que concerne à realização de atividades individuais, foi perguntado se costumavam ter

momentos a sós e como lidavam com essa dinâmica. M. referiu: *"Sim, cada um tem o seu espaço. Eu gosto de ler e de estar um pouco sozinha quando posso."* A., por outro lado, comentou: *"Sim, também gosto de ter o meu tempo, mas às vezes sinto que estamos cada um no seu canto e devíamos equilibrar melhor isso."* Quando questionados sobre a sua satisfação com a autonomia e privacidade, M. afirmou: *"Não sinto que isso seja um problema. Acho que temos os nossos espaços bem definidos."* A., no entanto, acrescentou: *"Acho que temos autonomia suficiente, mas às vezes isso faz com que cada um se foque nas suas próprias coisas e nos afastemos um pouco sem querer."* Deste modo, verificou-se que, embora o casal valorize a sua autonomia e os momentos a dois, existe uma necessidade identificada de reforçar o tempo de qualidade passado juntos, promovendo atividades que permitam fortalecer a ligação e sair da rotina diária.

No que concerne à satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos, foi colocada a questão: *"Costumam conversar sobre os vossos sentimentos?"* A. respondeu: *"Sim, falamos sobre aquilo que é importante para nós, mas não somos um casal que passa muito tempo a discutir emoções. Acho que nos entendemos bem sem precisarmos de estar sempre a verbalizar tudo."* M. acrescentou: *"Sim, acho que temos uma comunicação saudável nesse sentido. Sempre nos habituámos a partilhar o essencial, sem exageros, e acho que isso funciona bem para nós."* Quando questionados sobre se se sentem apoiados um pelo outro, ambos responderam afirmativamente. M. afirmou: *"Sem dúvida. Sei que posso contar com a A. para tudo, e isso dá-me uma grande tranquilidade."* A. reforçou este sentimento, dizendo: *"Também sinto o mesmo. O M. sempre esteve presente para mim, e nunca senti falta de apoio dele."* Relativamente à tendência para guardar sentimentos ou partilhá-los, M. mencionou: *"Acho que há coisas que não sinto necessidade de dizer logo, mas se for algo importante, partilho sempre com a A. Não vejo problema nisso, acho que temos um bom equilíbrio."* A. expressou uma posição semelhante, acrescentando: *"Eu também sou assim. Gosto de resolver algumas coisas primeiro sozinha antes de falar com o M., mas quando preciso de apoio, sei que posso contar com ele. Acho que nos compreendemos bem."*

Deste modo, verificou-se que o casal mantém um padrão de comunicação funcional e satisfatório na expressão dos sentimentos, ajustado ao estilo relacional de ambos, sem que haja dificuldades que interfiram na dinâmica familiar.

No que diz respeito à satisfação com a forma como cada um expressa afeto, A. afirmou: *"Sim, sinto-me satisfeita. Cada um de nós tem o seu jeito de demonstrar carinho, e ao longo dos anos aprendemos a compreender a forma como o outro expressa afeto."* M. concordou, acrescentando: *"Nunca fomos um casal muito dado a grandes gestos, mas temos a nossa maneira de demonstrar que nos preocupamos um com o outro, e isso tem funcionado bem."* Para aprofundar a avaliação, foi utilizada uma escala de 1 a 10, na qual M. atribuiu um 8, justificando: *"Acho que temos uma boa relação e que nos entendemos bem. O afeto está presente, mesmo que nem sempre seja muito evidente."* A. atribuiu a mesma pontuação, acrescentando: *"Sim, também daria um 8. Não somos muito expressivos, mas sabemos que podemos contar um com o outro, e isso é o mais importante."*

No que concerne à comunicação do casal sobre as suas expectativas e receios, foi colocada a questão: *"Costumam conversar sobre os vossos receios e expectativas?"* M. respondeu: *"Sim, gostamos de conversar sobre o que esperamos do futuro e sobre os desafios que podem surgir. Acho que isso nos ajuda a estarmos alinhados e a apoiar-nos mutuamente."* A. concordou, acrescentando: *"Sim, falamos sempre que sentimos necessidade. Mesmo que nem sempre estejamos de acordo, é importante ouvirmo-nos e compreender o que o outro sente."* Quando questionados sobre se se sentem compreendidos um pelo outro nesses momentos, M. afirmou: *"Sim, sinto que a A. me compreende quando partilho as minhas preocupações ou expectativas. Ela ouve-me com atenção e tenta tranquilizar-me sempre que pode."* A. reforçou essa ideia ao afirmar: *"Também sinto que o M. me compreende. Ele pode nem sempre ter a mesma visão que eu, mas esforça-se por entender o meu ponto de vista e isso dá-me confiança."* Relativamente à compreensão mútua, foi colocada a questão: *"Na vossa opinião, consideram que são compreensivos um com o outro?"* M. respondeu: *"Acho que sim. Tentamos sempre respeitar os*

sentimentos e opiniões um do outro, mesmo quando não concordamos completamente." A. complementou: "Somos compreensivos. Nenhum de nós toma decisões sem ter em conta o que o outro pensa, e isso é essencial para mantermos um bom equilíbrio na nossa relação."

No que concerne à frequência de conflitos, foi questionado: *"Costumam ter conflitos com frequência?"* M. respondeu: *"Não costumamos discutir. Temos algumas diferenças de opinião, como em qualquer casal, mas raramente se tornam em grandes conflitos."* A. reforçou esta percepção, acrescentando: *"Sim, os pequenos desentendimentos fazem parte, mas tentamos sempre resolver de forma tranquila, sem que se transformem em algo maior."* Quando questionados sobre a forma como gerem as discordâncias, foi colocada a questão: *"Quando estão em desacordo sobre algum assunto, conseguem chegar a um acordo?"* M. afirmou: *"Sim, conseguimos quase sempre encontrar um meio-termo que funcione para ambos. Conversamos até chegarmos a uma solução justa para os dois."* A. complementou: *"Sim, falamos sempre antes de tomar qualquer decisão importante e ajustamos as nossas ideias para que nenhum de nós sinta que está a ceder em excesso."*

No que concerne à dinâmica de tomada de decisão no casal, foi questionado se algum dos elementos tende a ceder mais frequentemente em caso de desacordo. A. respondeu: *"Depende do assunto. Se for algo que não considero essencial, acabo por ceder, mas há situações em que defendo mais a minha opinião."* M. concordou, acrescentando: *"Acho que tentamos sempre encontrar um equilíbrio. Às vezes um de nós cede mais, outras vezes é o contrário, mas no geral conseguimos ajustar-nos um ao outro."* Relativamente à liberdade de expressão dentro da relação, foi colocada a questão: *"Sentem que podem expressar livremente a vossa opinião ou têm receio de conflito?"* A. afirmou: *"Sim, não temos problemas em dar a nossa opinião. Acho que sempre conseguimos falar sobre o que pensamos sem medo de uma discussão."* M. complementou: *"Concordo. Há sempre diferenças, mas respeitamos as perspetivas um do outro, e isso permite-nos discutir as coisas com tranquilidade."* Quanto à tomada de decisões conjuntas, foi perguntado se costumam pedir opinião um ao outro antes de tomarem uma decisão

importante. A. referiu: *"Sempre. Valorizo muito a opinião do M., acho que juntos conseguimos ter uma visão mais equilibrada."* M. reforçou: *"Exato. Quando é uma decisão que afeta os dois ou a família, é natural que falemos sobre isso antes de decidir."*

No que respeita à comunicação no casal, foi explorada a perceção sobre o tom de voz e a forma como cada um expressa as suas opiniões. M. destacou: *"Acho que comunicamos de forma respeitosa. Mesmo quando discordamos, conseguimos manter um tom tranquilo, sem nos atacarmos."* A. concordou, acrescentando: *"Sim, quando surge algum desentendimento, tentamos falar com calma e resolver as coisas de forma sensata. Nunca gostei de discussões acaloradas, e acho que conseguimos evitar isso."* Para aprofundar esta avaliação, foi utilizada uma escala de 1 a 10, na qual M. atribuiu um 9, justificando: *"Dou um 9 porque sinto que nos conseguimos expressar bem e resolver as coisas de forma pacífica."* A. atribuiu a mesma pontuação, explicando: *"Também daria um 9. Acho que conseguimos comunicar com respeito e consideração, e isso é o mais importante."* Quando questionados sobre o motivo de não atribuírem uma pontuação mais baixa, M. destacou: *"Porque acho que temos uma comunicação muito boa. Há sempre espaço para melhorias, mas no geral, entendo-me bem com a A. e conseguimos resolver as coisas juntos."* A. acrescentou: *"Sim, sentimos que temos uma comunicação saudável e funcional. O facto de estarmos juntos há tantos anos também nos ajuda a compreender melhor o outro e a evitar desnecessárias tensões."* Deste modo, concluiu-se que a comunicação no casal é percebida como eficaz, refletindo um padrão de respeito e compreensão mútua, que contribui para a estabilidade da relação.

No que concerne à satisfação do casal com o padrão de sexualidade, foi colocada a questão: *"Em relação à vossa sexualidade, estão satisfeitos ou gostariam que fosse diferente?"* M. respondeu: *"Sim, sinto-me satisfeito com a nossa vida sexual. Acho que conseguimos manter uma boa conexão ao longo dos anos e que há respeito pelo ritmo e pelas necessidades de cada um."* A. concordou, acrescentando: *"Também me sinto satisfeita. A nossa intimidade tem-se ajustado às fases da nossa vida, e isso é algo natural. Para mim, o mais*

importante é sentirmo-nos confortáveis um com o outro." Relativamente à capacidade de se sentirem à vontade durante a relação sexual, foi questionado: *"Conseguem sentir-se à vontade durante a relação sexual?"* M. afirmou: *"Sim, sinto-me à vontade. Acho que a confiança que temos um no outro faz com que a nossa intimidade seja tranquila e sem pressões."* A. reforçou essa ideia, acrescentando: *"Sim, sinto-me confortável. Acho que a nossa relação de muitos anos nos permite ter essa segurança, sem receios ou constrangimentos."* No que diz respeito à ausência de disfunções sexuais, foi colocada a questão: *"Em relação à vossa função sexual, têm ocorrido problemas?"* M. respondeu: *"Não, até ao momento não tenho sentido dificuldades nesse aspeto. Acho que temos conseguido manter uma boa sintonia."* A. complementou: *"Também não tenho tido qualquer problema. Sinto-me bem e confortável, e isso tem contribuído para que a nossa vida íntima continue equilibrada."*

Com base nos dados apresentados, é possível aferir o seguinte diagnóstico: Satisfação Conjugal não mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional manifestada por não satisfação do casal com o tempo que estão juntos.

Para melhorar a satisfação do casal com o tempo que passam juntos, foram planeadas intervenções focadas no planeamento de rituais familiares e na motivação para atividades em conjunto. Para tal, foram utilizadas questões lineares, reflexivas e circulares, permitindo explorar as expectativas e necessidades do casal relativamente ao tempo de qualidade na relação. Inicialmente, foi questionado a M. e A.: *"Referiram que gostariam de passar mais tempo juntos. Sempre foi assim ou sentem que houve momentos na vossa relação em que conseguiam dedicar mais tempo um ao outro?"* M. respondeu: *"No início da nossa relação, antes de termos filhos, tínhamos mais tempo para nós. Agora, com o trabalho e as responsabilidades diárias, é mais difícil encontrar momentos só para os dois."* A. complementou: *"Sim, ao longo dos anos fomos deixando de lado algumas coisas que gostávamos de fazer juntos. Antes saíamos mais, dávamos passeios ao fim de semana. Agora parece que estamos sempre focados nas tarefas do dia a dia e, quando nos*

damos conta, já estamos cansados e preferimos ficar por casa." Perante esta reflexão, foi colocada a questão: *"Se pudessem escolher um momento da vossa semana para estarem juntos e fazerem algo que realmente gostam, o que escolheriam?"* M. respondeu: *"Gostávamos de voltar a fazer caminhadas ao fim de semana, especialmente junto ao mar. Era algo que fazíamos antes e que nos sabia bem."* A. concordou: *"Sim, sabe bem sair um pouco da rotina e estar ao ar livre. Acho que isso nos ajudaria a passar mais tempo juntos sem nos sentirmos pressionados."* Tendo em conta esta preferência do casal, foi sugerida a implementação de um ritual terapêutico simples, mas eficaz: *"O que acham de estabelecer um dia fixo na vossa semana para retomarem as vossas caminhadas? Por exemplo, ao domingo de manhã ou ao final da tarde?"* M. respondeu de imediato: *"Ao domingo de manhã seria ideal, antes de começarmos com as tarefas da semana."* A. concordou, afirmando: *"Sim, acho que pode ser uma boa forma de passarmos mais tempo juntos e de mantermos esse compromisso."* Foi reforçada a importância deste ritual na melhoria da satisfação do casal, e M. expressou motivação para seguir com o plano: *"Se tivermos esse compromisso estabelecido, torna-se mais fácil não deixar passar."* A. acrescentou: *"Sim, vamos tentar fazer disso uma rotina nossa."* Numa consulta de seguimento, realizada três semanas depois, foi avaliada a implementação do ritual. Quando questionados sobre a experiência, A. referiu: *"No primeiro domingo quase nos esquecíamos, mas depois fomos e soube mesmo bem. Voltámos a ter essas conversas descontraídas que tínhamos antes."* M. acrescentou: *"Sim, sinto que nos aproximou mais. Agora já é algo que esperamos com entusiasmo durante a semana."* Tendo em conta o impacto positivo da intervenção, foi sugerido ao casal que tentasse manter esse ritual e, se possível, introduzir pequenos momentos de tempo a dois durante a semana, para reforçar ainda mais a proximidade emocional e a satisfação conjugal. Tendo em conta os resultados das intervenções implementadas, foi alterado o diagnóstico para Satisfação Conjugal Mantida. Na avaliação do Papel Parental na família com filhos adultos, foi possível identificar um processo de ajustamento positivo à nova etapa desenvolvimental, caracterizado por uma relação de suporte, respeito pela autonomia dos filhos e

comunicação eficaz entre os elementos do casal. Ambos os progenitores demonstraram estar conscientes das transformações inerentes à transição dos filhos para a idade adulta, reconhecendo que o seu papel passou a ser mais orientado para o apoio e aconselhamento do que para a definição de regras. Valorizaram a autonomia e a independência dos filhos, destacando o orgulho em observá-los a gerir de forma responsável as suas vidas.

Foi igualmente evidente o alinhamento entre os pais no que respeita às decisões parentais, partilhando valores e objetivos comuns que promovem a consistência e a estabilidade na relação com os filhos. A qualidade da relação parental foi considerada elevada, com ambos a classificarem a ligação com os filhos como muito positiva, apontando para relações próximas e de confiança mútua. Salientaram ainda que, apesar de fornecerem conselhos, evitam interferir nas decisões dos filhos, respeitando os seus ritmos e escolhas.

Relativamente à saída de casa dos filhos, a perceção partilhada foi de naturalidade e aceitação, reconhecendo essa etapa como parte integrante do desenvolvimento familiar, mantendo-se disponíveis para oferecer suporte. Não foram identificados sentimentos de sobrecarga ou conflito associados ao exercício do papel parental. Face à análise dos dados recolhidos, foi formulado o diagnóstico de Papel Parental Adequado.

Na Dimensão Funcional, foi realizada a avaliação da área de atenção referente ao Processo Familiar, abrangendo as subáreas de *Coping*, Interação de Papéis e Relação Dinâmica. Importa referir que esta avaliação foi conduzida apenas com o casal, não tendo sido possível incluir os filhos na recolha de dados. Assim, as perceções apresentadas refletem exclusivamente a visão dos pais, podendo não corresponder integralmente ao funcionamento familiar enquanto sistema global. A ausência dos filhos na avaliação representa uma limitação, dado que a funcionalidade familiar idealmente deveria ser analisada considerando a perspetiva de todos os seus membros.

No que concerne à Comunicação Familiar, o casal demonstrou satisfação com a forma como os sentimentos são partilhados, salientando a existência de um ambiente de confiança, diálogo aberto e apoio emocional mútuo. Ambos

referiram que todos os elementos da família têm oportunidade de expressar livremente as suas opiniões e preocupações, promovendo uma dinâmica de proximidade e resolução colaborativa de problemas. A interação com os filhos é descrita como clara e compreensiva, contribuindo para a coesão familiar. Quando questionados sobre a qualidade da comunicação no agregado familiar, atribuíram a pontuação de 9 numa escala de 1 a 10, evidenciando uma perceção globalmente positiva. Importa, contudo, referir que esta avaliação se baseia exclusivamente na perspetiva dos progenitores, sendo desejável, para uma compreensão mais abrangente, integrar também a visão dos filhos.

Relativamente ao *coping* familiar, foi evidenciada a capacidade de A. e M. para enfrentar desafios de forma conjunta, com uma gestão partilhada das situações do quotidiano. Ambos demonstraram iniciativa e eficácia na resolução de problemas, referindo-se à comunicação como um elemento central nesse processo. Manifestaram satisfação com as estratégias utilizadas e indicaram não sentir necessidade de recorrer a apoio externo, salientando a autonomia da família na superação das dificuldades.

No que diz respeito à Interação de Papéis, A. e M. relataram uma distribuição equilibrada das responsabilidades familiares, ajustada de forma natural ao longo do tempo. Não foram identificados conflitos ou sentimentos de sobrecarga, sendo reconhecido por ambos um contributo harmonioso e adequado de cada elemento à dinâmica familiar.

Relativamente à Relação Dinâmica, A. e M. referiram não existirem desigualdades de poder entre os membros da família, nem alianças que comprometam a harmonia familiar. Ambos destacaram que a união e o respeito são pilares fundamentais na relação familiar e expressaram satisfação com a forma como a coesão familiar se manifesta no dia-a-dia.

No que concerne à perceção sobre a Funcionalidade Familiar, A. e M. classificaram a família como altamente funcional, de acordo com os resultados obtidos na Escala de APGAR Familiar. A aplicação da Escala Faces II revelou que o casal perceciona a família como Ligada/Flexível, sendo classificada como uma Família Equilibrada, com níveis saudáveis de coesão e

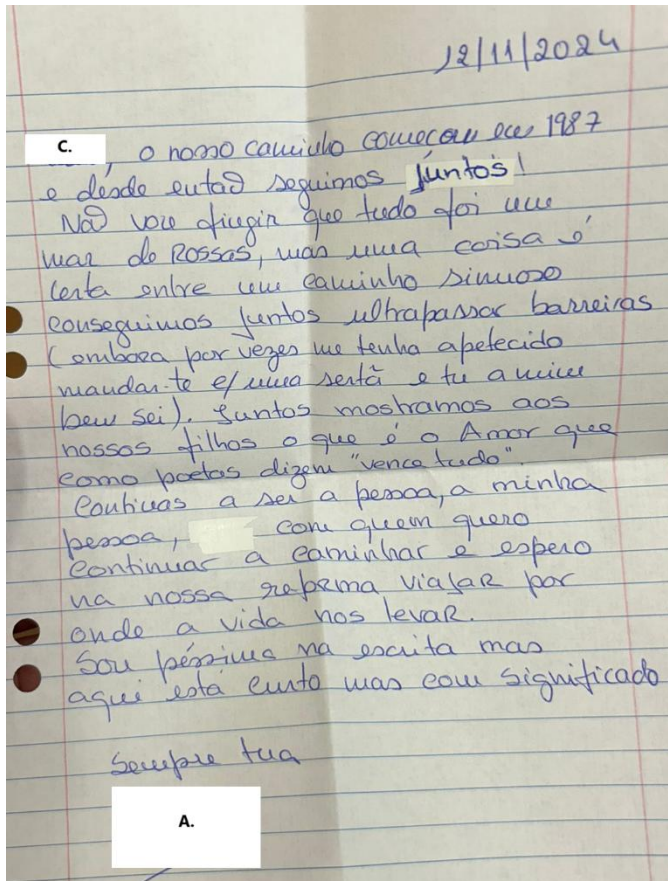
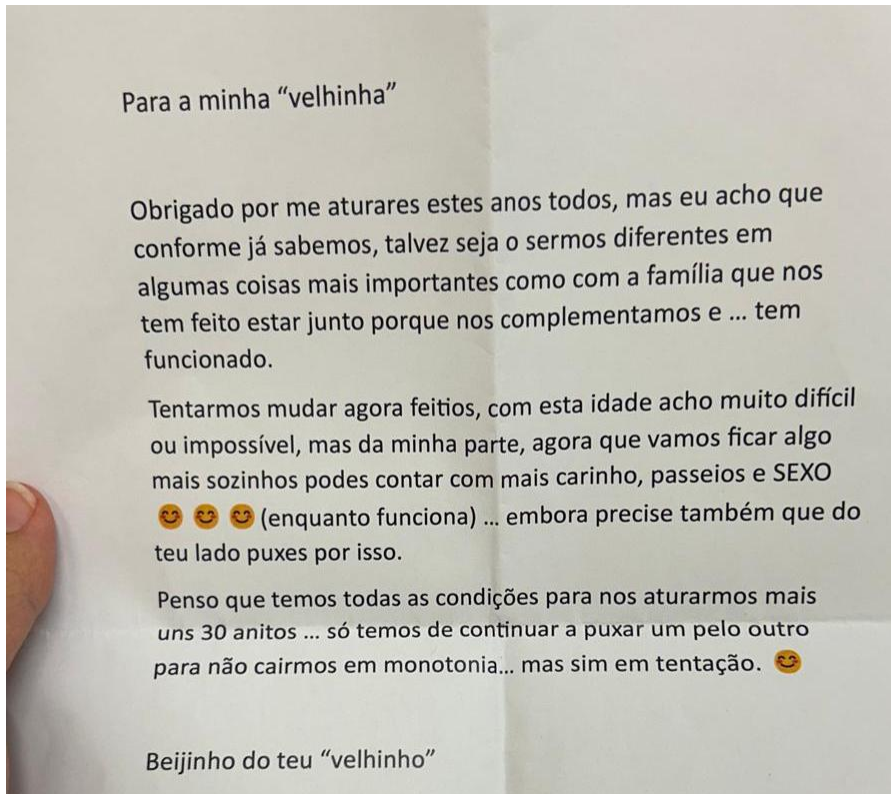
adaptabilidade. No entanto, dado que os filhos não participaram na avaliação, não foi possível obter um retrato completo da funcionalidade familiar, razão pela qual não foi formulado um diagnóstico específico nesta dimensão.

No âmbito da intervenção individualizada, foi realizada a avaliação da autogestão da doença e do regime terapêutico de A., com enfoque na Hipertensão Arterial. A utente apresentou parâmetros clínicos dentro dos valores recomendados (IMC de 22,9 kg/m² e pressão arterial de 121/76 mmHg), demonstrando uma gestão eficaz da sua condição crónica. Evidenciou um elevado nível de literacia em saúde, monitorizando regularmente os valores tensionais, reconhecendo padrões normais e alterações, e adotando uma postura informada e autónoma na adesão ao regime terapêutico. Revelou compromisso com a terapêutica medicamentosa, cumprindo rigorosamente os horários de toma e demonstrando conhecimento sobre os efeitos secundários e os procedimentos a adotar em caso de esquecimento. Em termos de hábitos de vida, mantém uma alimentação equilibrada, ajustada ao controlo da pressão arterial, e adota uma rotina de atividade física regular, nomeadamente caminhadas e tarefas domésticas ativas. Esta gestão foi interpretada, à luz da Teoria das Transições de Meleis, como uma transição bem-sucedida, marcada por autonomia, estabilidade e adaptação positiva à doença. Para além disso, a utente mantém a vacinação atualizada, conforme o Programa Nacional de Vacinação (Ministério da Saúde, 2022), e realiza os rastreios recomendados para a sua faixa etária, evidenciando uma atitude preventiva e responsável na promoção da sua saúde.

No caso do utente M., a avaliação centrou-se igualmente na Hipertensão Arterial. Os parâmetros clínicos registados (IMC de 25,4 kg/m² e pressão arterial de 127/80 mmHg) revelam valores dentro da normalidade, embora indicativos da necessidade de reforçar hábitos de vida saudáveis. M. demonstrou consciência da sua condição e capacidade de autogestão, realizando a monitorização regular da pressão arterial e adotando medidas preventivas alinhadas com as orientações médicas. Relatou cumprir rigorosamente a terapêutica medicamentosa prescrita, com conhecimento sobre os seus efeitos e adequada gestão do regime terapêutico. No que diz

respeito à alimentação, procura manter uma dieta equilibrada, com redução do consumo de sal e alimentos processados. Relativamente à atividade física, embora não realize exercício estruturado, mantém-se funcionalmente ativa no quotidiano, através do trabalho e de caminhadas ocasionais, tendo demonstrado intenção de reforçar esta componente. À luz da Teoria das Transições de Meleis, M. encontra-se numa fase de adaptação positiva, com empenho na adoção de comportamentos saudáveis e compromisso com o controlo da sua condição crónica. Tal como A., apresenta a vacinação em dia e realiza os rastreios indicados para a sua idade, alinhando-se com os princípios da prevenção e do acompanhamento regular em saúde.

ANEXO III – Cartas Terapêuticas da Família 1



ANEXO IV – Diagnóstico das necessidades de formação profissional

Diagnóstico das necessidades de formação profissional

O presente questionário surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e foi desenvolvido pelas mestrandas Filipa Soares Rodrigues e Diana Terroso Graça, sob orientação das Professoras Maria Rui Sousa, Maria José Peixoto e Leonor Pinto.

As respostas ao questionário são anónimas e servirão para que as mestrandas possam identificar as necessidades formativas da equipa de Enfermagem sobre Enfermagem de Saúde Familiar, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e documentação dos cuidados prestados neste âmbito e, desta forma, adequar e personalizar as estratégias e conteúdos de formação à equipa.

O questionário é constituído por três partes. A primeira parte visa caracterizar a equipa de enfermagem, através de dados sobre a experiência dos profissionais, assim como formação especializada em enfermagem e particularmente na área de Enfermagem de Saúde Familiar. A segunda parte centra-se na avaliação do conhecimento dos profissionais relativamente à documentação no sistema *SClinico* no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar. A terceira parte destina-se ao conhecimento acerca de Enfermagem de Saúde Familiar e à identificação de competências relativamente à avaliação junto das famílias nucleares com filhos adultos e famílias com uma criança com excesso de peso ou obesidade.

O questionário leva cerca de 15 minutos para ser preenchido.

Parte I - Caracterização

1. Idade: _____

2. Número de anos de experiência profissional: _____

3. Número de anos de experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários: _____

4. Nível de Formação:

Licenciatura _____

Mestrado _____

Doutoramento _____

5. Detentor(a) de formação Especializada em Enfermagem:

Sim _____ Não _____

5.1. Se respondeu SIM à questão anterior, assinale em que área:

Enfermagem de Reabilitação _____

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica _____

Enfermagem Médico-Cirúrgica _____

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica _____

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica _____

Enfermagem Comunitária _____

Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar ____

Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública ____

6. Detentor de formação específica na área de Enfermagem de Saúde Familiar:

Sim ____ Não ____

6.1 Se respondeu SIM à questão anterior, assinale qual:

___ Pós-graduação com 30 ou mais ECTS (com pelo menos 300h)

___ Mestrado

___ Outra. Indique qual e o nº de ECTS/Horas _____

Parte II – Avaliação de conhecimentos sobre documentação de enfermagem no SClínico no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar

Por favor, selecione a opção mais adequada, colocando uma cruz (X) na resposta correspondente.

1. Na sua opinião, qual é a importância da documentação de enfermagem no contexto familiar para a sua prática clínica?

___ Pouco importante

___ Importante

___ Muito importante

2. Dos vários programas de saúde disponíveis no SClínico, está familiarizado(a) com o programa "Saúde da Família"?

___ Sim

___ Não

2.1. Se NÃO, gostaria de ter formação sobre a documentação de cuidados utilizando o programa "Saúde da Família"?

___ Sim

___ Não

3. Alguma vez abriu o programa "Saúde da Família"?

___ Sim

___ Não

3.1. Se NÃO, porque razão nunca o abriu?

___ Tenho conhecimento do programa "Saúde da Família", mas sinto que não possuo as competências necessárias para utilizá-lo adequadamente.

___ Falta de tempo.

___ Registo muito limitado, obrigando frequentemente a recorrer ao texto livre, pois não existem diagnósticos parametrizados (por exemplo, "relação dinâmica não efetiva", sem a possibilidade de identificar o dado comprometido).

___ Outro motivo: _____

4. Quais são os focos de atenção do programa "Saúde Familiar" que conhece? (Pode assinalar mais do que um foco)

___ Rendimento Familiar

___ Edifício Residencial

___ Precauções de Segurança

___ Abastecimento de água

___ Animal doméstico

___ Satisfação conjugal

___ Planeamento familiar

___ Adaptação à gravidez

___ Papel parental

___ Papel prestador de cuidados

___ Processo familiar

5. Indique duas vantagens do registo no Programa "Saúde da Família".

6. Indique duas dificuldades, se existirem, sentidas na documentação da família enquanto cliente?

Parte III- Avaliação de conhecimentos sobre Enfermagem de Saúde Familiar

1. Como definiria o conceito de Saúde Familiar?

___ É um estado subjetivo e um processo dinâmico de ajustamento que engloba a saúde individual de cada membro, bem como os aspetos do funcionamento familiar.

___ Refere-se à capacidade da família em desempenhar as suas funções, demonstrando uma organização flexível e estruturada para estabelecer metas e fornecer os recursos necessários para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros.

___ Ambas as definições estão corretas.

2. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico que permite a identificação das necessidades, das forças e recursos das famílias (Figueiredo, 2012). Conhece este referencial teórico?

__ Sim

__ Não

2.1 Se respondeu SIM à questão anterior, já teve formação acerca do MDAIF?

__ Sim

__ Não

3. Numa escala de 1 a 10, onde 1 representa "não me sinto competente" e 10 representa "sinto-me muito competente", como avalia a sua capacidade de avaliação e intervenção na família enquanto cliente?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Acha importante essa avaliação e intervenção na família?

__ Sim

__ Não

5. Já alguma vez realizou uma avaliação familiar e respetiva intervenção a uma família nuclear com filhos adultos na fase de preparação para o ninho vazio (saída dos filhos de casa)?

Sim ____ Não ____

5.1. Se respondeu NÃO à questão anterior, selecione o motivo:

Falta de tempo ____

Falta de conhecimento sobre a avaliação e intervenção familiar ____

Não considero importante ____

Outro ____ Refira qual: _____

5.2. Refira quais as áreas de atenção que lhe parecem importantes na prestação de cuidados às famílias nucleares com filhos adultos na fase de preparação para o ninho vazio (saída dos filhos de casa).

Áreas de atenção:

ANEXO V – Planeamento do processo formativo implementado à equipa de enfermagem da USF

Plano Formativo: Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos Cuidados

Objetivo Geral: Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Objetivos Específicos:

- Ser capaz de definir os conceitos de Família e Enfermagem de Saúde Familiar;
- Conhecer as dimensões de avaliação familiar, tendo por base o MDAIF;
- Distinguir as áreas de atenção correspondentes a cada dimensão de avaliação (estrutural, desenvolvimento e funcional);
- Enumerar as dimensões operativas de cada área de atenção;
- Identificar o programa de saúde adequado para a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família;
- Promover e colaborar na melhoria contínua da qualidade no âmbito da documentação da prestação de cuidados de Enfermagem especializados à família;
- Promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação;
- Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar;
- Criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção;
- Assegurar processos de *coaching* aos membros da equipa de Enfermagem para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Atividade: O processo formativo no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar foi direcionado para a documentação dos cuidados de enfermagem no sistema informático, em resposta às necessidades identificadas junto da equipa de enfermagem.

Durante o período de estágio, a equipa de enfermagem da USF relatou diversas dificuldades e limitações relacionadas com a documentação dos cuidados de enfermagem direcionados às famílias no sistema informático SClínico, bem como desafios na avaliação e intervenção familiar.

A análise efetuada a duas amostras aleatórias de 60 famílias acompanhadas pelas enfermeiras cooperantes revelou que, em nenhum dos casos, estavam documentados no "Processo Clínico Familiar" os cuidados direcionados às famílias no sistema informático SClínico.

Plano Formativo: Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos Cuidados

População-Alvo: Equipe de Enfermagem da USF

| O que vai ser feito | Objetivo | Quem faz | Quando | Como | Onde |
|--|--|--------------------------------|-------------------------|---|------|
| Diagnóstico de situação | Identificar necessidades formativas sobre Avaliação e Intervenção Familiar | Filipa Rodrigues e Diana Graça | 01/10/2024 a 29/11/2024 | -Elaboração de documento de colheita de dados; -Aplicação do instrumento de colheita de dados; -Análise dos dados. | USF |
| Desenvolvimento da formação em serviço | Planejar a formação em serviço | Filipa Rodrigues e Diana Graça | 29/11/2024 a 12/12/2024 | -Elaboração do plano de sessão; -Elaboração da folha de participantes; -Elaboração da apresentação PowerPoint; -Elaboração do "Guia Prático" de documentação; -Elaboração do questionário de avaliação da sessão. | USF |
| Formação em serviço | <ul style="list-style-type: none"> - Explicitar o conceito de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF); - Apresentar as competências específicas do enfermeiro especialista em ESF; - Explorar a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); - Analisar, através de caso clínico, a avaliação e intervenção familiar em famílias nucleares com filhos adultos e | Filipa Rodrigues e Diana Graça | 15/12/2023 | -Exposição da apresentação PowerPoint; -Entrega do "Guia Prático"; -Método expositivo, participativo e demonstrativo. | USF |

Plano Formativo: Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos Cuidados

| | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|-------------------------|---|-----|
| | <p>em famílias com crianças com excesso de peso ou obesidade;</p> <p>- Motivar para a mobilização na prática clínica do conhecimento adquirido na ação de formação sobre a prática de documentação dos cuidados prestados no âmbito do Programa de Saúde da Família no programa SClínico CSP.</p> | | | | |
| Coaching individual | - Garantir apoio e esclarecimento de dúvidas no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem às famílias | Filipa Rodrigues e Diana Graça | 13/12/2024 a 16/01/2024 | -Acompanhar, ativamente, cada membro da equipa de enfermagem na documentação dos cuidados aquando das consultas às famílias | USF |
| Avaliação dos resultados | -Identificar competências adquiridas; -Reconhecer a avaliação global dos participantes acerca dos conteúdos formativos, desempenho dos formadores, organização da ação e sugestões de melhoria | Filipa Rodrigues e Diana Graça | 13/12/2023 a 16/01/2024 | -Aplicação do documento de colheita de dados; -Aplicação de questionário de avaliação da sessão; -Análise de dados. | USF |

ANEXO VI – Plano da sessão formativa e apresentação PowerPoint



PLANO DA SESSÃO FORMATIVA EM CONTEXTO DE TRABALHO

| Tema | "Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos cuidados" | | | | | |
|-----------------------|--|---------|-----------------|-------------|-------|-----|
| Data | 13/12/2024 | Horário | Início: 13h 00m | Fim: 14h00m | Local | USF |
| População alvo | Equipa de Enfermagem da USF | | | | | |
| Formadores | Filipa Rodrigues e Diana Graça | | | | | |
| Objetivos gerais | <ul style="list-style-type: none"> Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem acerca dos princípios da Enfermagem de Saúde Familiar; Promover a melhoria contínua da qualidade no âmbito do registo da prestação de cuidados à família; Aprofundar o conhecimento acerca da avaliação e intervenção familiar; Incentivar a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos durante a formação para a melhoria da documentação dos cuidados realizados no âmbito do Programa de Saúde da Família no SClínico CSP. | | | | | |
| Objetivos específicos | <ul style="list-style-type: none"> Definir o conceito de Enfermagem de Saúde Familiar; Apresentar as competências específicas que caracterizam o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar; Explorar a aplicação prática da matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; Analisar, através de caso clínico, a avaliação e intervenção familiar em famílias nucleares com filhos adultos e em famílias com crianças com excesso de peso ou obesidade; Discutir os resultados obtidos após a simulação da avaliação familiar em famílias nucleares com filhos adultos e em famílias com crianças com excesso de peso ou obesidade; Estimular a motivação da equipa de enfermagem através de uma abordagem prática e dinâmica, com a simulação de cenários de avaliação familiar, fomentando o entusiasmo para uma documentação mais rigorosa e sistemática dos cuidados prestados às famílias no SClínico CSP. | | | | | |



| | Duração | Conteúdos programáticos | Metodologia Técnico-Pedagógica | Recursos Didáticos |
|------------------------|---------|--|---|---------------------------|
| Introdução | 5 min | - Apresentação das formadoras; - Apresentação dos objetivos da sessão. | Método Expositivo | Computador Data-Show |
| Desenvolvimento | 45 min | - Conceito de Enfermagem de Saúde Familiar; - Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar; - Apresentação dos projetos de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar: <ul style="list-style-type: none"> Caracterização de 60 famílias que deu origem ao tema trabalhado; Critérios de inclusão da amostra utilizados; Enquadramento teórico; Simulação de Avaliação Familiar para cada uma das temáticas; Apresentação de diagnóstico efetuado e das intervenções utilizadas. | Método Expositivo Método Demonstrativo Método Interrogativo Método Ativo | Computador; Data-Show; |
| Conclusão | 7 min | - Síntese; - Esclarecimento de dúvidas. | Método Expositivo Método Participativo | Computador Data-Show |
| Avaliação | 2 min | Aplicação de Questionário de Avaliação da Formação. | | |

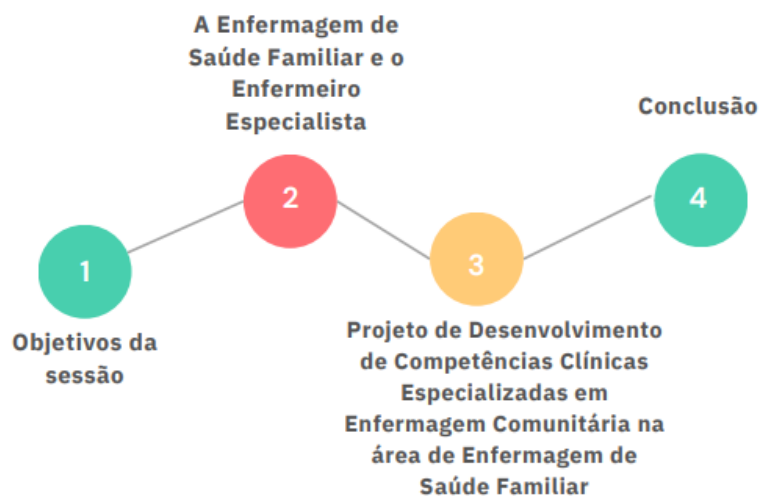
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS



Autoras:
Filipa Rodrigues
Diana Graça

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

SUMÁRIO



OBJETIVOS DA SESSÃO FORMATIVA

Gerais:

- Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem acerca dos princípios da Enfermagem de Saúde Familiar;
- Promover a melhoria contínua da qualidade no âmbito do registo da prestação de cuidados à família;
- Aprofundar o conhecimento acerca da avaliação e intervenção familiar.;
- Incentivar a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos durante a formação para a melhoria da documentação dos cuidados realizados no âmbito do Programa de Saúde da Família no SCLínico CSP.

Específicos:

- Definir o conceito de Enfermagem de Saúde Familiar;
- Apresentar as competências específicas que caracterizam o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar;
- Explorar a aplicação prática da matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar;
- Analisar, através de caso clínico, a avaliação e intervenção familiar em famílias nucleares com filhos adultos e em famílias com crianças com excesso de peso ou obesidade.
- Discutir os resultados obtidos após a simulação da avaliação familiar em famílias nucleares com filhos adultos e em famílias com crianças com excesso de peso ou obesidade;
- Estimular a motivação da equipa de enfermagem através de uma abordagem prática e dinâmica, com a simulação de cenários de avaliação familiar, fomentando o entusiasmo para uma documentação mais rigorosa e sistemática dos cuidados prestados às famílias no SCLínico CSP.

A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E O ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Enfermagem de Saúde Familiar considera a família como uma unidade central de cuidados, onde o enfermeiro concebe a sua prática numa relação efetiva com as famílias, baseando-se nas **forças da pessoa, família e comunidade** (Wright & Leahey, 2012).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar utiliza a investigação e a prática baseada na evidência para apoiar a **avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família**, utilizando um **modelo de enfermagem** que reconhece a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, bem como ajudar a família a **mobilizar os seus recursos internos** para se adaptar às exigências de transições complexas (Figueiredo, 2012).

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

| Competência | Descritivo | Unidades de Competência |
|--|--|---|
| Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção | Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando -se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições. | Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas. |
| | | Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família. |
| | | Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas. |
| | | Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica. |
| | | 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. |
| | | Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar. |
| Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem. | | |

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª SÉRIE – N.º 135 – 16 DE JULHO DE 2018

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

| Competência | Descritivo | Unidades de Competência |
|--|--|--|
| Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar | Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família. | Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família |
| | | Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. |

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª SÉRIE – N.º 135 – 16 DE JULHO DE 2018

**AValiação e Intervenção em Famílias Nucleares com Filhos Adultos -
Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em
Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Caracterização de 60 famílias

A nuclear é a mais prevalente (65%);

Fase VI do Ciclo Vital de Duvall (38,1%) - Família como centro de lançamento.

Crítérios de inclusão da amostra

Famílias do tipo nucleares, a vivenciar a Etapa do Ciclo Vital Familiar segundo Duvall VI, em que o filho mais velho tenha idade compreendida entre os 20 e os 30 anos, nenhum filho tenha saído de casa e aceitem participar.

**AValiação e Intervenção em Famílias Nucleares com Filhos Adultos -
Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em
Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar**

A etapa da família com filhos adultos caracteriza-se por uma série de transições que se influenciam mutuamente, englobando o **reconhecimento da adulez dos filhos, a sua autonomia e independência em relação ao subsistema parental, bem como a eventual saída de casa**. Este período requer uma **redefinição das relações entre pais e filhos**, assim como uma **reestruturação das dinâmicas conjugais**, tendo em consideração as carreiras e a individualidade de cada um dos membros da família (Bougea et al., 2019; Silva et al., 2022).

Idade média, em 2023, em que os jovens saem de casa dos pais em Portugal é de **29,1 anos**.

Três tarefas essenciais nesta fase (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2012 e Silva et al, 2022):

- Reavaliar e renegociar a relação conjugal e parental;
- Facilitar a saída dos filhos de casa;
- Aprender a lidar com o processo de envelhecimento.

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS NUCLEARES COM FILHOS ADULTOS - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A Família 1 é constituída pelo casal: C., de 58 anos, engenheiro eletrotécnico e A., de 53 anos, responsável têxtil. Têm 2 filhos, I. de 28 anos, arquiteta e P. de 18 anos, que ingressou na licenciatura de engenharia mecânica este ano. Ambos os filhos ainda se encontram a viver com os pais. A. apresenta como antecedentes clínicos: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial e Histerectomia total. C. tem como antecedentes: Obesidade, Insuficiência Venosa, Hipertrofia Benigna da Próstata. Ambos os filhos não possuem antecedentes clínicos.

Quais são as principais áreas de atenção da família?

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS NUCLEARES COM FILHOS ADULTOS - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Quais são as principais áreas de atenção nesta família?

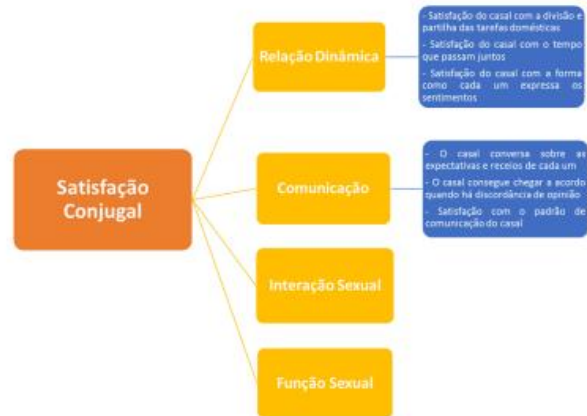
Satisfação Conjugal

**Papel Parental
(Família com
filhos adultos)**

Processo Familiar

ATIVIDADE PRÁTICA

Tendo em conta o cenário apresentado, solicitamos uma voluntária para simular a avaliação da satisfação conjugal, tendo em conta o apresentado abaixo:



Discussão da simulação



TRABALHO DESENVOLVIDO COM A FAMÍLIA 1 - DIAGNÓSTICO

SATISFAÇÃO CONJUGAL NÃO MANTIDA RELACIONADA COM RELAÇÃO DINÂMICA DISFUNCIONAL
MANIFESTADA POR NÃO SATISFAÇÃO DO CASAL COM A FORMA COMO CADA UM EXPRESSA OS SEUS
SENTIMENTOS.

COMO INTERVIR?

COMO INTERVIR?

Enf: "A Dª A. referiu que gostava que o seu marido fosse mais romântico, sempre foi assim ou anteriormente ele demonstrava mais afeto?"

A: No início demonstrava mais, mas também éramos mais novos, era diferente, agora estamos noutra fase, gostava que ele tivesse mais iniciativa, não é que ele não demonstre afeto, mas às vezes pequenas coisas, como por exemplo, chegar a casa e dar-me um beijo, não o costuma fazer.

Enf: "O que é que o Sr. C pensa acerca do que a sua esposa referiu?"

C: Eu tive uma infância difícil, os meus pais eram bastante frios e não havia demonstração de afeto entre eles, nunca senti que os meus pais tivessem uma relação feliz ou com amor, por isso sinto que a minha falta de iniciativa acaba por estar um pouco relacionada com isso. Eu amo a minha esposa, mas por vezes nem me vem à cabeça pequenas coisas que até são comuns e rápidas e que acabo por não fazer, tenho de ter mais atenção a isso."

Enf: "A Dª A. referiu que o Sr. C. não costuma dar-lhe um beijo quando chega a casa, acham que seria um bom ponto de partida para melhorar esta iniciativa e demonstração de afeto?"

A: Sim enfermeira, parece-me bem.

C: Sim, sem dúvida.

Enf: "Então sempre que o Sr. C. chegar a casa a primeira coisa que irá fazer será procurar a sua esposa e dar-lhe um beijo, parece-lhe bem?"

C: Sim enfermeira, parece-me muito bem.

Enf: Vejo que são um casal bastante unido, na próxima consulta verificamos como é que correu.

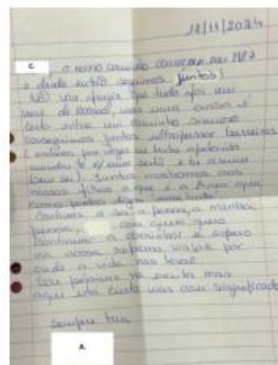
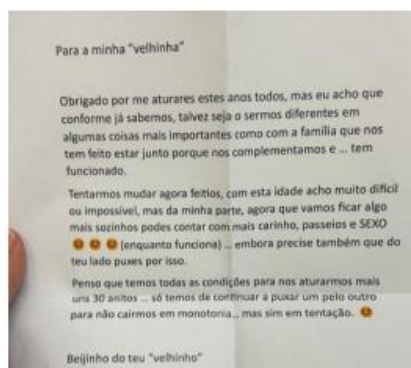
C e A: Combinado.

Ritual
Terapêutico

COMO INTERVIR?

- Durante a consulta de seguimento, foi questionado ao casal como se sentiram em relação ao ritual terapêutico implementado, C. respondeu: "Senti-me bem, enfermeira. Ao início tinha de me focar para não me esquecer de o fazer e, por acaso, hoje, como viemos mais à pressa para aqui, até me esqueci, mas depois lembrei-me e já lhe dei um beijinho." A. referiu: "Senti-me muito bem, enfermeira. Acho que foi bom para nós."
- Considerando a abertura demonstrada pelo casal em relação a este ritual terapêutico e os resultados positivos iniciais, decidiu-se avançar com a implementação de uma **carta terapêutica**, como complemento, para reforçar a expressão emocional e consolidar a conexão afetiva entre os dois:

RESULTADO



AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM CRIANÇAS COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Caracterização de 60 famílias

- 53% das famílias com um membro com excesso de peso e 16,5% com obesidade
- No presente local de estágio verificou-se ainda na USF que 34,37% dos utentes têm excesso de peso, sendo o mais frequente problema de saúde e 14,55% têm obesidade (dados BI, CSP, 2024).
- Na lista da enfermeira orientadora verificou-se que cerca de 22% corresponde a excesso de peso e cerca de 15% a obesidade. (MIMUF, 2024)
- Destes dados 6% são crianças com excesso de peso e 4% com obesidade entre os 5 e os 14 anos (BI-CSP, 2024).

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM CRIANÇAS COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

- A obesidade infantil/ excesso de peso estão frequentemente associados a **padrões familiares de sedentarismo e alimentação inadequada**. Estudos demonstram que as famílias desempenham um papel determinante na adoção de comportamentos de risco, como o consumo de alimentos altamente processados e a falta de atividade física (Silva & Santos, 2020; Pires & Ferreira, 2021).
- A intervenção do enfermeiro especialista de saúde familiar visa, portanto, **capacitar as famílias para mudarem esses padrões através de educação para a saúde e da promoção de hábitos saudáveis**. Neste sentido, a família deve ser vista como a principal unidade de cuidado, com capacidade para influenciar positivamente as escolhas alimentares e de estilo de vida dos seus membros (Silva & Santos, 2020; Pires & Ferreira, 2021).

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM CRIANÇAS COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

A família C. é constituída pelo T.C, de 35 anos, pela sua esposa L.C, de 41 de anos e pelo P.C., filho de ambos, de 7 anos. O T.C trabalha como padeiro e a L.C numa fábrica de congelados. Os três membros da família apresentam obesidade como problema ativo.

Quais são as principais áreas de atenção da família?

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM CRIANÇAS COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

Quais são as principais áreas de atenção da família?

Papel Parental

Processo Familiar

ATIVIDADE PRÁTICA

Tendo em conta o cenário apresentado, solicitamos uma voluntária para simular a avaliação do papel parental, tendo em conta o apresentado abaixo:



Discussão da simulação



TRABALHO DESENVOLVIDO COM A FAMÍLIA 2 - DIAGNÓSTICO

PAPEL PARENTAL NÃO ADEQUADO POR CONHECIMENTO DO PAPEL/ COMPORTAMENTOS DE ADESÃO
NÃO DEMONSTRADOS

COMO INTERVIR?

COMO INTERVIR?

Enf: "Que impacto tem a obesidade na vossa vida?"

L: "A obesidade tem um impacto grande nas nossas rotinas e na forma como nos sentimos. Às vezes, parece que estamos sempre cansados ou sem energia para fazer coisas simples, como brincar juntos ou passear."

P: "Na escola e no futebol, tem vezes que eu não quero brincar porque fico com vergonha de não conseguir"

Enf: "D. L, os dois conseguem identificar que a obesidade é um problema na vossa família, e resolvem os problemas através do diálogo e partilham formas de os resolver. Quais os motivos que vos levam a não ter resolvido este problema da obesidade antes?"

L: "Acho que sempre soubemos que o peso era um problema, mas nunca demos a atenção necessária. Sempre estávamos ocupados com o trabalho, com as tarefas do dia a dia, e isso acabou por ficar em segundo plano"

P: "Eu não sabia que era um problema. Eu gosto de comer coisas que eu acho gostosas e não sabia que isso fazia mal. Mas quero mudar isso porque as roupas agora ficam me apertadas."

Enf: "Esses sinais podem indicar que precisamos prestar mais atenção à alimentação e fazer mais atividades, como brincar ao ar livre ou até mesmo fazer algum desporto que gostes. O que mais gostas de brincar?"

P: "Gosto muito de jogar futebol e jogar às escondidinhas."

Enf: "E gostavas de entrar num clube e jogar futebol? Achas boa ideia?"

P: "Gostava muito, mas queria emagrecer primeiro, tenho vergonha."

Enf: "Então e que tal começarmos a reduzir as quantidades de comida e comer sempre sopa antes da refeição e podes comer doces apenas 2x por semana."

P: "Eu acho que consigo fazer isso."

L: "Vou vigiar melhor e todos nós também termos mais cuidado em casa."

Enf: "Sinto que estão a perceber, vemo-nos na próxima consulta e aí falamos sobre o que conseguiram mudar e que hábitos mais saudáveis adotaram!"

L: Com certeza que vamos mudar, obrigada enfermeira!

Técnica internacional
ativa (abordagem
narrativa orientada
para soluções)

RESULTADOS

- Na segunda consulta foi questionado como se sentiram em que o P. responde "Os pais já não me compram doces, então já não como diariamente."
- A L refere que "durante a semana têm feito refeições saudáveis e já não compram alimentos processados ou doces."
- Todos os membros iniciaram acompanhamento de nutrição;
- O P. começou a perceber mudanças no seu corpo e no seu bem-estar. Sentia-se com mais energia para brincar e estudar, e também notou que perdeu peso porque as roupas não estavam tão apertadas.
- O P. iniciou futebol numa equipa por se sentir mais confiante e bonito.
- O casal iniciou caminhadas de cerca de 1h, ao final da tarde, pelo menos, 3 vezes por semana.

CONCLUSÃO

A Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel central na prestação de cuidados, reconhecendo a família como unidade de atenção e intervenção. O Enfermeiro Especialista, com base em modelos teóricos, como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, desenvolve competências que permitem uma abordagem colaborativa, focada na promoção da autonomia e do bem-estar familiar.

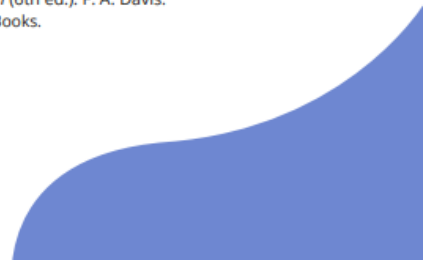
A intervenção junto de famílias em diferentes fases do ciclo de vida ou com necessidades específicas, exemplifica a importância da prática especializada e intencional. Neste contexto, a documentação dos cuidados surge como elemento essencial, assegurando a continuidade, a qualidade e a evidência das intervenções realizadas.

Assim, ao fomentar a autonomia e a capacidade de adaptação das famílias perante transições e desafios de saúde, o Enfermeiro Especialista contribui para a coesão familiar, o bem-estar dos seus membros e a melhoria dos resultados em saúde, reforçando a importância de uma prática baseada na evidência e centrada na família.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2002). *(Des) Equilíbrios familiares, uma visão sistémica*. Quarteto Editora.
- Bougea, A., Kourakou, E., & Kouta, C. (2019). Empty-nest-related psychosocial stress: Conceptual issues, future directions in economic crisis. *Journal of Family Issues*, 40(4), 459-479. <https://doi.org/10.1177/0192513X18818687>
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. *Lusociência*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 428/2018. *Diário da República*, II Série, nº135, 19 354-9. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Pires, R., & Ferreira, M. (2021). Obesidade infantil: Abordagem familiar e estratégias de intervenção. Lisboa: LIDEL.
- Silva, M. M., Figueiredo, C. M., & Costa, M. S. (2022). Conjugalidades e interações familiares de casais em 'ninho vazio': Análise baseada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3), e26803. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-26803>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F. A. Davis.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. Basic Books.



ANEXO VII – Questionário de avaliação da sessão formativa

Avaliação da sessão de formação “Enfermagem de Saúde Familiar – documentação dos cuidados”

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

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

| 3.FORMADORAS | | | | | |
|------------------------------------|-----|--------------|------------|-----|-----------|
| Nome: Filipa Rodrigues | Mau | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |
| Clareza da exposição | | | | | |
| Domínio dos temas desenvolvidos | | | | | |
| Capacidade para esclarecer dúvidas | | | | | |
| Nome: Diana Graça | | | | | |
| Clareza da exposição | | | | | |
| Domínio dos temas desenvolvidos | | | | | |
| Capacidade para esclarecer dúvidas | | | | | |

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

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

ANEXO VIII – Resultados da avaliação da sessão formativa

Avaliação da sessão de formação “Enfermagem de Saúde Familiar – documentação dos cuidados”

| 1.CONTEÚDO PROGRAMÁTICO | | | | | |
|--|-----|--------------|------------|-----|-----------|
| | Mau | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |
| Interesse dos conteúdos apresentados | | | | | 6 (100%) |
| Ajuste dos temas aos objetivos definidos | | | | | 6(100%) |

| 2.ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO | | | | | |
|------------------------------|-----|--------------|------------|-----------|-----------|
| | Mau | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |
| Suporte Pedagógico utilizado | | | | | 6 (100%) |
| Horário da formação | | | | 1 (16,6%) | 5 (83,3%) |
| Duração da formação | | | | | 6 (100%) |

| 3.FORMADORAS | | | | | |
|------------------------------------|-----|--------------|------------|-----|-----------|
| Nome: Filipa Rodrigues | Mau | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |
| Clareza da exposição | | | | | 6 (100%) |
| Domínio dos temas desenvolvidos | | | | | 6 (100%) |
| Capacidade para esclarecer dúvidas | | | | | 6 (100%) |
| Nome: Diana Graça | | | | | |
| Clareza da exposição | | | | | 6 (100%) |
| Domínio dos temas desenvolvidos | | | | | 6 (100%) |
| Capacidade para esclarecer dúvidas | | | | | 6 (100%) |



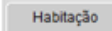
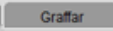
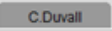
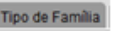
| 4.RESULTADOS E EXPECTATIVAS | | | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------|------------|-----------|-----------|
| | Mau | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |
| Temas abordados face às expectativas | | | | 1 (16,7%) | 5 (83,3%) |
| Utilidade prática da formação | | | | 1 (16,7%) | 5 (83,3%) |

| 5.AVALIAÇÃO GLOBAL | | | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------|------------|-----|-----------|
| | Mau | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |
| Avaliação global da ação de formação | | | | | 6 (100%) |




ANEXO IX – Guia prático de documentação dos cuidados

“Enfermagem de Saúde Familiar – documentação dos cuidados à família”: Guia Prático de Registo


PASSO 1:

No separador , colocar o cursor sobre o processo clínico individual → clicar em  → efetuar registos relativos a:     → “Gravar”.



PASSO 2:



No separador , colocar o cursor sobre o processo clínico individual → clicar no separador  → clicar em  → Selecionar os membros da família presentes aquando da avaliação/intervenção efetuada(s).

PASSO 3:

Depois de aberto o contacto do processo clínico familiar → associar, em , o programa “Saúde da Família” → “Gravar”.

PASSO 4:

Após associar o programa, os registos efetuam-se em  e  com as intervenções sugeridas, focos e diagnósticos associados.

Nota: O foco/área “Precaução de Segurança” e respetivas intervenções de diagnóstico não surgem como sugeridas, pelo que deve ser adicionado manualmente → Clicar em  → pesquisar “Precaução de Segurança” → definir juízo → “Gravar” (podem também ser adicionadas intervenções manualmente no separador ).

ANEXO X – 2.º Seminário em Enfermagem Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo



ANEXO XI – 3.º Seminário em Enfermagem Saúde Familiar, Maia/Valongo, ULS S. João

3º Seminário Enfermagem de Saúde Familiar



Maia/Valongo

Certifica-se que **Filipa Soares Rodrigues**

participou no 3º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar, Maia/Valongo, ULS S. João, que decorreu no dia 27 de setembro de 2024, online, com a duração de 8 horas.

Maia, 29 de setembro de 2024.



Áurea Jorge, Dora Machado e Cristina Mendes

Pe' A Comissão Organizadora

Áurea Jorge Dora Machado Cristina Mendes



ANEXO XII – Comunicação livre (poster) International Congress Family Health (ICFH'25)

