



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Avaliação e Intervenção familiar em famílias nucleares com
membros do casal portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 - Projeto
de Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na
área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Relatório de Estágio

Documento Provisório

Marta Pinheiro de Oliveira

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR EM FAMILIAS
NUCLEARES COM MEMBROS DO CASAL PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2 - PROJETO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS NA AREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR

FAMILY ASSESSMENT AND INTERVENTION IN NUCLEAR
FAMILIES WITH COUPLES AFFLICTED BY TYPE 2 DIABETES
MELLITUS-PROJECT FOR THE DEVELOPMENT OF
SPECIALIZED CLINICAL COMPETENCIES IN FAMILY
HEALTH NURSING.

Estágio profissional de natureza profissional orientado pela
Professora Ana Isabel Vilar e coorientado pela Professora
Doutora Maria Henriqueta Figueiredo

Autor(a): Marta Pinheiro de Oliveira

Porto, 2023

“Acreditar na família é construir o futuro.”

Papa João Paulo II

AGRADECIMENTOS

Dedico os meus especiais agradecimentos aos orientadores deste trabalho, Professora Ana Isabel Vilar (orientadora) e Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo (coorientadora) pelo apoio prestado ao longo deste percurso.

À Sr.^a Enfermeira Tutora, por ter permitido a operacionalização do meu estágio, pela ajuda prestada e acompanhamento sempre que dela necessitei.

À Medica de Família e Assistente Técnica, já que a minha recolha de dados e intervenção dependeu da colaboração do seu trabalho.

Às famílias que participaram pela disponibilidade demonstrada.

Às colegas do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar pelo apoio, presença e ajuda sempre que necessário.

Às minhas amigas de jornada e desafio, o Quarteto Fantástico e Bosses por todo o apoio, ajuda e companheirismo.

À Maria João e Leonor pela ajuda, compreensão, incentivo, carinho, partilha, e pelas longas conversas ao telefone. Com vocês tudo fez mais sentido.

A minha irmã Patrícia, cunhado Pedro, sogro Nuno e sogra Conceição, pelo apoio e ânimo, tornando a minha ausência menos difícil.

À minha mãe pelo amor, carinho, compreensão e ânimo. Mãe é mãe.

A mim mesma, pelo meu esforço, empenho e resiliência.

E por fim, mas com muita importância, ao Pedro, meu marido, ao Miguel e à Benedita, meus filhos, pelo amor e força que me transmitem, e por vos ter roubado muito do nosso tempo juntos.

A todos, muito obrigada.

RESUMO

Resumo: O presente relatório de estágio, insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Apresenta como objetivo descrever as atividades realizadas durante os estágios decorridos numa Unidade de Saúde Familiar, explanar as atividades que permitiram o desenvolver de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos enfermeiros) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros). Assim, dando resposta à competência referente ao cuidar da família enquanto unidade de cuidados, os dados avaliativos colhidos inicialmente permitiram escolher as famílias e orientar a seleção da temática, emergindo o tema Avaliação e Intervenção Familiar, em famílias nucleares, com membros do casal portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. O objetivo é cuidar da família e de cada um dos seus membros, e quando um ou mais membros são portadores de Diabetes Mellitus a intervenção direciona-se tanto para o membro como para família na perspetiva em que a Diabetes Mellitus para além de interferir no portador, altera o processo de auto-organização e dinâmica familiar pelas exigências que emergem da complexidade da doença. Assim foi realizada a avaliação e intervenção a estas famílias e a cada um dos seus membros, utilizando o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e a Teoria das Transições como modelos. A utilização do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar facilitou a avaliação das famílias, a identificação de seus recursos, forças e necessidades específicas, permitindo, assim, a elaboração de planos de intervenção personalizados. Após a implementação das intervenções familiares observou-se melhorias na saúde familiar ressaltando os diagnósticos positivos resultantes das intervenções que indicam claramente que o modelo contribui para transformações positivas no bem-estar do sistema familiar, exercendo um impacto positivo na saúde dos membros do agregado familiar. A avaliação de cada um dos membros com base na Teoria das Transições permitiu uma abordagem fornecendo uma estrutura de intervenção, resultando em que os cuidados prestados asseguram uma prestação de cuidados holística e eficaz. No que concerne à competência referente à liderança e colaboração nos processos de intervenção são descritas todas as atividades que permitiram gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Palavras-chave: Saúde Familiar, Família, Diabetes Mellitus, Enfermagem.

ABSTRACT

Abstract: The present internship report is part of the Master's Degree Program in Community Nursing, specifically in the area of Family Health Nursing. Its objective is to describe the activities carried out during the internships at a Family Health Unit, explaining the tasks that facilitated the development of common competencies for the Specialist Nurse (Regulation No. 140/2019 of the Order of Nurses) and the specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in the field of Family Health Nursing (Regulation No. 428/2018 of the Order of Nurses). In response to the competence of caring for the family as a unit of care, the initial evaluative data allowed for the selection of families and the choice of the thematic focus, resulting in the topic of Family Assessment and Intervention, focusing on nuclear families with couples affected by Type 2 Diabetes Mellitus. The goal is to care for the family as a whole and each of its members, and when one or more members have Type 2 Diabetes Mellitus, the intervention is directed at both the individual and the family, recognizing that Diabetes Mellitus not only affects the individual but also alters the process of self-organization and family dynamics due to the complexities of the disease. The assessment and intervention for these families and their individual members were carried out using the Dynamic Family Assessment and Intervention Model and the Theory of Transitions as frameworks. The use of the Family Assessment and Intervention Model facilitated the assessment of families, the identification of their resources, strengths, and specific needs, enabling the development of personalized intervention plans. After implementing family interventions, improvements in family health were observed, highlighting positive diagnoses resulting from the interventions, clearly indicating that the model contributes to positive transformations in the well-being of the family system, positively impacting the health of family members. The assessment of each individual member based on the Theory of Transitions allowed for an approach that provided an intervention framework, ensuring that the care provided is holistic and effective. Regarding the competence related to leadership and collaboration in intervention processes, all activities that allowed for the management, coordination, and mobilization of the necessary resources for family care are described.

Keywords: Family Health, Family, Diabetes Mellitus, Nursing.

ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centro e Saúde

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM – Diabetes Mellitus

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

HbA1C – Hemoglobina Glicada

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

SINUS - Sistema Informação Nacional Unidades Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
2.1. Família	22
2.2. Enfermagem de Saúde Familiar	38
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA.....	43
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	44
3.1.1. Família 1	53
3.1.2. Família 2	65
3.1.3. Ganhos em saúde na prestação de cuidados à família	79
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	80
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	91
5. CONCLUSÃO	97
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	100
ANEXOS	111

ANEXO I – Famílias

ANEXO II – Escala de Morse

ANEXO III– Escala de Barthel

ANEXO IV – Instrumento de avaliação das necessidades formativas

ANEXO V – Plano de sessão do momento formativo

ANEXO VI– Folha de presença do momento formativo

ANEXO VII – Questionário da avaliação global do momento formativo

ANEXO VIII – O Momento formativo (Power Point)

ANEXO IX – Matriz documental (MDAIF)

ANEXO X – Comprovativo da Participação no NursID Spring School 2023 realizado de 8 a 12 de Maio de 2023

ANEXO XI - Comprovativo como orador no NursID Spring School 2023

ANEXO XII - Comprovativo de participação no XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas

ANEXO XIII - Comprovativo de autora de uma Scoping Review “Fatores da Sexualidade que Influenciam a Satisfação Conjuga: Scoping Review”

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Pirâmide etária da população inscrita na USF	17
FIGURA 2 : Pirâmide etária da populacional de Portugal	18
FIGURA 3: Genograma da Família 1 e respetiva legenda de símbolos	54
FIGURA 4: Ecomapa da família 1 e respetiva legenda de símbolos.....	55
FIGURA 5: Genograma da Família 2 e respetiva legenda de símbolos	66
FIGURA 6: Ecomapa da família 2 e respetiva legenda de símbolos.....	67

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar 45

TABELA 2: Áreas de atenção avaliadas na família 1, recursos, forças e necessidades identificadas e respetiva legenda 55

TABELA 3: Áreas de atenção avaliadas na família 2, recursos, forças e necessidades identificadas e respetiva legenda 68

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no âmbito das unidades curriculares (UC) estágio de natureza profissional com relatório- Módulo I e II, que decorreu no período temporal compreendido entre 21 de novembro de 2022 e 23 de junho de 2023, numa Unidade de Saúde Familiar (USF). O culminar desta etapa expressa-se através deste relatório, que com recurso a uma metodologia reflexiva e descritiva, tem como objetivo: descrever as atividades realizadas durante o estágio, explicar as atividades que permitiram o desenvolver de competências comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos enfermeiros, e as 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 da Ordem dos enfermeiros.

Nos últimos anos, Portugal empreendeu reformas abrangentes nos cuidados de saúde primários, com o objetivo de aprimorar a qualidade, a acessibilidade e a eficácia dos serviços de saúde em todo o país, manifestando um compromisso contínuo em proporcionar cuidados de saúde de alto padrão e centrados nos sistemas familiares (Crisp et al., 2014). Uma das mudanças mais notáveis foi a introdução das Unidades de Saúde Familiar (USF), que se destacam por serem unidades compostas por equipas de saúde multidisciplinares, incluindo médicos de família, enfermeiros, secretários clínicos e outros profissionais de saúde, que trabalham em conjunto para oferecer cuidados completos e personalizados. Este modelo busca reforçar a continuidade dos cuidados, promovendo uma relação mais próxima e efetiva entre famílias e profissionais de saúde (Crisp et al., 2014). Assim, esta reforma trouxe consigo uma viragem significativa na abordagem dos cuidados, uma mudança de paradigma em que os cuidados de saúde passam a ser centrados no sistema familiar. Destaca-se assim a importância da Enfermagem de Saúde Familiar e do enfermeiro de família como figura essencial, atuando como elo fundamental entre a USF e as famílias, estabelecendo relações de confiança e parceria (Decreto-Lei nº 118/2014 do Ministério da Saúde, 2014).

Assim, o realizar o estágio numa USF proporcionou uma maior proximidade às famílias e permitiu o desenvolvimento das competências comuns (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos enfermeiros, 2019). No que concerne às competências específicas, de acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos enfermeiros (2018, p.19357), que visa o cuidar da “família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” foi concretizada através da avaliação e intervenção familiar tendo como clientes a família e cada um dos membros do agregado familiar, individualmente. Relativa à competência referente ao “liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018, p.19358) foi corporizada através das intervenções e atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, onde foi mantida a articulação com outras equipas de saúde, mobilizados recursos essenciais para a prestação de cuidados e garantindo a continuidade de cuidados. Com o foco na melhoria da qualidade, foi elaborado um momento formativo à equipa de enfermagem da USF permitindo responder às necessidades formativas identificadas. A componente clínica apareceu como um ponto essencial no que concerne à promoção do desenvolvimento de competências pelo EEECESF, permitindo a mobilização de conhecimentos, capacidades e habilidades (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos enfermeiros, 2019).

A Avaliação e Intervenção familiar, em famílias nucleares, com membros do casal portadores de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, surgiu pelas exigências funcionais colocadas às famílias, no seu todo e nas partes. As exigências agravam pela complexidade desta doença crónica com repercussões ao nível de um membro da família, como também na família (Berry et al., 2019), com complicações associadas causando pressão no sistema familiar e no sistema de saúde do país (Salazar, 2016; Castro, 2019; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023;). A seleção das famílias emerge da caracterização das famílias da lista da enfermeira tutora, pois das 60 famílias avaliadas, inicialmente, 15 tinham membros portadores de DM sendo uma das patologias mais frequentes, representando 25 % e assim delimitando as famílias a intervir. Após a aplicação dos critérios de inclusão definidos foram selecionadas dez famílias, sendo que para a avaliação e intervenção a estas famílias e a cada um dos seus membros, foi utilizado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012) e a Teoria das Transições (Meleis, 2010).

As dinâmicas familiares que emergem quando um dos seus membros é portador de doença crónica, deve ser alvo de atenção dos profissionais de saúde, devido a influencia mútua que o bem-estar dos membros da família interfere com o sistema familiar, e o sistema familiar reciprocamente contribui também influenciando os seus membros (Amaro et al.,2022). Salientando assim a importância de que a saúde de cada membro afeta o funcionamento familiar, que por sua vez influencia a saúde de cada um dos membros (Hanson,2005). Este processo dinâmico e de ajuste constante, possibilita a família ter ou criar estratégias para a manutenção do funcionamento como unidade (Figueiredo, 2012). A abordagem à família com membros portadores de DM tipo 2 requer uma intervenção continua do profissional de saúde, de educação e o apoio continuo na medida em que uma doença cronica exige uma gestão familiar e individual a longo prazo, sendo essencial que o sistema familiar compreenda e lide com a nova transição (Amaro et al.,2022).

Para melhor responder aos objetivos delineados e facilitar a leitura do plano de prestação de cuidados, o presente relatório inicia-se por uma caracterização do contexto onde decorreu a componente clínica, procedendo-se de seguida ao enquadramento teórico que, baseado na evidencia científica, permite a explanação de conceitos fundamentais para prestação de cuidados emergindo os referenciais teóricos usados, explicada a relevância do tema justificando as decisões tomadas e atividades realizadas baseadas na literatura. Em seguida é descrita a prestação de cuidados à família como unidade de cuidados relativos à 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” (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018, p.19357) e a descrição das atividades relacionadas com a competência referente ao processo de liderança e colaboração (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros,2018). Os contributos para o desenvolvimento de competências é um dos pontos finais deste relatório sendo que análise dos mesmos é essencial para avaliar o progresso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências do EEECESF, identificando áreas de melhoria e possibilitando a tomada de decisões informadas visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Por fim, a conclusão é o remate final, com o objetivo resumir e reafirmar os principais pontos e resultados, oferecendo uma síntese esclarecedora do trabalho.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

De acordo com os últimos dados do Instituto Nacional de Estatística (2021a) disponíveis referentes aos Censos de 2021, o concelho a que pertence a USF é constituído por 133 534 habitantes, 69 085 do género feminino e 64 449 do género masculino. O número medio de membros por família é de 2,7 sendo superior à média nacional, existindo no total cerca de 48 213 agregados familiares (Instituto Nacional de Estatística, 2021b) no concelho.

A população deste concelho tem à sua disposição diversos recursos públicos relacionados com a saúde e o bem-estar. O Agrupamento de Centro de Saúde desempenha um papel central, abrangendo 20 unidades, incluindo 2 Unidades de Cuidados na Comunidade, 4 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, 10 Unidades de Saúde Familiar, 1 Unidade de Saúde Pública, 1 Equipa Coordenadora Local e 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico, todos vinculados ao Serviço Nacional de Saúde. Além disso, o concelho possui um Centro Hospitalar para cuidados hospitalares. Há também o Gabinete de Avaliação e Intervenção de Comportamentos Aditivos e Dependências, destacando-se a importância da saúde mental na comunidade. Para situações de emergência médica, o concelho conta com duas corporações de Bombeiros, uma Equipa de Emergência Pré-Hospitalar e uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação sediada no Centro Hospitalar, garantindo uma resposta eficaz a situações críticas. Além disso, é relevante mencionar o acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a presença de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados no concelho, proporcionando apoio essencial aos membros das famílias que necessitam de cuidados de longo prazo. Esses recursos públicos desempenham um papel vital na promoção da saúde, na prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, bem como na resposta a emergências médicas, garantindo um atendimento abrangente e de qualidade à população local.

O início da última reforma dos cuidados de saúde primários surge em 2005 com criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (CSP), sobre alçada do Ministro da Saúde. Ao Ministério da Saúde foi reconhecida a função de “condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e

implementação das unidades de saúde familiar” (Decreto-Lei nº 157/2005 do Ministério da Saúde, 2005, p. 16842).

O principal objetivo era melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde oferecidos à população. Emergindo assim um novo modelo organizacional onde aparecem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Esses agrupamentos, com autonomia administrativa, têm a responsabilidade de gerir e coordenar os cuidados de saúde primários em determinadas regiões, promovendo uma abordagem mais integrada e centrada na pessoa. Agrupar um ou mais centros de saúde formando unidades, como as USF, garantiu a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008). A USF é constituída por equipas multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, com o objetivo de fornecer um atendimento mais abrangente e personalizado, focando na prevenção, promoção da saúde e acompanhamento contínuo do sistema familiar (Decreto-Lei nº 157/2005 do Ministério da Saúde, 2005).

De acordo com a reforma, as unidades de saúde são avaliadas com base em indicadores de desempenho e qualidade, e aquelas que atingem as metas pré-estabelecidas recebem incentivos financeiros. A reforma visou descentralizar a gestão dos cuidados de saúde primários, dando mais autonomia às unidades de saúde na tomada de decisões, com o objetivo de adaptar os serviços às necessidades locais e melhorar a eficiência, impactando significativamente o sistema de saúde português e promovendo uma maior proximidade entre profissionais de saúde e membros das famílias (Decreto-Lei nº 157/2005 do Ministério da Saúde, 2005). Em 2007 foi aprovada a carteira básica e carteira adicional de serviços na USF, e em 2017 foram introduzidas alterações ao Decreto-Lei, contudo em ambos os decretos a USF é enfatizada como:

“unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento, A, B e C, diferenciados entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.”.

(Decreto-Lei nº 298/2007 do Ministério da Saúde, 2007, p.5588 & Decreto-Lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde, 2017, p.3128).

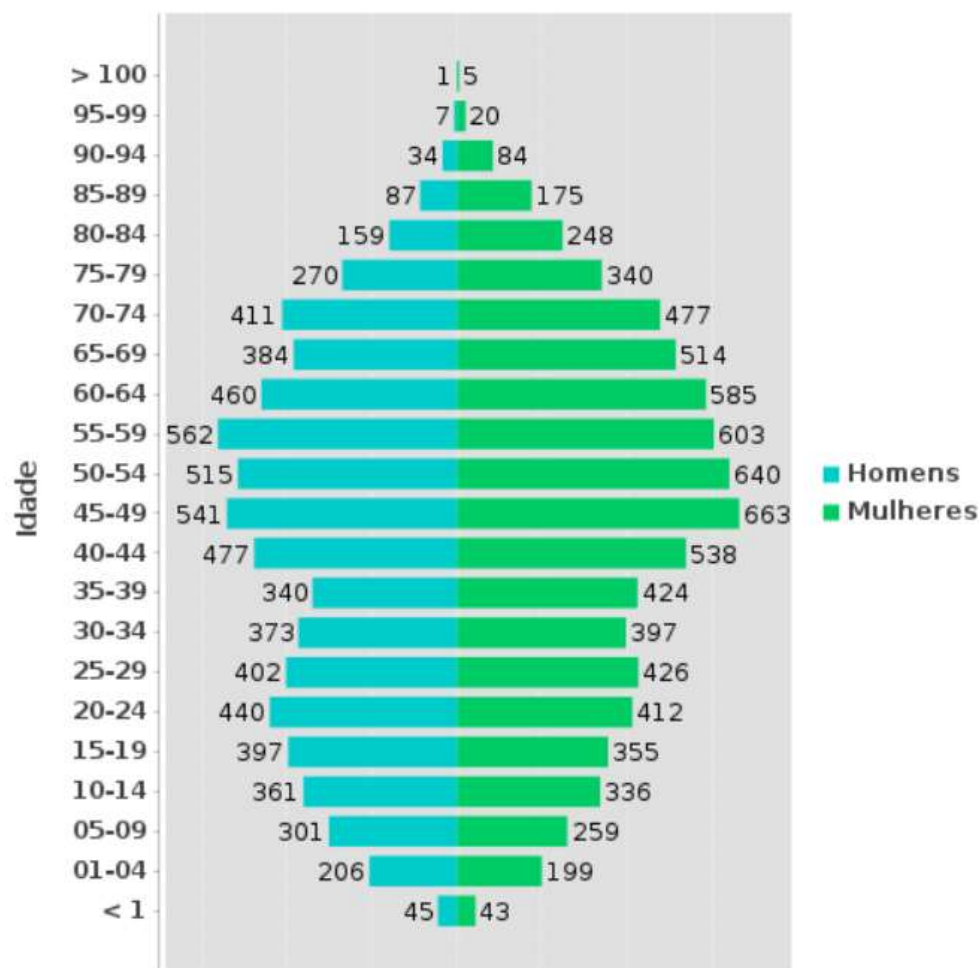
A USF em Modelo B emerge da evolução do modelo A, sendo um tipo de organização de cuidados de saúde primários que segue um modelo de gestão e funcionamento específico, conforme definido pelo Sistema Nacional de Saúde de Portugal. É formada por uma equipa multidisciplinar composta por médicos de família, enfermeiros, e outros profissionais de saúde, como psicólogos, assistentes sociais, e outros, dependendo das necessidades da população. Apresentam uma autonomia de gestão administrativa e financeira e possibilidade de flexibilidade na gestão de recursos, o que pode levar a uma maior eficiência na prestação de cuidados (Decreto-Lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde, 2017). Com base numa contratualização estabelecem-se metas de desempenho e objetivos a serem alcançados pela unidade. Assim como em outros modelos de USF, o Modelo B enfatiza a abordagem centrada na família, em que a unidade de saúde assume um papel ativo na promoção da saúde e prevenção de doenças, trabalhando com as famílias de forma integral. O acesso é um ponto fulcral, pois estas tentam buscar melhorar o acesso aos cuidados de saúde, oferecendo horários de funcionamento estendidos, com consultas programadas de enfermagem e médicas de família. A USF é incentivada a adotar práticas inovadoras e a buscar constantemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo estes avaliados regularmente para garantir que estejam cumpridas as metas contratualizadas (Decreto-Lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde, 2017).

Assim, a USF em Modelo B, representa uma evolução no sistema de saúde em Portugal, enfatizando a abordagem multidisciplinar, a gestão eficiente de recursos e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Elas desempenham um papel importante na promoção da saúde e no atendimento integral às necessidades das famílias e comunidades (Decreto-Lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde, 2017).

Como estratégias e iniciativas implementadas para aprimorar constantemente a qualidade dos cuidados de saúde prestados às famílias é necessário identificar áreas de melhoria, estabelecer metas e implementar ações para aperfeiçoar os processos, a eficácia e a satisfação dentro da unidade de saúde, surgindo assim os planos de melhoria contínua da qualidade (Decreto-Lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde, 2017). No final do ano de 2021, foram identificadas áreas que beneficiaram com a implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade como a área da doença relativa a DM, sendo assim foi desenvolvido no último ano o Plano de Melhoria Contínua referente ao controlo metabólico do utente diabético que se mantém no decorrer no presente ano.

A USF onde decorreu o estágio iniciou a sua atividade em 2007. De acordo com os resultados obtidos na plataforma do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) referente ao Plano de ação para o presente ano a USF abrange a população de 14516 cidadãos. Na Figura 1 é possível observar a distribuição do número de elementos pertencentes à USF por faixa etária.

Figura 1: Pirâmide etária da população inscrita na USF

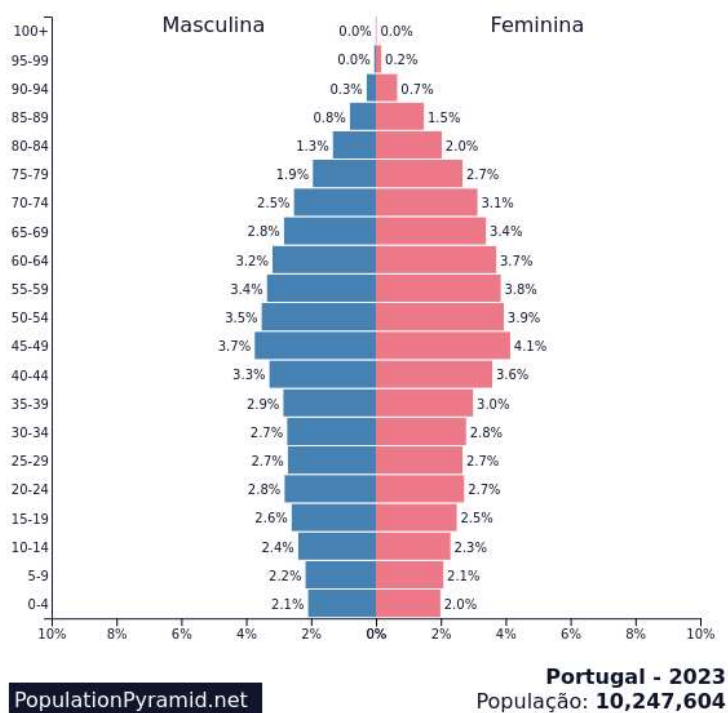


Fonte: Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde primários em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

A pirâmide etária é uma forma de representar visualmente a distribuição da população da USF por faixas etárias. A base da pirâmide é estreita indicando menos nascimentos e menos jovens, refletindo assim uma baixa taxa de natalidade que se tem vindo, também, a observar na pirâmide etária nacional. A nível nacional da taxa de natalidade em 2022 encontrava-se ao nível dos 8 % por mil nascimentos comparativamente com o ano de 2003 de 10, 8% (Pordata,2023),

representando uma diminuição de 25% dos nascimentos. Na Figura 2 é possível observar a pirâmide etária nacional permitindo comparar com a pirâmide da USF.

Figura 2 : Pirâmide etária populacional de Portugal



Fonte: *Population Pyramids of the World* em www.populationpyramid.net/pt/portugal/1988/

A faixa etária que representa os adultos jovens tem vindo a diminuir resultante da diminuição da natalidade nas últimas décadas, podendo também estar mais agravada devido a fatores como emigração em que os jovens buscam oportunidade de emprego no exterior tal como acontece na pirâmide nacional. Em 2003 é possível observar que entre os 25-29 anos apresenta um valor de 4 %, e em 2023 apresenta valores de 2,7%. Adultos com idade media entre os 40 anos e os 60 anos tem um grande número, tal como na pirâmide etária nacional é possível observar. Em 2003 dos 50-54 anos existiam em média 3, 1% atualmente apresenta um valor de 3,7%, sendo isto justificável também pelo aumento da esperança media de vida. A parte superior da pirâmide, que representa os idosos, tal como na pirâmide nacional, esta ampliada indicando o aumento da esperança media de vida e demonstrando o envelhecimento da população.

O envelhecimento da população apresenta desafios para os sistemas de saúde e cuidados a idosos, exigindo políticas e estratégias para lidar com as necessidades crescentes dessa população, sendo que pelos resultados obtidos na plataforma BI-CSP o índice de dependência

da USF é de 52%, muitos dos quais necessitam da prestação de cuidados em ambiente domiciliário.

A população envelhecida, conjuntamente com o índice de dependência, acrescenta complexidade à atividade da equipa que assumiu a prestação de cuidados a todas as famílias inscritas na USF, oriundas de diversos pontos do concelho, tornando a área de influência enorme e exigindo um esforço acrescido aos profissionais, especialmente no caso da necessidade da consulta domiciliária (Unidade de Saúde Familiar, 2022).

No que concerne a parte física, a USF dispõe de uma sala para espera dos utentes, uma área de atendimento ao público, uma área de BackOffice para o secretariado clínico e instalações sanitárias de apoio aos utentes. É constituída por 16 gabinetes: oito gabinetes médicos, seis gabinetes de enfermagem, uma sala de amamentação e um gabinete para consultas de Planeamento/Ginecologia. Possui instalações sanitárias, um vestiário, uma sala polivalente (armazém/apoio) e uma sala de reuniões. A porta de acesso à USF é pelo parque de estacionamento do edifício sendo de acesso direto o que facilita a entrada das pessoas com mobilidade condicionada. O parque de estacionamento é de acesso restrito a profissionais, contudo à porta existem lugares de estacionamento para os membros das famílias portadores de deficiência. Relativamente ao estacionamento, é realizado nas imediações, apresentando algumas limitações devido aos poucos lugares que existem perto, exigindo às famílias que se desloquem de uma maior distância a pé até à USF (Unidade de Saúde Familiar, 2022).

Para a prestação de cuidados, a USF apresenta um horário de funcionamento das 8h às 20h nos 5 dias úteis da semana, dispondo de consulta aberta com duração de quinze minutos para responder a situações agudas ou situações inadiáveis e consulta programada de vinte minutos de acordo com as necessidades das famílias (Unidade de Saúde Familiar, 2022). Sendo que no restante horário os utentes têm de se dirigir ao Centro Hospitalar ou ao fim de semana ao Serviço de Atendimento a Consultas Urgentes das 8h às 14h.

O enfermeiro diariamente tem consultas agendadas de vinte em vinte minutos, em que os elementos da família podem solicitar o agendamento da consulta via telefone, email ou presencial na USF no seu período de funcionamento. Cada enfermeiro tem consulta aberta na sua agenda diariamente, para dar resposta a situações que surjam no dia com horário pré-definido, e consulta programada. Preferencialmente, os elementos da família são atendidos pela sua enfermeira de família, no caso de não ser possível o atendimento dentro do horário do enfermeiro é intersubstituído por outro colega (Unidade de Saúde Familiar, 2022).

A equipa profissional é formada por 8 médicos especialista em Medicina Geral e Familiar, 8 enfermeiras sendo duas especialistas em Enfermagem Comunitária e uma especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e 6 secretários clínicos. Para além destes profissionais, a USF possui também membros externos à equipa, como 2 assistentes operacionais que prestam serviços de apoio ao funcionamento e limpeza da USF, uma equipa de limpeza contratada pelo ACeS que assegura os horários em que a USF se encontra encerrada e a segurança que exerce funções como vigilância e segurança (Unidade de Saúde Familiar, 2022).

De forma a melhorar a eficiência e responder às necessidades locais a USF optou pela organização a que a cada membro da família inscrito é atribuída uma equipa de saúde, constituída por um médico de família, um enfermeiro de família e um secretário clínico.

A lista de onde emergiram as famílias que foram alvo de avaliação e intervenção familiar é composta por 1848 utentes a 24 de novembro de 2022 (MIM@UF, 2015). Sendo assim pelo Software administrativo e clínico da SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde) e SINUS (Sistema Informação Nacional Unidades Saúde) foram identificadas 827 famílias no total desta lista, sendo que 258 famílias são compostas por 1 elemento, 250 famílias por 2 membros, 198 famílias por 3 membros, 99 famílias por 4 membros, e 22 famílias com 5 ou mais membros.

De forma mais minuciosa, como amostra da lista em causa, foram recolhidos dados de 165 utentes equivalente a 60 famílias, considerando o numero de membros por agregado familiar, idade dos membros, tipo de família, etapa do ciclo vital, subsistemas familiares, notação social da família (Graffar adaptado) tendo em conta os critérios relativos ao tipo de habitação, transição familiar que estão a vivenciar, doenças crónicas dos elementos da família, e a presença de membro dependente no agregado familiar.

Dos dados colhidos conclui-se que existem em média 2,75 membros por agregado familiar, sendo este valor similar à média do concelho anteriormente descrita. A família nuclear revelou ser o tipo de família mais presente representando 67% do total, famílias alargadas foram identificadas 13%, reconstruída 5%, unipessoal 7%, de casal 3%, monoparental 3% e institucional 2%.

O subsistema mais presente foi o conjugal, em 87% das famílias e o subsistema parental em 48%. Relativamente a etapa familiar mais comum foi a etapa de famílias com filhos adultos que

equivale a 66 % das famílias nucleares, 17% corresponde a famílias com filhos pequenos, 11% a famílias com filhos na escola, e 6% a famílias com filhos adolescentes.

De acordo com Figueiredo (2012) “a classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as crenças e valores e ainda como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais” (Figueiredo, 2012, p.17). De acordo com isto, foi pertinente verificar qual a notação social mais comum nesta lista de utentes, concluindo-se que pela Notação Social da Família (Graffar Adaptado) 55% pertence a classe media, 32% à média alta, 13% media baixa, 2% a classe alta, e não foi encontrado nenhuma família pertencente à classe baixa. Relacionado com o tipo de habitação e seus critérios, 47% das famílias tem uma habitação com critério de grau 2, 47% grau 3, 3% grau 4 e 3% grau 1.

Atualmente, tanto pelo aumento da esperança media de vida como pelo surgimento de doenças, emergem membros da família que se tornam dependentes, e daí, em muitos casos emerge também a função de prestador de cuidados. Disto resulta um aumento de atividades para alguns membros da família e respetiva reestruturação funcional (Figueiredo, 2012). Sendo assim, da amostra das 60 famílias foi possível constatar que 8% das famílias tinham um membro dependente.

De acordo com os dados relativos aos diagnósticos clínicos levantados, mais comuns, a DM estava identificada num total de 15 famílias (total de 16 utentes). A patologia mais comum era a Hipertensão arterial presente em membros de 31 famílias, obesidade identificada em membros de 23 famílias e doenças relacionadas com perturbações depressivas ou ansiedade presente em membros de 21 famílias.

Assim sendo, como critérios de inclusão foram selecionadas as famílias nucleares, famílias com subsistema conjugal em que ambos os membros do casal são portadores de DM tipo 2, frequentadores da consulta de enfermagem, com idade superior a 18 anos, sendo por isso identificadas dez famílias. Para a identificação das famílias foi retirada a listagem dos dados no MIM@UF, e através dessa listagem foram identificados os utentes com o mesmo NOP, sendo que pertenciam à mesma família.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo inicia-se pela explanação do conceito de Família, tipologias, transições familiares e individuais, seguindo-se os referenciais teóricos que sustentaram avaliação e intervenção à família e seus membros.

2.1. Família

O conceito de família tem sido estudado por um vasto número de disciplinas e abordado de maneira variada por diferentes autores, refletindo a complexidade e a diversidade das relações familiares sendo que devido à sua complexidade, a quantidade de definições torna-se elevada (Relvas, 1996). Segundo Burgess e Locke (1953), a família é definida como uma unidade social formada por um ou mais adultos que residem sob o mesmo teto e colaboram na criação e orientação de um ou mais jovens. Nessa definição, os autores enfatizam a coabitação e a colaboração entre os adultos, na criação e cuidado das gerações mais jovens. Além disso, eles destacam a dimensão social da família onde os membros interagem e desempenham papéis específicos dentro da unidade familiar, refletindo uma visão tradicional da família, centrada na estrutura nuclear e na responsabilidade compartilhada pela criação e educação dos filhos (Burgess & Locke, 1953). Segundo Bronfenbrenner a família é definida como um sistema ecológico, onde os membros interagem com diferentes camadas de influências, desde o microsistema familiar até o macrosistema cultural realçando a importância das interações entre a família e o ambiente maior em que está inserida (Martins & Szymanski, 2004). No que se refere a Michel e William (1964) este propôs uma visão funcionalista da família, considerando-a como uma instituição que cumpre funções essenciais para a sociedade, como a socialização de crianças e a manutenção da estabilidade enfatizando o papel da família na transmissão de valores e normas. De acordo com Relvas (1996) a família surge como uma rede complexa de relações e emoções sendo que a sua complexidade surge da variabilidade e

unicidade, simultâneas, sendo todas diferentes, mas únicas nas suas características. Já Hanson (2005) refere que a família pode ser definida como um conjunto de membros que apresentam relações de sangue ou casamento, ou apresentam uma rede genética que as interliga, e/ou que vivem juntos, e/ou que tem fortes laços emocionais. Alarcão em 2006, na perspetiva sistémica considera a família como um sistema composto por objetos e respetivos atributos e relações, composta por subsistemas, faz parte integrante de outros sistemas, os suprasistemas. Estes sistemas mantem ligação de forma organizada e interligada, com limites e fronteiras definidas em relação ao meio (Alarcão, 2006). Segundo Figueiredo (2012) a compreensão da família deve abarcar tanto a história quanto o contexto familiar, ampliando o escopo da análise do indivíduo para englobar a família, levando em consideração sua complexidade, globalidade, reciprocidade e natureza multidimensional, sendo que a família é uma unidade sistémica que oferece um suporte singular à saúde de seus membros (Figueiredo, 2012). Também, de acordo com International Council of Nurses (2019), família é definida como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

Segundo dados estatísticos da Pordata (2022), nas últimas décadas, em Portugal, é possível verificar-se uma alteração no que concerne as características da família. Comparando os últimos anos, a dimensão média dos agregados familiares tem vindo a diminuir, em 2021 foi de 2,5, em 1991 era de 3,1, e em 1960 era de 3,7 indivíduos por agregado. As famílias unipessoais em 2022 representavam cerca 23,2%, comparativamente com 1992 com o valor de 12,5%. O valor dos censos acrescenta que as famílias monoparentais em 2011 equivaliam a 19,2% e em 2021 representam cerca de 17,3 %, demonstrando uma diminuição (Pordata, 2022).

As famílias nucleares sem filhos em 1992 exibiam um valor de 20,1%, em 2011 de 23,1 % e, em 2021, 20,2%, demonstrando nos últimos anos uma diminuição de famílias casal sem filhos. Em relação, as famílias casal com filhos estas aumentaram, sendo que em 2011 representavam 37,4 % e em 2021 40,3%. As famílias monoparentais em 1992 representavam 6,3%, comparando com 2011 e 2021 que rondam os 10%, denotando-se um aumento do número (Pordata, 2022).

Os diferentes tipos de famílias que emergem das constantes transformações da sociedade nos últimos anos traduzem uma diversidade familiar (Pinto, 2018), tornando pertinente o EEECESF adaptar a sua prestação de cuidados de acordo com a família em questão. Com base no conhecimento dos membros significativos para os membros do agregado familiar emerge a

necessidade de conhecer as diferentes definições e tipologias de família. De acordo com o International Council of Nurses (2019) são definidas as seguintes tipologias de família: família alargada entende-se por um grupo que consiste em mais do que apenas os pais e os filhos; a família monoparental é definida como a família constituída por figura parental única, mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes; a família nuclear é constituída por marido, esposa e um ou mais filhos.

Para além destas ainda podemos distinguir as seguintes, segundo Figueiredo (2012): a família reconstruída definida como o casal em que um dos membros já teve uma relação conjugal anteriormente e desse relacionamento existem filhos; a família alargada quando na mesma casa existem 3 gerações da mesma família, como por exemplo, pais, filhos e netos; a de coabitação onde homens e mulheres, sem qualquer relação, partilham a mesma habitação; a família institucional relacionada com lares, instituições de adoção, conventos, entre outros; as comunas consideradas como sendo um grupo de pessoas que residem no mesmo local e apresentam objetivos de vida comuns, como as irmandades, congregações, etc.

Tal como refere Figueiredo (2012, p. 74) a identificação do tipo de família permite a perceção “das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração”. Segundo Relvas (1996), na família nuclear existe uma sequência que é previsível na organização familiar, nomeadamente o ciclo vital da família. Este ciclo é constituído por cinco etapas consideradas como um percurso familiar desde o nascimento até à morte. Nas famílias alvo de intervenção apenas foi identificada a etapa de ciclo vital de família com filhos adultos. Esta coincide com uma fase que pode ser dividida em várias etapas pois acontece a interseção de vários períodos de crise, ou porque os filhos saem de casa, ou entram novos membros, ou o nascimento de netos, e mesmo quando os pais passam a viver em casa dos filhos, ou vivenciam períodos de hospitalizações sucessivas (Relvas, 1996). Isto exige da família a capacidade de adaptabilidade e flexibilidade da mesma e das relações entre os seus membros. Nesta etapa, existe a necessidade de redefinição das funções familiares, podendo implicar mudança de laços de interdependência entre as 3 gerações que podem estar presentes (pais, filhos e netos) (Relvas, 1996). É no seio familiar que o ser humano mantém o seu equilíbrio e bem-estar.

Todas as famílias estão sujeitas a diferentes tipos de pressão, quer seja interna ou externa, exigindo do sistema familiar uma transformação de forma que este evolua sem lesar a família e os seus membros (Alarcão, 2006). Novos contextos requerem mudanças nas rotinas e padrões familiares, resultando assim em transições, que podem ser identificadas como de dois tipos:

transições normativas ou de desenvolvimento (também chamadas de transições ecológicas) e transições não normativas ou acidentais (Figueiredo, 2009).

As transições normativas associadas ao ciclo vital da família, decorrem de mudanças associadas a transições individuais dos seus membros ou desenvolvimento da família. São mudanças na família que são esperadas e previsíveis, pois fazem parte do ciclo de vida familiar, podendo afetar a dinâmica familiar e trazer novos desafios para a família. Essas transições ocorrem em momentos que são socialmente aceites e culturalmente esperados como o casamento, o nascimento de filhos, adolescência, a saída dos filhos de casa ou a reforma. Contudo, apesar de serem esperadas, requerem um reajuste e adaptação dos membros da família e do sistema familiar (Figueiredo, 2009 & Gonçalves, 2018). Na maioria das transições normativas, a família mobiliza recursos e lida com a situação de forma saudável, contudo, quando não ocorre a transição são necessários recursos externos que permitam a mobilização de estratégias como resposta as necessidades dos elementos da família (Gonçalves, 2018). As transições não normativas ou acidentais, são mudanças que não são esperadas ou previstas no ciclo de vida familiar, podendo ser o resultado de eventos inesperados ou atípicos, como o divórcio, o surgimento de doença num dos membros da família, o desemprego do provedor da família ou um óbito prematuro. Emergindo a necessidade de reestruturação familiar e a procura de novas dinâmicas para a manutenção da sua estabilidade (Hanson, 2005; Relvas, 2006; Figueiredo, 2009; Gonçalves, 2018).

O objetivo da família, em ambas as transições, é manter o seu funcionamento, evoluindo e adquirindo novos padrões ou mantendo os anteriores, na perspetiva que a família esta sempre em funcionamento e em evolução com um ciclo de vida próprio (Figueiredo, 2009). Assim, no decorrer da vida o sistema familiar está exposto a diferentes tipos de transições, umas já esperadas e previsíveis, outras que surgem de forma inesperada gerando *stress*. Toda a mudança causa *stress* nos diferentes elementos da família, estes, quando expostos a imprevisibilidade causada pela necessidade de mudar, sentem-se ameaçados, contudo a decisão de mudar ou de fugir à mudança face à crise, é do sistema familiar (Alarcão, 2006).

A incerteza do futuro é um dos fatores mais desafiantes para a família, sendo a imprevisibilidade constante. A presença de um membro da família portador de doença crónica significa algo irreversível gerando momentos de instabilidade familiar, requerendo a auto-organização no sentido de promover mudanças, que permitam obter uma reorganização necessária à conservação da sua estrutura (Alarcão, 2006).

Em 2021, no Programa Nacional para a Diabetes desafios e estratégias, foram identificados 903 644 membros portadores de DM em todo o país, dos quais 764 556 tinham como diagnóstico DM tipo 2 (Direção Geral da Saúde, 2022). Segundo os dados da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2023) referentes a 2020, é possível verificar um aumento da incidência e prevalência da DM em Portugal. Relativamente à prevalência da DM na População Portuguesa verificou-se nos últimos anos um aumento, especialmente nas idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, com valores de 14,1 % em 2020 comparando com o valor de 11, 7% em 2009 (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023). Referente aos factos e números relativos ao triénio 2019, 2020 e 2021, divulgados em 2023, revelou que a DM foi considerada uma das mais frequentes causas de morbilidade e mortalidade a nível global (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023). Permanecendo como um problema tanto social, pois acarreta um custo acrescido para as instituições e governo, tanto a nível individual e familiar (Amaro et al.,2022).

De acordo com Classification and Diagnosis of Diabetes (2022) a DM é uma doença metabólica causada por produção inadequada de insulina, resposta diminuída do organismo à insulina, ou ambos. Daí advém uma alteração no metabolismo de carboidratos, lípidos e proteínas, que se manifesta pelo aumento de glicose no sangue (hiperglicemia), alteração do equilíbrio ácido-base sistémico e entrega insuficiente de glicose aos tecidos. Na sua classificação encontramos quatro categorias, a DM tipo 1, tipo 2, DM gestacional e a DM com causas específicas como as genéticas(monogénica), a que surge induzida por doenças como a pancreatite, ou por medicamentos (Classification and Diagnosis of Diabetes, 2022).

A DM tipo 2 designada como “não insulino dependentes” ou “diabetes do adulto”, representa 90% a 95% dos casos de DM, tendo normalmente um início gradual, sendo caracterizada por resistência à insulina ou por um défice de produção da mesma (Schub, 2021). Fatores como o peso, a ausência de atividade física e a idade, estão identificados como fatores que aumentam o risco de a pessoa desenvolver DM (Classification and Diagnosis of Diabetes, 2022).

Como complicações, são descritas a retinopatia podendo originar perda de visão; a nefropatia levando a insuficiência renal; a neuropatia periférica que aumenta o risco de desenvolver úlcera nos membros inferiores, amputações e neuroartropatia de Charcot; a neuropatia autonómica que pode afetar o sistema cardiovascular, gastrointestinal, urogenital e a função das glândulas sudoríparas ; enfartes agudos de miocárdio e acidentes vasculares cerebrais (Salazar,2016; Classification and Diagnosis of Diabetes, 2022). Deste fato advém a importância da adesão do

elemento da família ao tratamento evitando complicações e resultando no controle das mesmas (Cabrera & Chapman, 2021).

As complicações que advém da DM foram um dos fatores identificados que influenciam a qualidade de vida dos portadores de DM, interferindo de diversas formas: aumento do desconforto físico, diminuição da atividade, diminuição da capacidade para realizar uma atividade, aumento de tratamentos associados e aumento dos gastos financeiros, refletindo-se mais tarde, em muitos casos, na saúde mental do membro portador de DM (Jing et al., 2018). As complicações acarretam um aumento da dependência, menos eficiência da pessoa no seu dia-a-dia, mais hospitalizações, necessidade de vigilância e consultas com alguma recorrência, redução das interações familiares e sociais e rendimento familiar insuficiente (Karami et al., 2021). Os mesmos autores referem que com pelo menos uma complicação, o portador de DM apresenta menor qualidade de vida do que o portador de DM sem complicações (Karami et al., 2021). Assim, é evidenciado que a manutenção da qualidade de vida e o evitar complicações, depende das alterações do estilo de vida e da manutenção de rotinas saudáveis constantes (Jing et al., 2018).

Uma das complicações é o risco de desenvolver úlcera nos membros inferiores, sendo o avaliar risco de úlcera diabética, segundo a Direção Geral de Saúde (2011b), uma intervenção sistemática de grande importância tal como descrita na norma do pé diabético, norma nº 005/2011. Nesta, estão descritos 3 níveis de cuidados o I, II e III nível. O primeiro enquadra-se nos cuidados prestados na USF pois referem-se à educação do utente e sua família, avaliação do risco, execução de medidas de prevenção, prescrição de cuidados e tratamento de lesões superficiais. É preconizado que todos os portadores com DM sejam avaliados ao pé anualmente com o objetivo de serem identificados fatores de risco e, consoante o resultado da avaliação do risco, é agendada nova reavaliação, caso seja de baixo risco (reavaliação anual), médio (reavaliação semestral) ou alto risco (reavaliação a cada 1 a 3 meses) (Direção Geral de Saúde, 2011b). O exame objetivo do pé deve ter em atenção a inspeção cuidada do pé, das unhas e do calçado, avaliação dermatológica, vascular e sensitiva e a pesquisa de pontos de pressão. A sua avaliação deve ter em especial atenção o surgimento dos sintomas já mencionados, a palpação do pulso tibial posterior e pedioso, e a presença de sinais de isquemia crítica, nomeadamente, palidez, rubor postural, ulceração, necrose ou gangrena (Arantes, 2017).

É de evidenciar que a forma como o membro da família vivencia a doença depende de pessoa para pessoa, e a forma como este encara a doença crónica é influenciada pelas suas experiências

individuais, pelas crenças sobre a doença e pelo contexto familiar, social, cultural e económico. A realidade dinâmica da doença acarreta a imprevisibilidade das modificações necessárias ao dia-a-dia, as complicações que surgem a necessidade de adaptação à nova condição, e as mudanças em vários aspetos da vida diária geram períodos de crise na vida pessoal e na família (Vilar, 2012). Enquanto EEECESF o objetivo é cuidar da família e de cada um dos seus membros, nesta perspetiva, e quando um ou mais membros da família são portadores de DM a intervenção direciona-se tanto para o membro como para família na perspetiva em que a DM para além de interferir no portador de DM, interfere no processo de auto-organização e dinâmica familiar. Assim, perante um membro da família portador de DM a intervenção do EEECESF tem em conta a avaliação e intervenção na família e seus membros. Considerando a importância do enfermeiro na vertente da autogestão, como tendo o papel promover a consciencialização do membro da família e, de forma colaborativa, motivar para lidar com os obstáculos que surgem e capacitá-lo para cumprir o seu regime terapêutico, diminuindo o impacto em cada membro individualmente e na família como um todo (Salviano et al., 2021).

Perante elementos stressores a família faz mudanças que promovam o lidar com situações de *stress* e manter o equilíbrio. O modelo de McCubbin explica como a família lida com situações de stress e aborda os fatores que influenciam adaptação familiar perante a situação de doença de um dos seus membros, permitindo compreendê-la (McCubbin & McCubbin, 1993, como citado em por Peixoto & Martins, 2012). Como base explicativa do Modelo emergem os elementos conceptuais entre os quais os elementos causadores de stress. O elemento stressor impele exigências na família, provocando mudanças ou ameaças no sistema familiar, podendo colocar em causa o bem-estar familiar, a relação entre os seus membros, os objetivos a atingir e os valores da família. Efetivamente, o aparecimento de uma doença crónica como a DM num dos membros do sistema familiar, é considerado um elemento causador de *stress*, pois o diagnóstico introduz alterações na rotina diária, na dieta, na medicação e nos cuidados de saúde. Impelindo choque e ajuste em todos os membros da família, ameaçando a estabilidade do sistema familiar ou colocando a exigência de novos recursos e assimilação de novas capacidades nos membros da família (McCubbin & McCubbin, 1993, como citado em por Peixoto & Martins, 2012).

Os recursos familiares são ferramentas que a família usa para enfrentar os períodos de crise como a existência de um elemento portador de DM, requerendo que a família adote diferentes recursos, que considera importantes para manutenção da estabilidade familiar. Os recursos são

usados pela família perante as adversidades, recorrendo em muitos casos a recursos pessoais como o conhecimento, personalidade, auto-estima, inteligência de membros da família.

A coesão, adaptabilidade à situação, a organização, a comunicação, a capacidade de resolução de problemas e a força da família são identificados como recursos familiares por (McCubbin & McCubbin, 1993, como citado em por Peixoto & Martins, 2012). Efetivamente a comunicação tem um papel determinante, sendo definida como um “comportamento interativo: de dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados” (International Council of Nurses, 2019). O sistema familiar mantém uma interação, sendo que a linguagem, quer verbal ou não verbal, é inerente a qualquer processo de comunicação e decisivo na forma como os membros da família percebem a realidade, e como a edificam mutuamente (Figueiredo, 2012). A comunicação familiar, na perspectiva do impacto da doença nos elementos da família, surge numa tentativa de manter a coesão, bem-estar e percepção de uma vida familiar normal (Bennich et al., 2020). No estudo de Bennich et al., (2020) quando a comunicação é não eficaz surgem suposições individuais e a doença é vista como de pequena gravidade, não permitindo aos membros da família um papel ativo e uma influência de forte incentivo para adoção de comportamentos adequados. O medo da estigmatização, relacionada com o fracasso na adoção de um novo estilo de vida, ou a desvalorização da situação, tornam-se o foco para evitar uma crise familiar e a sensação de sobrecarga pelos familiares (Bennich et al., 2020). Da desvalorização da situação emerge a apreciação cognitiva na perspectiva em que avaliação que a família faz sobre a doença influencia: a interpretação do grau de intensidade da situação, a ideia de controle da situação, a mudança esperada pelo sistema familiar, a capacidade de resposta, a aptidão para lidar com o agente stressor e os recursos disponíveis (McCubbin & McCubbin, 1993, como citado em por Peixoto & Martins, 2012).

De acordo com Vilar (2012, p.63) “sendo detentores de um conhecimento profundo sobre a situação clínica, a pessoa e a família serão capazes de desenvolver e aplicar as estratégias de *coping* e tomar as decisões adequadas a cada um dos obstáculos que surgirão ao longo da vida.”. Segundo McCubbin a resolução de problemas e as estratégias de *coping* são capacidades que a família usa para lidar com os elementos stressores permitindo, assim, auxiliar nas situações de crise ou de agravamento da situação (McCubbin & McCubbin, 1993, como citado em por Peixoto & Martins, 2012). O *coping* familiar é definido como as estratégias e recursos que o sistema familiar ou cada elemento da família mobiliza para manter o funcionamento familiar

respondendo a fatores de *stress* (Figueiredo, 2012). Perante uma situação de doença, as estratégias de *coping* permitem diminuir o *stress*, apoiar a obtenção de novos recursos que até ao momento não tinham sido identificados, diminuir a tensão associada às novas situações e facilitar a postura de aceitação da doença. No caso da DM tipo 2 esta tem implicações para o sistema familiar, surgindo sentimentos como *stress*, raiva, frustração e medo do futuro nos elementos da família e, de forma mais acentuada, no elemento portador da doença, implicando a adoção de estratégias de *coping* familiar para superar o período de crise (Dellafiore et al., 2018). Relativamente à dinâmica do sistema, a partilha de metas, conquistas e fracassos, surge como estratégia para atingir o equilíbrio quotidiano essencial para a manutenção da relação (Dellafiore et al., 2018).

O conceito de coesão e resiliência estão estreitamente relacionados, e presentes em momentos de *stress*. Famílias coesas apresentam valores, objetivos e prioridades comuns e vínculos fortes entre os seus membros desenvolvendo, assim, um sentido de pertença facilitador da adaptação a situações que surjam, originadoras de *stress* (Berry et al., 2019). A coesão refere-se ao grau de proximidade emocional, interdependência e união entre os membros da família, assim, existe relacionamentos com ligações fortes, uma comunicação aberta e apoio mútuo em várias situações. A resiliência familiar refere-se à capacidade do elemento da família se adaptar e enfrentar situações adversas em períodos de crise e mudanças significativas, quando a família é considerada resiliente é porque consegue manter um equilíbrio saudável entre estabilidade e flexibilidade, adaptando-se às mudanças e superando os desafios, recorrendo ao uso de recursos internos e externos, bem como ao apoio emocional mútuo (Berry et al., 2019). A conexão emocional entre os membros da família induz a sensação de apoio, emergindo assim o sentimento positivo da propensão para enfrentar desafios e buscar soluções construtivas, por exemplo, na introdução de insulina num dos membros portadores de DM, a família e a conexão emocional entre os membros, é essencial na manutenção do equilíbrio relacionado com a autogestão e a autoeficácia (Berry et al., 2019). A coesão fortalece ligações familiares, o que pode criar um ambiente emocionalmente seguro onde os membros da família se sentem confortáveis para partilhar preocupações, pedir ajuda ou enfrentar períodos de crise. Segundo Amaro et al., (2022) os membros da família sentirem-se apoiados tem influência nos valores da hemoglobina glicada (HbA1C) sendo a coesão um pilar fundamental. Da mesma forma, a resiliência de uma família fortalece a coesão na medida em que enfrentar adversidades juntos e superar obstáculos, pode aumentar a confiança e a união, fortalecendo laços e reforçando a compreensão mútua. Uma família coesa é capaz de lidar com desafios e uma

família resiliente é mais propensa a manter relações saudáveis e solidas. A dificuldade da família em se adaptar a uma nova situação, ou a falta de ligação emocional entre os membros e mesmo em relação aos sistemas amplos, devido a dificuldades na gestão da doença e/ou incumprimento das responsabilidades familiares, reflete-se negativamente no sistema familiar repercutindo-se em muitos casos na saúde mental dos membros (Farahani et al., 2019).

O sistema familiar envolve-se na gestão da doença, apoia emocionalmente, reforça as emoções positivas, a esperança (Basinger, 2018). A participação de todos os elementos da família facilita adoção de estratégias para lidar com a evolução da doença e com situações inesperadas, por isso a educação para a saúde é direcionada para os membros portadores e para a sua família (Basinger, 2018). A união familiar perante a presença de um elemento portador de DM tem um impacto positivo no controle da glicemia, no regime alimentar, de exercício e autogestão (Basinger et al., 2018). Ao compartilhar o período de crise tornando-o como de ambos os membros do casal, impele uma satisfação no relacionamento, contudo, quando essa partilha é menor do que o esperado isso influencia de forma negativa a satisfação no relacionamento (Basinger et al., 2018). Efetivamente a satisfação do subsistema conjugal afeta em muitos aspetos o estado de saúde dos membros da família, concomitantemente, a saúde também influencia o subsistema conjugal, sendo que esta reciprocidade se encontra relacionada com a qualidade conjugal (Rastkar & Jalalifar, 2023). Um desafio para muitos casais é manter a qualidade conjugal pelas exigências que a DM acarreta como mudanças na vida das pessoas, em diferentes dimensões, impondo novas rotinas e um controlo estado de saúde (Rastkar & Jalalifar, 2023). A DM tem uma importante influência na qualidade conjugal sendo que múltiplos aspetos a influenciam: positivamente desde a satisfação conjugal, estratégias de *coping*, intimidade, apoio mútuo, comunicação e prazer; e negativamente como o stress conjugal, risco conjugal, tensão conjugal, falta de apoio mútuo (Rastkar & Jalalifar, 2023).

Da realidade dinâmica da doença emergem momentos de crise, implicando que o sistema familiar esteja em constante mudança com a adoção de novas estratégias e comportamentos (Vilar, 2012). A família torna-se para muitos autores um pilar para a tomada de decisões, a manutenção de novos hábitos e comportamentos adquiridos (Salviano et al., 2021) apresentando um papel fundamental na gestão da doença e na oferta de suporte, e um recurso com função de impulsionar a adoção e manutenção de novos hábitos (Vilar, 2012). A avaliação e intervenção familiar a famílias com membros portadores de DM, requer uma abordagem continua do EEECESF, no que concerne à educação e o apoio continuo para a redução do risco

de complicações, paralelamente ao desempenho deste, a família torna-se uma pedra basilar oferecendo apoio e suporte, reforçando comportamentos de adesão (Amaro et al.,2022). Envolver um elemento do subsistema conjugal aquando da intervenção individual pode ter efeitos emocionais e relacionais positivos, especialmente quando essa é direcionada para a entreajuda, *coping* e apoio emocional, sendo que a intervenção colaborativa de ambos, pode diminuir o *stress* e aumentar a satisfação conjugal (Trief et al., 2019).

Como EEECESF a família é considerada um todo, em que o todo é mais que a soma das suas partes. Refletindo nesta ideia, advém a importância do subsistema individual, pois cada elemento da família é importante na medida em que a saúde individual dos diferentes membros do agregado familiar influenciam o sistema familiar (Figueiredo, 2012). De forma a compreender e intervir junto das mudanças significativas que ocorrem em cada membro individualmente emerge a Teoria das transições de Alaf Meleis. Esta teoria permite que o EEECESF compreenda o que o elemento da família está a vivenciar, adaptando a intervenção de acordo com as necessidades identificadas, para minimizar o aparecimento de um momento gerador de *stress* para o sistema familiar.

Quando o elemento da família está exposto a situações que exigem mudança como o diagnostico de uma doença crónica como a DM, emerge a necessidade de transição, sendo esta considerada um processo de passagem entre estados razoavelmente estáveis desencadeados por uma mudança (Meleis et al., 2000). De acordo com Meleis (2010) podem ocorrer quatro tipos de transição que são vividas por cada membro da família: a transição desenvolvimental, associada às mudanças no ciclo vital como adolescência; a transição saúde/doença relacionadas com alteração do estado de saúde; a transição situacional, relacionada com acontecimentos que originam alterações de papéis como o luto ou um nascimento e a transição organizacional que ocorrem no contexto ambiental devido a mudanças ao nível do contexto social, político, económico como por exemplo uma mudança de emprego (Meleis, 2010). Neste contexto todos os tipos de mudanças podem desencadear oportunidades de melhoria ou vulnerabilidade (Meleis et al., 2000). As transições não são unidimensionais, discretas ou mutuamente exclusivas, cada transição é caracterizada por ser única, pela sua complexidade e múltiplas dimensões (Meleis et al., 2000).

Da complexidade emergem características comuns às transições como: o conhecimento relacionado com a consciencialização sobre o que está a acontecer, sendo esperado que o elemento da família desenvolva conhecimento sobre as alterações que estão a ocorrer e o que

esta a viver; o compromisso relacionado com o grau de envolvimento do elemento da família na mudança; a mudança na perspetiva de que sempre que há transição há mudança; eventos e acontecimentos críticos como consequência das mudanças ocorridas relacionados com a transição; e o período de experiência considerada a última propriedade que se caracteriza por movimentos e alterações que ocorrem ao longo do tempo (Meleis et al., 2000). Para além das características comuns, esta teoria aborda os fatores pessoais (significados, as crenças, atitudes culturais e nível socioeconómico), comunitários (recursos disponíveis para facilitar ou inibir o decorrer da transição) e sociais (estigma, marginalização e papéis socialmente definidos) que podem influenciar a transição considerando-os como condições facilitadoras ou inibidoras do processo (Meleis et al., 2000).

Para a compreensão do processo de transição, os indicadores de processo e de resultado auxiliam a avaliação do enfermeiro na resposta do elemento da família à transição. Quanto aos indicadores de processo, refere-se ao manter-se integrado num contexto, ou a manifestações ou resultados observáveis que indicam que a transição está a decorrer, como por exemplo, a tomada de decisão em iniciar atividade física, ou o iniciar um acompanhamento em nutrição. Os indicadores de resultado manifestam-se pela mestria e integração fluida da identidade. A mestria revela um progresso nas capacidades e competências da pessoa, permitindo-lhe viver a transição com sucesso (Meleis et al., 2000). A integração fluida da identidade tem a ver com a maneira como a pessoa incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridas, para melhor se adaptar à realidade após o processo de transição (Meleis et al., 2000). A compreensão de todos estes aspetos permite ao enfermeiro ser um guia e um facilitador ao longo do processo, permitindo uma visão mais holística de todo o processo de transição e uma melhor compreensão do que é vivenciado (Meleis et al., 2000).

Com a intervenção do EEECESF numa vertente educativa para autogestão, o objetivo é que o membro da família integre o significado de DM e o que isso acarreta, e que desenvolva competências e mestria de autogestão que lhe permitam tomar decisões relacionadas com o regime terapêutico, medicamentoso e não medicamentoso (Vilar, 2012) apresentando uma integração da identidade fluida (Meleis et al., 2000). Se o controlo da DM tem como pilares fundamentais a alimentação, exercício e a terapêutica medicamentosa, isto traduz a importância da literacia em saúde refletindo-se no âmbito do conhecimento, e quando existe intervenção nesse foco reflete-se mais tarde numa mudança do estilo de vida e de hábitos de saúde, dando ao membro da família portador de DM o papel de interveniente fulcral no papel

de autogestão (Vilar, 2012). Focando-se em si mesmo, a autogestão está relacionada com a gestão que o próprio faz e do qual é responsável para promover a sua saúde, a decisão do mesmo em aderir ou não aderir demonstra o estilo de gestão optado (Lorig & Holman, 2003).

O Programa de Autogestão de Doenças Crônicas, desenvolvido por Kate Lorig, constitui um programa educativo e de apoio, meticulosamente concebido com a finalidade de dotar os indivíduos que enfrentam doenças crônicas da capacidade de gerir de forma eficaz as suas condições de saúde, almejando uma melhoria na qualidade de vida. O cerne dessa abordagem é capacitar os participantes a desempenharem um papel ativo no seu autocuidado, promovendo uma autogestão bem informada e comprometida em relação às suas condições crônicas (Lorig & Holman, 2003). Da autogestão emergem tarefas que o portador de DM deve empreender descritas por Lorig and Holman (2003): uma incide sobre o tratamento, como aderir ao regime medicamentoso e regime alimentar; outra recaí sobre manter, mudar ou criar comportamentos significativos ou papeis diários; e a ultima salienta a gestão emocional face à condição de ser portador de doença crônica e suas implicações para o futuro, de como gerir emoções como raiva, medo, frustração e depressão. A gestão emocional refere-se ao desenvolvimento de habilidades para lidar com as emoções relacionadas às doenças crônicas, como o reconhecer, expressar e enfrentar as emoções de forma saudável, adotando estratégias como relaxamento, comunicação eficaz e resiliência emocional. A gestão emocional visa melhorar o equilíbrio emocional, promover a autocompaixão e fortalecer a resiliência, contribuindo para um bem-estar (Lorig & Holman, 2003).

No contexto do Programa de Autogestão de Doenças Crônicas desenvolvido, são destacadas seis habilidades essenciais que desempenham um papel fundamental na capacitação dos membros portadores de doença crônica para assumir o controlo da sua própria saúde. Essas habilidades são intrinsecamente conectadas à promoção de uma melhor gestão das condições crônicas e ao aprimoramento do bem-estar geral dos membros da família (Lorig & Holman, 2003). A primeira habilidade aborda a resolução de problemas, que engloba a aptidão para identificar desafios específicos associados à saúde e desenvolver estratégias práticas e eficazes para enfrentá-los. Esse enfoque capacita os participantes a avaliar com discernimento situações complexas, considerar alternativas e aplicar abordagens resolutivas às adversidades que possam surgir em relação à sua saúde. A tomada de decisão é a segunda habilidade, e diz respeito à capacidade de examinar as diferentes opções disponíveis para o autocuidado, levando em consideração informações relevantes e decidindo sobre os cursos de ação mais adequados. Essa habilidade é

essencial para que os indivíduos estejam envolvidos de forma ativa e informada em suas decisões relacionadas ao tratamento, permitindo-lhes alinhar suas escolhas com suas metas e valores pessoais. A terceira habilidade, o uso de recursos, é essencialmente a habilidade de ter acesso, de maneira eficiente e eficaz a informações, apoio social e serviços de saúde pertinentes. Os participantes aprendem a navegar por fontes confiáveis de informações relacionadas à saúde, a ligar-se a redes de suporte e a utilizar os recursos disponíveis para otimizar seus esforços de gestão de saúde (Lorig & Holman, 2003). A parceria entre doente e profissional de saúde é a quarta habilidade, destacando a importância de uma colaboração harmoniosa e comunicativa entre ambos. Essa habilidade empodera os membros da família a expressar suas preocupações, compartilhar informações relevantes e trabalhar em conjunto com os profissionais para criar planos de cuidados personalizados, aprimorando assim a qualidade da assistência.

Tendo por base as descritas habilidades estabelece-se uma base sólida para que o portador de doença crônica possa adotar um papel mais proativo e informado na sua saúde. Ao cultivar essas habilidades eles são capacitados a navegar pelos desafios associados às doenças crônicas de maneira eficaz, melhorando a qualidade de vida e capacidade de gerir a saúde de forma holística (Lorig & Holman, 2003). A quinta habilidade, da ação encoraja os indivíduos a traduzir suas intenções e decisões em ações tangíveis e consistentes. Isso envolve a implementação de comportamentos saudáveis, a adesão a planos de tratamento e a aplicação consistente de estratégias de *coping*, culminando em um envolvimento ativo e direcionado para a melhoria da saúde e do bem-estar. Quando a habilidade da ação no âmbito do Programa de Autogestão de Doenças Crônicas não é efetivamente executada, podem ocorrer implicações que comprometem a gestão adequada das condições crônicas. A habilidade da ação refere-se à aptidão para concretizar intenções e decisões em ações palpáveis, englobando a implementação de planos de cuidados, a adoção de comportamentos saudáveis e a aplicação de estratégias de *coping*. A não realização dessa habilidade pode desencadear cenários desafiadores como complicações de saúde, aumento do *stress*, falta de motivação, desconforto físico e emocional, diminuição da qualidade de vida, desânimo e sensação de não realização pessoal. Sendo que a existência de um plano de ação com comprometimento por parte da pessoa, autoconfiança, e uma percepção positiva sobre a autoeficácia, são fatores essenciais para o sucesso, originando melhores resultados de saúde, maior sensação de controle e um aumento da qualidade de vida. Por fim, surge a sexta habilidade, que se refere a adaptação individual traduzida pelo uso das

habilidades de autogestão e conhecimento das mesmas para aplica-las a si mesmo de forma adequada.

A relação entre o Programa de Autogestão de Doenças Crônicas desenvolvido por Kate Lorig e a intervenção do EEECESF é de fundamental importância para a autogestão eficaz refletindo-se numa adesão ao cumprimento do plano da prestação de cuidados. Assim, uma gestão eficaz da sua condição crônica de saúde traduz uma melhor qualidade de vida, maior adesão ao tratamento e promoção de hábitos de vida saudáveis.

De acordo com International Council of Nurses (2019) adesão refere-se ao:

" Status positivo: ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos.

Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento ".

(International Council of Nurses ,2019)

Esta definição compreende a disposição do membro da família em ter uma ação ativa nas suas decisões, incorporando as intervenções terapêuticas na rotina diária. Isso pode envolver a toma regular de medicamentos, a prática de exercício físico, a adesão a planos alimentares específicos e a participação em tratamentos ou terapias (International Council of Nurses, 2019).

A adesão ao regime terapêutico é reconhecida como um fator crucial para a obtenção de ganhos em saúde. Destaca-se a relevância da colaboração entre os profissionais de saúde e os membros da família, promovendo uma relação de parceria e diálogo para estimular a adesão efetiva. Essa definição também abraça a abordagem holística do bem-estar, enfatizando a busca por uma ótima saúde e duradoura (Kim et al., 2017). A adesão consistente ao regime terapêutico é uma componente crítica para alcançar resultados eficazes. Quando os membros da família seguem as orientações preconizadas, as intervenções têm uma maior probabilidade de serem eficazes na obtenção dos objetivos de tratamento (Bandura, 1977; Kim et al., 2017).

No âmbito da teoria da autoeficácia desenvolvida por Albert Bandura, é possível estabelecer relações valiosas com os portadores de DM. Esta teoria propõe que a convicção de uma pessoa na própria capacidade de realizar ações específicas exerce uma influência direta sobre seu

comportamento, motivação e resultados (Bandura, 1977; Kim et al., 2017). Quando aplicada à DM, a autoeficácia desempenha um papel crucial na forma como os membros da família portadores enfrentam os desafios relacionados à gestão da doença e à adoção de comportamentos de autocuidado (Kim et al., 2017). Concomitantemente a educação para a saúde tem repercussões positivas na autogestão e autoeficácia, e mantém-se interligada com o conceito de literacia em saúde (Gaffari et al., 2020).

A investigação sobre literacia em saúde constatou que a dificuldade em compreender as orientações oferecidas por profissionais de saúde, a capacidade limitada de interpretar rótulos de medicamentos, receitas médicas e materiais educativos relacionados com saúde, emergiram como fatores vinculados à literacia em saúde. Estes fatores contribuíram para dificuldades na autogestão e na adesão aos regimes terapêuticos (Gaffari et al., 2020). Uma menor literacia em saúde, particularmente no contexto da autogestão, pode estar diretamente associada à subvalorização do estado de saúde, o que, por sua vez, tende a facilitar a adoção de comportamentos menos saudáveis. Isso, conseqüentemente, contribui para uma redução na qualidade de vida. Os comportamentos saudáveis ligados à autogestão, como escolhas alimentares conscientes, prática de atividade física, adesão ao regime medicamentoso e controle adequado da glicemia, desempenham um papel crucial, contudo, esses comportamentos são suscetíveis a influências variadas, incluindo conhecimento sobre a doença, habilidades físicas, fatores emocionais, autoeficácia e suporte social. (Gaffari et al., 2020).

A falta de adesão, frequentemente influenciada por valores e crenças familiares, pode ter um impacto significativo na tomada de decisões (Smith et al., 2018). A abordagem individualizada de intervenção por parte dos enfermeiros para cada membro da família oferece a oportunidade de fomentar o comprometimento de cada indivíduo com a adesão ao tratamento, permitindo assim uma adaptação do sistema individual ao contexto familiar mais amplo (Johnson & Smith, 2020). Isso contribui para a melhoria da saúde individual de cada membro, bem como para a consideração dos aspectos relacionados com o bem-estar coletivo do sistema familiar, integrando, dessa forma, a perspectiva de saúde familiar de maneira abrangente (Brown & Jones, 2019).

2.2. Enfermagem de Saúde Familiar

A evolução do conceito de saúde familiar tem vindo a decorrer. Inicialmente era percecionada como a síntese da saúde física dos membros da família, dependendo do seu estado de saúde, inferia-se se existia ou não saúde familiar (Hanson, 2005). Por outro lado, a saúde familiar devia abarcar a saúde e a doença, o todo e o indivíduo. Vários conceitos foram surgindo, e a evolução do conceito foi emergindo com as mudanças da sociedade (Hanson, 2005). Na perspetiva de Figueiredo (2012) o conceito de saúde familiar é a “capacidade do sistema familiar em promover estratégias que permitam a funcionalidade enquanto unidade, mantendo a sua organização e produzindo mudanças estruturais, e simultaneamente, dar resposta às necessidades individuais dos seus membros” (Figueiredo, 2012, p. 68).

A família, ao longo dos séculos, tem vindo a requerer atenção de diversas áreas, incluindo da enfermagem. A evolução histórica da enfermagem em relação à interação com a família tem passado por transformações substanciais, já Florence Nightingale, nos tempos da Guerra da Crimeia, para além de valorizar o cuidado individualizado e as condições ambientais que influenciavam a saúde, também criou um pequeno hospital de apoio às famílias que acompanhavam os soldados, demonstrando práticas que também incluíam a família e reconheceu a presença e apoio familiar como fatores que contribuem para o bem-estar (Hanson, 2005).

No século 20, a evolução da enfermagem, em relação à família, retrata uma trajetória caracterizada por um crescente reconhecimento da importância das famílias no âmbito do cuidado de saúde (Hanson, 2005). O aparecimento da terapia familiar nas décadas de 1950 e 1960, permitiu que enfermagem aprofundasse a compreensão das complexas dinâmicas familiares e na década de 1970 e 1980, a enfermagem orientou-se para a promoção da saúde familiar (Hanson, 2005). Nesse contexto, a família emergiu como um componente central na manutenção do bem-estar, e as abordagens passaram a incorporar os membros familiares. Já nas décadas de 1990 e 2000 emergem referenciais teóricos, como o Modelo Calgary de Avaliação Familiar e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar (Hanson, 2005). Assim, a evolução da enfermagem, em relação à família, retrata uma trajetória caracterizada por um crescente reconhecimento da importância das famílias e do EEESCESF, apresentando um corpo

de conhecimento específico, surgindo modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

O Modelo Calgary de Avaliação Familiar e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar é uma abordagem amplamente reconhecida na prática de enfermagem familiar e terapia familiar, articulando ambas, tendo como foco a interação e reciprocidade da família, apresentando uma estrutura multidimensional, integrando diferentes teorias conceituais como Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria da Comunicação, a Teoria da Mudança e a Cibernética (Wright & Leahey, 2012). Desenvolvido por Lorraine Wright e Maureen Leahey, esse modelo oferece um guia sistemático e estruturado para enfermeiros e profissionais de saúde envolvidos na avaliação e intervenção com famílias. O modelo é utilizado para promover a compreensão das dinâmicas familiares, identificar áreas de necessidades e planejar intervenções (Wright & Leahey, 2012). O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar e o Modelo de Calgary Intervenção Familiar é composto por três domínios interligados: o estrutural que permite avaliar a estrutura da família; a área do desenvolvimento relacionada com etapas, tarefas e ligações da família; e a área funcional, referente a aspetos instrumentais (atividade de vida diária) e aspetos da expressividade (comunicação emocional, verbal, não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influencia de poder, crenças e alianças) (Wright & Leahey, 2012).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, é uma abordagem estruturada e holística que visa compreender e intervir nas dinâmicas das famílias em diferentes contextos. Este modelo é fundamentado na conceção de que a saúde de um indivíduo está intrinsecamente interligada à saúde do sistema familiar, destacando a necessidade de considerar o indivíduo e a família como uma unidade inseparável (Figueiredo, 2012). Este modelo valoriza a abordagem centrada na família, reconhecendo que a interação entre os membros da família desempenha um papel crucial na saúde individual e coletiva (Figueiredo, 2012). O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar baseia-se no pensamento sistêmico como seu referencial epistemológico, que orienta a construção do conhecimento (Figueiredo, 2012). Ele adota uma perspectiva hermenêutica para entender a formação do conhecimento em enfermagem familiar, incorporando os elementos essenciais de complexidade, intersubjetividade e instabilidade, pretendendo dar resposta às necessidades dos enfermeiros na prestação de cuidados à família como cliente, promovendo a potencialização das suas forças, recursos e competências (Figueiredo, 2012). A importância deste modelo foi reconhecida e aceite pelo International Family Nursing Association (2023).

Baseando-se em fontes teóricas como o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar e o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (International Family Nursing Association ,2023). O modelo integra os conceitos, pressupostos e postulados que lhe dão identidade, enquanto referencial teórico, nomeadamente conceitos centrais como: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família (International Family Nursing Association ,2023; Figueiredo, 2012). Na perspetiva de compreender e intervir nas dinâmicas familiares por meio de um enfoque holístico e contextualizado a Teoria dos Sistemas, a Cibernética e Teoria da Comunicação Humana sustentam essa abordagem (Figueiredo, 2012).

A Teoria Geral dos Sistemas tem origem no trabalho desenvolvido por Ludwig Von Bertalanffy biólogo austríaco, que estudou a relação das células com o exterior (Bertalanffy, 2006), essa teoria sugere que sistemas podem ser encontrados em todos os níveis da realidade, incluindo a família. Considerando a família como um sistema de interações e relações interdependentes, enfatizando a interconexão entre os membros da família e como as mudanças em um membro pode afetar o todo do sistema (Bertalanffy, 2006; Figueiredo, 2012). Nessa perspetiva, a família passa a ser vista como um sistema do qual as partes fazem parte integrante, e estão em constante interação (Hanson, 2005). A teoria da comunicação realça a interação entre os indivíduos, seja no comportamento verbal ou não verbal, no que se diz ou no que não é dito, expressões faciais, posturas que nos permitem entender a informação que se quer transmitir, para além das palavras (Watzlawick et al., 2002; Hanson 2005). A Cibernética de Norbert Wiener (1948) integra conhecimentos de diferentes áreas tendo por objetivo explicar o funcionamento, manutenção e evolução dos sistemas, dando enfoque à forma em detrimento do conteúdo. Na perspetiva cibernética, a família é vista como um sistema dinâmico, onde os membros interagem e compartilham informações, influenciando o sistema como um todo. Os princípios cibernéticos, como feedback, equifinalidade, hierarquia e adaptação, fornecem insights sobre as dinâmicas familiares permitindo entender como as famílias se comunicam, se adaptam a mudanças e buscam equilíbrio diante de desafios. Embora não tenha sido originalmente concebida para famílias, a teoria cibernética oferece uma perspetiva valiosa para compreender as interações complexas que ocorrem nas dinâmicas familiares (Wiener, 1948; Wright & Leahey, 2012).

A avaliação das famílias é efetivada através da matriz operativa sendo um instrumento orientador e sistematizador da prática de enfermagem de saúde familiar, permitindo que os enfermeiros desenvolvam intervenções de acordo com as necessidades identificadas nas famílias, com base em três grandes dimensões de avaliação: estrutural, de desenvolvimento e

funcional (International Family Nursing Association ,2023; Figueiredo, 2012). A dimensão estrutural incide sobre a estrutura da família, identificando a sua composição, os vínculos existentes entre a família e os outros subsistemas, como a família extensa e os sistemas mais amplos, o tipo de família e a classe social. Engloba as seguintes áreas de atenção: rendimento familiar, edifício residencial; precaução de segurança; abastecimento de água e animal doméstico (Figueiredo, 2012). A dimensão de desenvolvimento, engloba o reconhecimento da fase do ciclo vital da família e as transições familiares normativas, associadas às seguintes etapas: formação de casal: família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes e família com filhos adultos. Engloba as seguintes áreas de atenção: satisfação conjugal; planeamento familiar; adaptação à gravidez e papel parental (Figueiredo, 2012). A dimensão funcional refere-se aos padrões de interação familiar que permitem o desenvolvimento das funções e tarefas familiares. As áreas de atenção abrangidas são: papel do prestador de cuidados e o processo familiar. Deste consta: comunicação familiar; *coping* familiar; interação de papéis familiares e relação dinâmica (Figueiredo, 2012).

O MDAIF, como modelo operativo, torna-se uma ferramenta de trabalho para os enfermeiros, permitindo a identificação das necessidades das famílias referente aos focos identificados que originam enunciados de diagnósticos, e permite a identificação das forças e recursos da família relacionado com o diagnostico positivo que emerge da intervenção diagnostica. As intervenções delineadas pelo enfermeiro devem dar resposta às necessidades usando como ferramenta as forças e recursos identificados (Regulamento n.º 367/2015 da Ordem dos enfermeiros).

A existência deste modelo orienta as prática dos EEECESF permitindo: uma abordagem holística na compreensão abrangente das dinâmicas familiares, considerando não apenas a saúde individual, mas também os fatores familiares, emocionais e sociais, que podem influenciar o bem-estar dos membros da família; uma estrutura organizada e sistemática para conduzir avaliações familiares ajudando os enfermeiros a recolher informações relevantes de maneira eficaz e abordar os diversos aspetos das interações familiares; facilita a identificação de necessidades de saúde e apoio específicas de cada família, permitindo o planeamento de intervenções personalizadas e direcionadas para atender às necessidades únicas de cada sistema familiar; enfatiza a colaboração ativa dos membros da família no processo de avaliação e intervenção, promovendo o empoderamento da família e aumentando a probabilidade de adesão às estratégias de cuidados propostos; identifica potenciais desafios de saúde e fatores de risco na família permitindo que os enfermeiros adotem uma abordagem preventiva;

promovem o bem-estar individual e coletivo incluindo o incentivar a comunicação saudável, fortalecer os laços familiares e fornecer apoio emocional; adapta-se a uma variedade de contextos de saúde e culturas familiares possibilitando que os enfermeiros utilizem diferentes abordagens em diferentes cenários, tornando-a versátil e amplamente aplicável (Figueiredo, 2009; Figueiredo, 2012). Assim, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar oferece aos enfermeiros de saúde familiar uma estrutura sólida para entender, avaliar e intervir nas dinâmicas familiares, promovendo cuidados mais abrangentes, personalizados e eficazes (Ferreira, 2017), sendo uma ferramenta útil para dar resposta à atual política nacional, explanada no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018).

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

O Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, sobre o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, desempenha um papel crucial ao estabelecer um conjunto normativo claro e abrangente de competências para enfermeiros especialistas em diferentes áreas de atuação. Esse regulamento assegura a excelência na prestação de cuidados de saúde avançados ao definir padrões uniformes de conhecimento e habilidades, promovendo assim a segurança, qualidade e eficácia dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que valoriza e reconhece o conhecimento desses profissionais. Além disso, ao delinear as competências essenciais, o regulamento orienta o desenvolvimento profissional contínuo, incentivando a busca pela atualização e pelo domínio contínuo das práticas de enfermagem especializada, contribuindo para o progresso e a inovação na área da saúde, bem como uma assistência de excelência às famílias. A Especialidade de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) tem vindo a ganhar a sua relevância e a ter um foco específico de intervenção, encontrando-se agora definida no Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, onde são abordadas as suas competências específicas. Este regulamento delinea, de forma precisa, as atribuições e responsabilidades dos enfermeiros especialistas, abordando áreas-chave como promoção da saúde, prevenção de doenças, gestão de casos e famílias. Ao definir essas competências, o regulamento oferece diretrizes claras para a prática de enfermeiros especialistas, promovendo assim a qualidade e a eficácia dos serviços prestados, o reconhecimento profissional e a melhoria contínua das práticas de Enfermagem de Saúde Familiar em Portugal.

No decorrer do presente capítulo será esclarecida a componente clínica efetuada que permitiu aquisição de competências no que concerne ao cuidado à família como foco de cuidados, estendendo-se a todos os seus membros individualmente e nas suas transições, e as atividades relacionadas com a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Especialidade em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018).

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

De acordo com Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros (2018, p.19357), que visa o cuidar da “família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” reforça que o EEECESF passa a ocupar o lugar de um profissional com capacidade para criar espaço para conversas que gerem entendimentos entre os elementos da família numa perspetiva colaborativa. A compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e funcionamento das famílias, permite uma prática direcionada para a capacitação dos membros da família de acordo com as exigências do seu ciclo vital (Figueiredo, 2012).

Os dados avaliativos colhidos inicialmente integraram particularidades das famílias que permitiram escolher as famílias e orientaram a seleção da temática a trabalhar. Concomitantemente a existência do plano de acompanhamento interno na área da DM corroborou o tema. Assim, das famílias nucleares, famílias com subsistema conjugal em que ambos os membros do casal são portadores de DM tipo 2, frequentadores da consulta de enfermagem, com idade superior a 18 anos, foram identificadas dez famílias. Das dez famílias, apenas compareceram à primeira consulta 7 famílias.

A limitação de páginas estipuladas no guia orientador para a elaboração de trabalhos apenas permitiu que neste subcapítulo seja explanada a prestação de cuidados a duas famílias, sendo as restantes descritas em anexo de forma mais sucinta (ANEXO I), demonstrando, também, a atividade relativa a avaliação e intervenção familiar desenvolvida. Todas as famílias foram significativas para o assimilar de conhecimentos e consolidação de aprendizagens, a escolha destas duas foi aleatória dentro das famílias com maior número de consultas. O MDAIF foi o modelo teórico e operativo usado. A seguinte Tabela 1 ilustra a matriz operativa do MDAIF como base orientadora para prestação de cuidados:

Tabela 1: Matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Avaliação Familiar	Dimensão estrutural	Precaução de segurança
		Edifício residencial
		Rendimento familiar
		Abastecimento de água
		Animal doméstico
	Dimensão do desenvolvimento	Satisfação conjugal
		Planeamento familiar
		Adaptação à gravidez
		Papel parental
	Dimensão Funcional	Processo Familiar
		Papel do prestador de cuidados

Fonte: Adaptado de Figueiredo (2012)

O modelo orienta o processo de enfermagem nos cuidados de saúde à família, sendo constituído por três dimensões avaliativas, em que cada uma possui diferentes categorias a avaliar, permitindo a identificação das necessidades, forças e recursos da família. Contudo, este mesmo modelo não anula a abordagem individual, pois segundo um dos seus pressupostos “o sistema familiar é o alvo dos cuidados de enfermagem, que se focalizam tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente” (Figueiredo, 2012. p. 70). Assim, concomitantemente a Teoria das transições proporcionou a descrição dos cuidados, permitindo como modelo orientador da prática no que se refere abordagem individual estabelecer estratégias e intervenções para uma transição individual saudável (Meleis et al. ,2000).

No que concerne a documentação dos cuidados prestados em contexto de USF, foi usado o SClínico® CSP, permitindo uma linguagem comum e perceptível entre todos os enfermeiros, tanto no que concerne à prestação de cuidados à família como aos seus membros individualmente A escolha desta recaiu porque os registos das consultas foram sempre realizadas no SClínico® CSP havendo assim concordância com o que foi registado e o que é relatado no presente relatório. Também porque ser ferramenta atual em uso, e por permitir avaliação e registo do risco como por exemplo, a avaliação de fatores de risco condicionantes de lesões dos pés, risco de queda, entre outros.

De acordo com o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal do Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros no que concerne às Competências Comuns do Enfermeiro

Especialista a prestação de cuidados teve como foco uma prática segura, profissional e ética, empregando habilidades que englobam a tomada de decisões fundamentada em princípios éticos e deontológicos. Essa competência num repertório de conhecimento abrange o campo ético-deontológico, englobando a avaliação sistemática das melhores abordagens e considerando as preferências individuais da família e seus membros (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

A promoção da proteção dos direitos humanos através do respeito pela privacidade, confidencialidade, escolha individual e respeito pelos valores, costumes e crenças de cada família, foram verdadeiros pilares para a construção efetiva da prestação de cuidados (Regulamento n.º 367/2015 da Ordem dos enfermeiros). O princípio da autonomia é um dos fundamentos essenciais dos direitos humanos, referindo-se ao direito de tomar decisões sobre as próprias vidas, escolhas e ações, com base nas próprias convicções, valores e interesses, sendo assim, os elementos da família têm o direito de tomar decisões informadas, incluindo o consentimento para tratamentos e participação em decisões sobre cuidados de saúde. A todos as famílias, inicialmente, foram esclarecidas todas as dúvidas e explanada a prestação de cuidados permitindo garantir o direito ao consentimento livre e esclarecido, verbal, por parte de cada elemento do agregado familiar. No decorrer da descrição da prestação de cuidados a cada elemento da família foi atribuída uma, duas ou mais letras não correspondendo às iniciais do nome.

O direito da dignidade humana e igualdade é intrinsecamente relevante na prestação de cuidados à família. Quando aplicado a esse contexto, ele enfatiza que a família deve ser tratada com respeito, consideração e sensibilidade, reconhecendo a sua importância como uma unidade de cuidados. Isso implica que os profissionais de saúde devem abordar a família como um todo, levando em consideração as necessidades, valores e preferências de cada membro, promovendo uma abordagem centrada na família. A dignidade humana também destaca que nenhum membro da família deve ser tratado de maneira desrespeitosa, invasiva ou discriminatória, e que a privacidade e a confidencialidade devem ser mantidas. Além disso, considerando que as famílias têm diferentes configurações, culturas e contextos, a aplicação do princípio da dignidade humana requer uma abordagem sensível e culturalmente competente, para garantir que os cuidados prestados respeitem a singularidade e os direitos de cada família.

Para a prestação de cuidados a cada família, o recurso à entrevista familiar sistêmica é uma base fundamental, sendo que esta está alicerçada nos pressupostos da teoria da comunicação e na

teoria geral dos sistemas. Na teoria geral dos sistemas, a família passa a ser vista como um sistema do qual as partes fazem parte integrante, estão em constante interação, sendo que o todo é mais que a soma das suas partes, e o todo é menos que a soma das suas partes (Figueiredo, 2012). A Teoria da Comunicação Humana de Paul Watzlawick destaca a complexa natureza da interação entre indivíduos. Baseada em cinco axiomas, a teoria salienta que é impossível não comunicar, abrangendo tanto a comunicação verbal quanto não verbal. Ela diferencia entre os níveis de conteúdo e relacionamento na comunicação, enquanto também reconhece a dualidade entre comunicação digital (linguagem estruturada) e analógica (expressões não verbais) (Luna & Scapini, 2019). Além disso, enfatiza que a dinâmica da comunicação é influenciada pela relação interpessoal entre os comunicadores, abordando fatores como poder, confiança e intimidade. Em conjunto, esses axiomas fornecem uma base para a compreensão das complexidades da comunicação humana e das diferentes camadas de significado que podem ser transmitidas nas interações diárias. A comunicação pode estar comprometida surgindo incompreensão da mensagem na família (Luna & Scapini, 2019).

É essencial compreender tanto os pressupostos como os seus princípios, na perspectiva de desenvolver a consulta de enfermagem, assim, a circularidade na entrevista familiar destaca a importância de entender como os membros da família interagem e se comunicam. A neutralidade do entrevistador cria um ambiente imparcial e seguro para a expressão aberta dos membros. A hipotetização envolve formular suposições sobre as dinâmicas familiares com base nas informações coletadas, fornecendo uma base para discussão e exploração durante a entrevista. Juntos, esses princípios promovem uma análise mais profunda das relações familiares e facilitam a intervenção terapêutica (Zordan et al., 2012).

A entrevista familiar sistêmica é dividida em quatro etapas fundamentais: o acolhimento, a avaliação, a intervenção e a finalização. No acolhimento é necessário um espaço organizado, acolhedor e sem barreiras físicas entre o profissional e os membros da família refletindo um espaço terapêutico, a recepção dos membros da família deve ser realizada com respeito e pontualidade, e o enfermeiro deve usar um tema neutro inicial, demonstrar interesse por todos os membros e referir os objetivos da consulta e também o tempo que durará a mesma (Ribeiro et al., 2021).

De seguida vem avaliação, sendo o momento de especificar o problema para o validar, há a identificação do problema e das soluções experimentadas com consequente exploração dos objetivos, é questionado o que cada elemento pensa e sente sobre o problema e como reagem

a este, qual o impacto que sentem individualmente e na família, como se manifesta o problema, respostas típicas dos membros da família, outros problemas associados e como o problema influencia o funcionamento familiar (Figueiredo et al., 2022) . Na intervenção, com a hipótese formulada após a colheita de dados sobre o problema identificado, o enfermeiro irá numa perspetiva colaborativa e considerando as forças da família, verificar o que esta se compromete mudar e quais as crenças e significados atribuídos ao problema (Figueiredo et al., 2022). A finalização da entrevista é o momento em que o enfermeiro faz uma sumarização de toda a informação abordada na consulta, avalia os resultados se já implementadas intervenções, esclarece dúvidas, e agenda nova consulta para a garantir a continuidade dos cuidados, terminando com o acompanhamento da família à porta, onde o enfermeiro se despede e agradece a presença. (Ribeiro et al., 2021).

No decorrer da entrevista é necessário um conjunto de habilidades gerais que permitem a manutenção da comunicação: a empatia, escuta ativa e demonstração de sentimentos e interesse genuíno pelo que é dito; a autenticidade, revelando sinceridade e espontaneidade, o agir de forma natural e adequada ao momento; a clareza na comunicação, explicando ou repetindo sempre que necessário; o ritmo da entrevista deve acompanhar as capacidades de cada membro; todos os membros devem ser estimulados a falar e expressar os seus pontos de vista e opiniões; manter o *rapport* constante; ter um guia estruturado da entrevista para não divergir do foco principal; o controle das emoções evitando conflitos, criando um equilíbrio entre a expressão necessária das emoções por parte dos membros da família e a possibilidade de trabalhar coletivamente, avançando no processo; evitar generalizações, julgamentos ou suposições injustificadas; a dissociação, é um dos pilares fundamentais para o sucesso na perspetiva que o enfermeiro é um colaborador e não um interveniente ativo (Zordan et al., 2012).

Numa abordagem mais específica à família, foram formuladas questões lineares a cada membro da família na atividade diagnóstica, de forma mais comum na dimensão estrutural, permitindo obter informações específicas e relevantes, que facilitaram a definição do problema, a exploração de perspetivas, perceções individuais e os sentimentos de cada membro (Figueiredo, 2012; Zordan et al., 2012).

Nas dimensões desenvolvimento e funcional, foram usadas perguntas de intervenção do tipo circular, sendo o seu objetivo principal explorar as interações e os padrões de comunicação dentro da família. Estas, podem ser usadas para examinar as dinâmicas familiares, identificar

padrões de comportamento e comunicação, e promover uma compreensão mais profunda das relações. Elas incentivam os membros da família a refletir sobre suas ações, sentimentos e percepções em relação aos outros, ajudando a identificar pontos de vista diferentes e a entender como as interações influenciam os relacionamentos (Baptista & Teodoro, 2012). As questões de *coping* são usadas com o objetivo de realçar as estratégias que usaram para ultrapassar um momento de crise, e reforçando o que podem e estão a fazer para ultrapassar a crise, atualmente (Baptista & Teodoro, 2012). As questões de escala permitem medir aspectos como atitudes ou opiniões de cada membro da família (Baptista & Teodoro, 2012; Jong & Berg, 2013). As perguntas reflexivas permitem uma reflexão sobre as experiências e comportamentos, gerando mudanças e sendo facilitadoras da co-construção de novas perspectivas, implicando em muitos casos a alteração nos significados (Figueiredo, 2012).

As técnicas relacionais, de intervenção e o uso de linguagem apropriada, são fundamentais na prática de cuidados às famílias (Figueiredo, 2009; Baptista & Teodoro, 2012). No que se refere às técnicas de intervenção ativa sistêmica, foram usadas a metáfora, o reenquadramento, a prescrição paradoxal, os rituais terapêuticos e o conto sistêmico.

A metáfora envolve associar uma ideia a outra para transmitir um significado mais profundo ou para tornar uma ideia mais vívida e compreensível, podendo ser usada para transmitir emoções, ideias abstratas ou conceitos complexos, de maneira mais simples e acessível. Em consulta, ela promove a compreensão, a reflexão e a mudança nas dinâmicas familiares ilustrando questões ou padrões específicos dentro da família, ajudam os membros da família a se distanciarem das suas próprias situações e a verem as suas necessidades de uma perspectiva diferente e mais compreensível (Zordan et al., 2012). Em muitas frases do dia a dia são usadas metáforas como abordagem para emoções consideradas pela família como delicadas ou para lidar com pensamentos. Quando usada em contexto terapêutico, os elementos da família podem ser conduzidos a criar novas ideias, metáforas, que tenham um significado revelador, emergindo assim pensamentos condutores de mudança (Figueiredo et al., 2022).

O reenquadramento, como intervenção terapêutica, permite reformular a percepção da realidade, pelos elementos da família, criando o ambiente propício à mudança, permitindo a mudança da compreensão dos elementos da família de como estes percebem os problemas (George, 2020). Um reenquadrar, em que um “quadro” é visionado de outra perspectiva alterando assim todo o seu significado, e que quando usado pode fornecer uma interpretação alternativa, tanto para um elemento da família como para todos. Através do uso do

reenquadramento, é possível que o elemento perceçione o problema como da família ou que o significado de algo percebido como negativo ou patológico passe para algo visto como positivo ou normativo (Weeks & D'Aniello, 2017).

Na prescrição paradoxal, o EEECESF pode instruir a família a continuar um comportamento que normalmente seria considerado um problema, mas de uma maneira exagerada ou diferente. Isso pode criar uma mudança na dinâmica familiar ao desafiar as expectativas e criar espaço para reflexão e discussão. A prescrição paradoxal muitas vezes quebra padrões disfuncionais, força a família a reconsiderar suas reações habituais e pode criar oportunidades para uma nova compreensão e mudança (Zordan et al.,2012).

Quanto aos rituais terapêuticos familiares, estes definem-se pela prescrição de ações destinadas a mudar as regras de um sistema familiar (Zordan et al.,2012). Podem ser usados pelo enfermeiro para maximizar o significado de algo para a família, pela carga de simbolismo que esta transporta. São atividades sociais simbólicas e repetitivas, que permitem a transmissão de valores, atitudes e objetivos à família (Fiamenghi, 2002). Numa família podemos encontrar diversos tipos de rituais como, por exemplo, rituais de celebração (aniversários, nascimentos, promoções, entre outros), rituais de libertação (perdão, reconciliação, de lidar com o luto, entre outros), ou de transformação (de celebração de chegar adolescência, ou à idade adulta, entre outros) (Fiamenghi,2002).

Os rituais permitem a manutenção de rotinas diárias, desempenhando um papel importante na construção da identidade pela transmissão de valores e crenças, em que é reforçada a herança familiar, são constatadas mudanças na família e criados sentimentos de pertença. Emerge como momento de socialização, permitindo transmitir informações culturais e normativas, bem como valores e crenças através das gerações (Fiamenghi, 2002).

O uso de um conto como técnica de intervenção, permite abordar questões familiares a refletir, simbolizar as dinâmicas, interações e desafios enfrentados pela família. Os membros da família distanciam-se das situações pessoais e veem de maneira mais objetiva, enquanto se identificam com os personagens do conto. Esta técnica facilita abordagem de tópicos sensíveis, explorar padrões de comportamento e promover reflexões sobre as dinâmicas familiares. Quem o ouve dá sentido à sua imaginação e aos seus sentimentos, surgindo novas perspectivas e novos resultados (Novis, 2016).

Como instrumentos de avaliação individual foram usados a escala de Morse e escala de Barthel, e como instrumentos de avaliação familiar, de acordo com MDAIF, foi usado o genograma, ecomapa, Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), escala de readaptação social de Holmes e Rahe e o Apgar de Smiklstein.

Dado todos os membros da família serem idosos, emergiu a necessidade de considerar o programa nacional para a saúde das pessoas idosas, sendo que este recomenda especial atenção: "às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis, considerando-se como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação" (Direção Geral de Saúde, 2011c, p.16). De acordo com isto, a todos os membros da família foi aplicada a escala de Morse, a escolha desta escalam recaiu devido a ser a que se encontra disponível no sistema operativo SClínico® para avaliação do risco de queda (ANEXO II).

A Escala de Morse, também chamada de Escala de Avaliação de Risco de Quedas de Morse, é um instrumento de avaliação amplamente utilizada na área da saúde para identificar o risco de queda. Desenvolvida por Judy Morse, essa escala avalia vários fatores de risco, como histórico de quedas anteriores, diagnósticos médicos, uso de dispositivos auxiliares, terapia intravenosa, estado mental e mobilidade do paciente, atribuindo pontuações a cada um deles para determinar o nível global de risco de queda. Essa avaliação ajuda os profissionais de saúde a implementar medidas preventivas e intervenções específicas para reduzir o risco de quedas e lesões associadas aos membros da família contribuindo para a promoção da segurança (Morse, 1997).

Também para melhor adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas de cada elemento da família de acordo com o programa nacional para a saúde das pessoas idosas (Direção Geral de Saúde, 2011c), foi aplicado um instrumento de avaliação do nível de independência do elemento da família a realizar as suas atividades relacionadas com: alimentação, transferências, higiene pessoal, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário. Assim sendo, na monitorização da dependência foi aplicada a escala de Barthel (ANEXO III). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diárias avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas.

Com aplicação da escala de Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe é possível identificar eventos geradores de *stress*, relacionando esse facto com a probabilidade de surgirem doenças

psicossomáticas num ou em vários membros (Figueiredo, 2012). A escala é utilizada para avaliar o *stress* psicológico causado por eventos significantes na vida de uma pessoa, denotando a ideia de que certos eventos de vida, tanto positivos quanto negativos, podem gerar *stress* e afetar uma pessoa. A escala atribui pontuações a diferentes eventos de vida com base no impacto percebido. Quanto mais eventos de vida uma pessoa enfrenta em um período específico, maior é a pontuação total, o que sugere um maior risco de *stress* e consequências relacionadas (Jansen et al., 2014).

O APGAR Familiar, desenvolvido por Smilkstein, é uma ferramenta de avaliação rápida, utilizada para avaliar a funcionalidade e a saúde geral de uma família, usada como instrumento de avaliação pelo MDAIF. O nome "APGAR" é um acrônimo derivado das cinco áreas que são avaliadas: Adaptação, Parceria, Crescimento, Afinidade e Resolução. Este instrumento de avaliação pode fornecer uma rápida visão geral da saúde geral da família e de suas áreas de força e necessidade. Uma pontuação mais alta sugere que a família está a funcionar bem em várias áreas, enquanto uma pontuação mais baixa pode indicar áreas que podem necessitar de atenção e intervenção (Figueiredo, 2012).

O genograma é um instrumento de colheita de dados que possibilita a percepção da estrutura familiar e dos seus problemas (Figueiredo, 2012), através de linhas que permitem representar membros da família, suas conexões, relações, eventos importantes, datas de nascimento e morte, casamentos, divórcios e adoções. O uso do genograma foi transversal em todas as famílias, pois com representação gráfica facilita-se a visualização objetiva através de símbolos de, pelo menos, três gerações (Wendt & Crepaldi, 2008; Barbosa, 2021).

Um ecomapa é uma representação gráfica que revela as relações entre os membros da família e o contexto externo como amigos, familiares, vizinhos, escola, trabalho, organizações sociais, serviços de saúde, e outros elementos com importância para o sistema familiar. De visualização rápida é possível através de um diagrama, composto por círculos que representam o sistema familiar e outras formas que representam o ambiente, visualizar conexões fortes, intermédias ou fracas ou mesmo ligações conflituosas entre os membros da família e os sistemas mais amplos (Figueiredo, 2012; Duarte et al., 2018; Barbosa, 2021).

Com o objetivo de identificar a classe social à qual pertence uma família é aplicada a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado). A aplicação desta escala permite “prever as condições de risco, assim como alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial” (Figueiredo, 2012, p. 17). Em muitas situações as carências e

dificuldades vivenciadas pelo sistema familiar estão relacionadas com o baixo estatuto socioeconómico (Figueiredo, 2012). Aquando a avaliação à família, é atribuído um dos 5 graus relacionados com a profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, habitação e seu conforto, e zona habitacional. O grau é atribuído tendo como referência o elemento da família que obtiver maior grau. Do somatório dos valores emerge um resultado que permite incluir a família na classe alta, classe media alta, classe media, classe média baixa ou classe baixa.

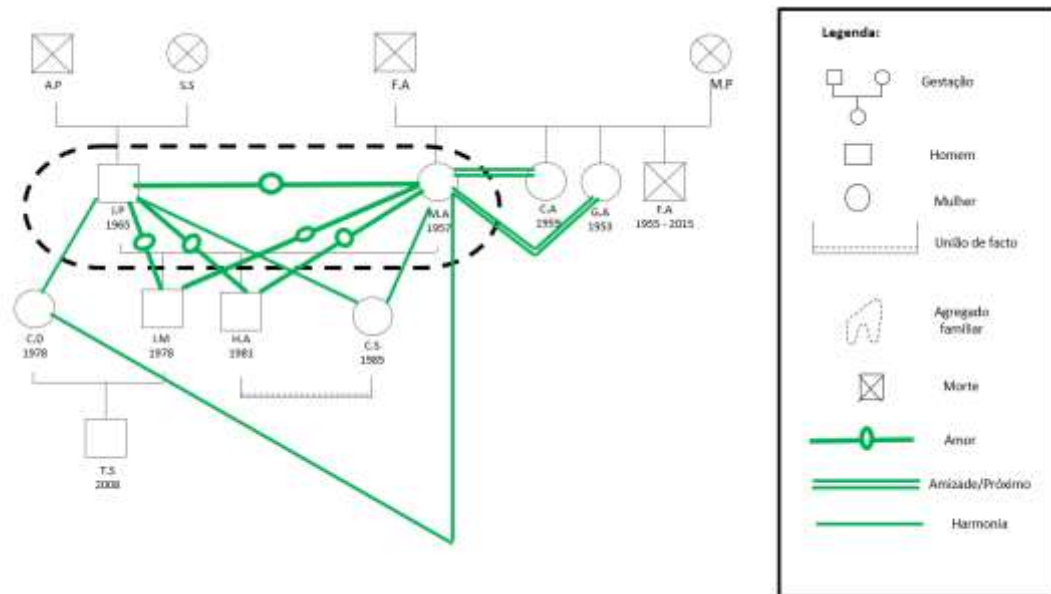
Aplicabilidade dos instrumentos de avaliação permite facilitar a compreensão da dinâmica familiar e sua funcionalidade, bem como favorecem a comunicação terapêutica.

No que concerne as necessidades individuais, no decorrer do relatório, apenas são descritas as de maior impacto e com repercussões para a família.

3.1.1. Família 1

Foram realizadas quatro consultas à família 1 na USF. Em todas as consultas estiveram presentes ambos os elementos do subsistema conjugal, J.P e M.A, sendo a duração média da consulta de 20 minutos. Na primeira consulta foram colhidos dados referentes à composição familiar através de questões lineares sobre membros da família, relações, anos de nascimento, casamentos e uniões. Essas informações foram organizadas e apresentadas no genograma a seguir representado na Figura 3.

Figura 3: Genograma da Família 1 e respetiva legenda de símbolos

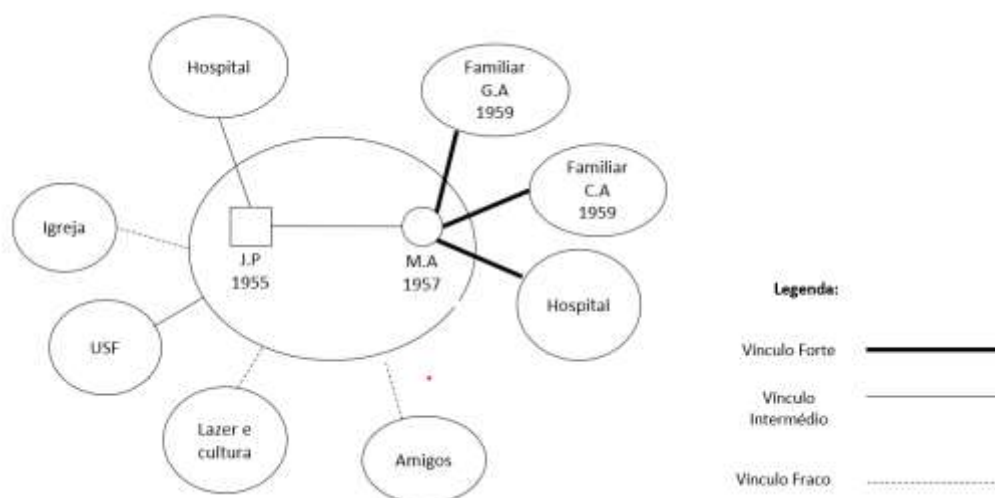


A família 1 é uma família do tipo nuclear, que dela fazem parte o marido J.P. e a esposa M.A., respetivamente com 68 e 66 anos, sendo que o subsistema presente é o conjugal. No que se refere a etapa do ciclo vital em que se encontram é na etapa de ciclo vital família com filhos adultos (Relvas, 1996).

Da família extensa os membros considerados pelo subsistema conjugal como significativos em termos de funções são o I.M, o H.A e a C.D. mantendo contato semanal 2 a 3 vezes por semana, presencial ou telefónico, com a função de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos. Os elementos a C.A e a G.A mantem contato diário telefónico e presencial 2 a 3 vezes por semana funcionando também como companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos.

Relativamente aos sistemas mais amplos, e de forma a facilitar a compreensão da relação dos membros com os sistemas mais amplos é apresentado na seguinte Figura 4 o ecomapa.

Figura 4: Ecomapa da família 1 e respetiva legenda de símbolos



O membro da família M.A. refere ter um vínculo forte com as instituições de saúde (salientando as consultas frequentes no hospital), e vínculo fraco com os seus amigos. O J.P. menciona manter vínculo intermédio com as instituições de saúde e vínculo fraco com os seus amigos.

De acordo com a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) ambos os elementos têm uma profissão no grau cinco (marceneiro e costureira), ambos detêm escolaridade entre a quarta classe e o nono ano efetivando a instrução no grau quatro, a origem do rendimento familiar em ambos provem das reformas não apresentando outro rendimento. Os dois vivem numa habitação espaçosa e confortável, com aquecimento central e eletrodomésticos para além dos essenciais, o local de residência é considerado um bom local. Sendo que a posição social da família é na classe média.

No que concerne às áreas de atenção avaliadas na família 1 no decorrer das consultas relativas a matriz operativa do MDAIF, ajustadas à família, estão descritas na Tabela 2 a seguir apresentada as áreas de atenção onde foram identificadas necessidades, e as forças e recursos da família.

Tabela 2: Áreas de atenção avaliadas na família 1, recursos, forças e necessidades identificadas e respetiva legenda

Avaliação Familiar	Dimensão estrutural	Precaução de segurança
		Edifício residencial
		Rendimento familiar
		Abastecimento de água
		Animal doméstico
	Dimensão do desenvolvimento	Satisfação conjugal
	Dimensão Funcional	Processo Familiar

Fonte: Adaptado de Figueiredo (2012)

Legenda:

	Avaliado e identificado como necessidade em algumas dimensões sendo necessária intervenção
	Avaliado e identificado como força e recurso

No âmbito da dimensão estrutural, no que se refere ao rendimento familiar, sendo que a origem do rendimento familiar se situa no grau 4, foi necessária uma avaliação mais aprofundada sobre o conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares. Relativamente à atividade diagnóstica realizada relativamente ao critério de diagnóstico rendimento familiar insuficiente foram colocadas as seguintes questões como: J.P considera a sua reforma suficiente para suprir as necessidades do dia-a-dia? J.P revela “sim enfermeira, trabalhei muito para construir a minha casinha e nunca nos faltar nada”. E M.A quando questionada se “considera suficiente o que recebem para gerir o vosso dia-a-dia?” esta responde “Sim, temos a nossa casinha, fazemos uma vida agradável. Saímos quando queremos e nunca nos faltou nada.” Aprofundando o tema foi colocada a questão sobre se “alguma vez já deixaram de comprar medicamentos por falta de dinheiro? À qual M.A respondeu “Nunca enfermeira. Já sabemos que do nosso dinheiro pelo menos 100 euros é para medicação “demonstrando a consciência do dinheiro necessário mensalmente para esta despesa específica. Quando questionado o subsistema conjugal sobre “Quem é o membro da família que faz a gestão do dinheiro? “prontamente J.P respondeu “somos ambos. Ambos temos acesso às contas e não somos de gastar muito.”, facto que M.A. validou de forma positiva, com a cabeça. E quando questionado J.P se “considera que conseguem gerir bem o orçamento familiar? “este responde “Sim enfermeira, sem problema”, a mesma questão colocada a M.A revela uma sintonia de ideia respondendo “sim, é verdade”.

Após avaliação foi considerado, pelos dados obtidos, como não cumpridos os critérios de diagnóstico relativos ao rendimento familiar, emergindo o diagnóstico de rendimento familiar não insuficiente, traduzindo assim uma força da família.

Relativamente ao edifício residencial J.P refere que “temos tudo o que precisamos na nossa casa”, e M.A acrescenta “temos um jardim grande onde tenho lá a horta, lá em casa é tudo caseiro!”. Ambos consideram a sua habitação grande, e quando questionados “há alguma característica que cause dificuldade no seu quotidiano como as escadas? M.A responde “a nossa casa é térrea, não há escadas, fizemos obras há pouco e melhoramos tudo”. No que concerne a questões relativas ao abastecimento de gás, é canalizado, não sendo identificada nenhuma dificuldade. Assim, na dimensão estrutural, nenhuma área requereu intervenção, sendo identificados os diagnósticos rendimento familiar não insuficiente, edifício residencial seguro e não negligenciado, precaução de segurança demonstrada, abastecimento de água adequado e animal doméstico não negligenciado, constituindo assim como recursos da família.

No âmbito da dimensão do desenvolvimento, foi avaliada a área de atenção da satisfação conjugal, no que concerne a Interação Sexual e Relação Sexual não foi formulado nenhum diagnóstico pois quando questionados, ambos os membros do casal não respondem. A vivência da sexualidade é subjetiva e depende das características de cada elemento do casal, das suas vivências, expectativas, crenças ou significados (Serin et al.,2020). Sendo considerado um espaço privado do qual ambos não querem falar foi respeitado o seu pedido, mantendo assim a empatia e o respeito pela sua intimidade.

No que respeita às restantes áreas, foram identificados como critérios de diagnóstico para satisfação conjugal não mantida, a comunicação não eficaz por J.P referir que não está satisfeito com a forma como comunicam e a relação dinâmica disfuncional por J.P revelar inicialmente que não está satisfeito com a forma como M.A expressa os sentimentos.

Considerando a relação dinâmica, quando questionados sobre se estão satisfeitos com a forma como cada um expressa os sentimentos, recorrendo a questões circulares, procurando obter a opinião de cada um e a perspetiva de cada um em relação ao outro, conclui-se que J.P considera-se não satisfeito referindo: “eu não, ela só sabe reclamar. Às vezes a forma como ela fala é o pior, isso é que podia mudar para melhorar a nossa relação. E às vezes fala e resmunga, e muitas vezes podia era dar um elogio”. Na perspetiva da M.A esta apresenta-se satisfeita e desvaloriza o que J.P refere. Com recurso a questões circulares reflexivas como “o que sente quando ouve o seu marido a dizer que precisa de um elogio?” e “de que a forma como fala afeta a relação

entre vocês?”, M.A revela que não é da sua personalidade elogiar e que não vai elogiar quando acha que não deve elogiar. Aplicada a questão de escala na perspectiva de entender o quanto é importante para J.P receber um elogio por parte da esposa “o quanto é importante para si a sua esposa lhe dar um elogio, sendo que 1 é nada importante e 10 é muito importante?” J.P refere um 8 atribuindo assim um valor alto “Sendo que dá um 8, vejo que para si é muito importante receber um elogio, tinha noção que para o seu marido é tao importante o elogiar?”, com uso de questão reflexiva para que M.A revele se esta sensibilizada para esta situação “ mas M.A mantém um discurso de ignorar a necessidade do elogio. Foi necessário recorrer a observação de uma nova perspectiva do momento e da situação com o recurso à técnica da metáfora dizendo “Quando olha para um copo com água e vê que ele está só com metade da água, o que vê? O seu copo está meio cheio, ou meio vazio?” no sentido de ambos encontrarem uma nova perspectiva “Esta questão de olhar para o copo diz muito a forma como cada um olha para a vida. Se de uma maneira pessimista vendo meio vazio ou otimista vendo meio cheio. Vocês são diferentes, mas cabe a cada um decidir como olhar para cada situação e para os momentos da vossa vida em casal, mesmo os mais desafiadores.”.

No final deste momento e possibilidade de reflexão a M.A demonstra-se pensativa, e refere que, relacionado com a divisão e partilha de tarefas, é ela que tem o papel em casa como o de confeccionar as refeições, e que nunca recebeu um elogio por parte de J.P, mas que não valoriza essa situação e que por isso não o elogia quando ele faz algo. Com a normalização da situação neste momento da consulta referindo “para muitos casais o elogio é uma forma de reconhecimento, que faz parte do dia-a-dia. Na vossa perspectiva, acham que elogiar-se um ao outro ajudaria a um melhor entendimento?”. Ambos concordam que sim, mas M.A demonstra dificuldade em elogiar pois refere “ele não faz as coisas de jeito”, ao qual J.P “Está a ver enfermeira! Está sempre tudo mal e a criticar.”. A Metáfora foi novamente usada para ajudar a reduzir a resistência, a aumentar a empatia e a facilitar a discussão deste tópico, que a família demonstra ser sensível pela comunicação não verbal usada (cruzar os braços, elevar a voz, apontar o dedo) , “na sua perspectiva, será capaz de se lembrar da expressão do copo meio cheio e meio vazio? Imagine que ele nem colocou o copo no sítio que a senhora achava, mas arrumou a loiça. Acha que consegue ver pelo lado positivo?” permanecendo o casal num momento mais reflexivo.

O recurso a metáfora permitiu que M.A e J.P refletissem sobre as dinâmicas que mantem e quais as emoções que emergem das situações que consideram geradoras de *stress*. Aplicação desta

técnica tornou-se o ponto de partida para a expressão de sentimento e opiniões que até ao momento não tinha sido conversadas e facilitou a comunicação circular pois ao longo da consulta diziam um ao outro a sua perspetiva.

Nesse sentido foi referido pela M.A que na sua perspetiva, esta tem um papel de cuidado doméstico em casa que considera sentir-se sobrecarregada, e que J.P nada faz. Quando aplicada a questão de escala “De 1 a 10, em que 1 é nada importante e 10 é muito importante, o quanto considera importante ele ajuda-la nas tarefas de casa?” M.A atribui um oito. Concluindo que apesar de J.P ajudar com as tarefas domésticas, não as faz da forma como M.A acha que deve fazer. O uso da técnica reenquadramento foi necessária para uma reinterpretação dos factos pela família numa abordagem positiva “podem ambos em vez de pensarem em quem deve ser o único responsável pelo papel de cuidar da casa, ou que o elogio devia fazer parte do dia-a-dia, trabalhar juntos como uma equipa. Podem usar as características individuais, e o que cada um sabe fazer e trabalhar em conjunto para colmatar tudo, e assim tudo fica ao gosto de ambos, suprimindo as necessidades e demonstrando que em casal tudo superam”. Considera-se assim que na dimensão de desenvolvimento a relação dinâmica foi identificada como uma necessidade da família que requereu intervenção sendo identificado o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional, sendo que não positivou no final das consultas pela renitência demonstrada em mudar padrões de expressão de sentimentos, pelo curto espaço de tempo de intervenção. Sendo que se considera para continuidade de cuidados a intervenção mais aprofundada desta área de atenção.

Considerando a comunicação no que concerne a partilha sobre as expetativas e receios de cada um, à concordância na opinião e satisfação do padrão de comunicação, foram utilizadas questões de escala, circulares e reflexiva, sendo que o casal revelou que não são muito de conversar, M.A refere “eu não gosto muito de conversar, sou mais de estar no meu canto” e que J.P diz “verdade enfermeira. Mas ela não é de falar muito, fala pouco.”. Sendo por isso identificado o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida por comunicação não eficaz. Com o objetivo de melhorar o padrão de comunicação foram desenvolvidas as seguintes intervenções promover a comunicação expressiva das emoções, promover o envolvimento da família, otimizar a comunicação na família, planejar rituais familiares, motivar para atividades em conjunto, motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família e partilha de tarefas domésticas e negociar a redefinição de papéis pelos membros da família e partilha de tarefas domésticas. Para J.P é importante conversar pois, quando questionado: “o que me está a dizer

é que gostava que M.A falasse mais para si, que conversassem mais, é isso?” este confirma o dado. Perante estes dados emergiu a necessidade de aplicar a técnica do ritual familiar sugerido através de uma história contada ao casal, “mas partilho com vocês a história de um casal que no outro dia atendi e que para eles fez sentido. Ela queixava-se que ele falava pouco, e ele dizia que não tinha o que dizer. Como ela se queixava sempre do mesmo, juntos chegaram à conclusão que deviam criar uma rotina que os fizesse falar mais um com o outro. Então, ambos concordaram em fazer algo juntos para interagirem e falarem um pouco. Para vocês fazia-vos sentido também criar assim um momento?”, neste perspetiva J.P refere “enfermeira, não vale a pena porque nós estamos bem como estamos. Já estamos habituados. Com tantos anos de casamento já aprendemos a não valorizar certas coisas” sendo que M.A mantém a mesma opinião. Apesar de inicialmente demonstrarem uma comunicação não eficaz, quando sugerido o ritual estes demonstram não querer mudar. Face a esta partilha, considerou-se que o casal demonstra uma adaptação mútua, considerando como diagnóstico a comunicação eficaz percecionada assim como uma força da família.

O processo familiar, no âmbito da dimensão funcional, refere-se aos padrões de interação, comunicação e dinâmica que ocorrem entre os membros da família, traduzindo a maneira de compreender como os membros da família se relacionam entre si, como comunicam, tomam decisões, resolvem conflitos e expressam emoções (Figueiredo, 2012). Avaliar a área do processo familiar envolve observar como os papéis são distribuídos na família, como as decisões são tomadas, como os conflitos são resolvidos e como as emoções são expressas (Figueiredo, 2012). No decurso da consulta M.A refere que ambos tem iniciativa de resolver os problemas referindo “umas vezes sou eu, outras vezes é ele”, salientando que quando necessário recorrem aos filhos para resolver problemas que surgem denotando assim a importância da família extensa de forma positiva para a qualidade de vida e bem-estar dos membros da família. Existe discussão sobre os problemas que surgem, sendo que J.P diz que “muitas vezes não chegamos a nenhuma decisão porque temos opiniões diferentes, mas com o tempo a decisão vai aparecendo, mas os dois damos a nossa opinião”, sendo que M.A salienta “a decisão vem com o tempo, com tantos anos de casados tem mesmo que ser assim. Não decidimos tudo de uma vez, falamos das coisas e muitas vezes discordamos, mas depois com o tempo tudo vai acontecendo”. Nesse sentido, com a intervenção diagnóstica desta área de atenção conclui-se que a família apresenta uma resolução de conflitos construtiva, sendo considerado o *coping* familiar uma força da família.

Para identificar possíveis fatores que tem impacto no bem-estar e que podem ser promotoras de incidência de doenças, foi aplicado o instrumento de avaliação a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe concluindo-se que existe menor probabilidade de incidência de doenças sendo identificados pelos membros da família poucos acontecimentos, sugerindo assim menos *stress* e menor probabilidade de consequências associadas.

Com os dados anteriormente descritos, e após a intervenção diagnóstica, em relação à relação dinâmica foi possível concluir que se traduziu em diagnóstico de relação dinâmica não disfuncional. Quando a intervenção diagnóstica ambos os membros do casal não identificam nenhum membro com maior poder na família e sentem-se satisfeitos quanto à influência de ambos no que concerne ao comportamento um do outro. Quanto ao instrumento de avaliação APGAR Familiar de Smilkstein foi obtido o resultado de que ambos percebem a família como altamente funcional sendo assim na perspectiva da família esta mantém um bom funcionamento. Tal como no âmbito do desenvolvimento verificou-se que os papéis familiares era um foco de atenção com necessidade de intervenção, como anteriormente referido na conversa quando a intervenção diagnóstica relativa no âmbito da área do desenvolvimento, as intervenções e técnicas foram direcionadas para este diagnóstico. Concluindo assim como forças e recursos da família a comunicação, o *coping* e a relação dinâmica. Sendo que os diagnósticos finais traduziam comunicação familiar eficaz, coping familiar eficaz, relação dinâmica não disfuncional.

O J.P. e M.A. apresentam a rotina diária de ir ao café juntos, almoçam com os filhos várias vezes por semana num momento social, fazem caminhadas no final de almoço juntos de 30 min/dia no mínimo e normalmente no final do almoço. Além da avaliação e intervenção familiar efetuou-se avaliação e intervenção em cada membro da família. A M.A. não tem o hábito de sair de casa, prefere estar sozinha e que ninguém a chateie enquanto que J.P. normalmente anda sempre mais pelo jardim. Relativamente ao risco de queda após aplicação da escala de Avaliação de Risco de Quedas de Morse, tanto M. A como J.P não apresenta historial de quedas, tem diagnóstico secundário como a DM, não precisa de ajuda para caminhar, não faz terapia intravenosa, tem uma postura normal ao andar e na transferência, é consciente das suas capacidades e por isso apresenta um Score de 15 representando baixo risco de queda, emergindo o diagnóstico sem risco de queda não requerendo intervenção de enfermagem. Concomitantemente no que concerne ao autocuidado quando aplicada a escala de Barthel verificou-se que ambos são independentes na alimentação, nas transferências, no W.C., na higiene, no banho, na mobilidade, no subir e descer escadas e no vestir, quanto ao controle

intestinal ambos controlam perfeitamente , e no que se refere ao controle urinário ambos também controlam perfeitamente, sendo o resultado da aplicação da escala totalmente independente, emerge o diagnostico de independente no autocuidado não requerendo intervenção de enfermagem. Quanto aos valores de HbA1C (Hemoglobina glicada) M.A apresenta 6,6 e J.P de 6,2. De acordo com o foco úlcera, através da atividade diagnostica do exame ao pé conclui-se que ambos apresentam um risco de úlcera diabética em grau reduzido, contudo para aumentar o conhecimento na perspectiva da prevenção, foi elencado o diagnostico de potencial para melhorar o conhecimento para promover autovigilância dos pés, e desenvolvidas intervenções para diminuir as complicações que possam emergir, como ensinar como prevenir úlceras de pé, instruir a autovigilância do pé, instruir a cortar as unhas, ensinar sobre autovigilância.

Relativamente a M.A, considerando a transição saúde-doença verificou-se que a gestão do regime terapêutico era adequada. Na dimensão do conhecimento constatou-se que este era facilitador quanto ao regime dietético, regime de exercício e regime medicamentoso. É visível que, relacionado com a autogestão da DM, a Sra. M.A fez o seu processo de transição saúde-doença demonstrando mestria e identidade fluida (Meleis, 2000) quando refere: “eu ate posso comer um doce hoje numa festa, mas amanhã sei que tenho que retomar o meu padrão alimentar, só assim tenho os valores controlados”.

Relativamente a J.P considerando a transição saúde-doença relacionada com a DM tipo 2 verificou-se que a gestão do regime terapêutico era adequada. Na dimensão do conhecimento constatou-se que este era facilitador quanto ao regime de exercício e regime medicamentoso e inibidor quanto ao regime alimentar dificultador por atitudes sendo por isso necessárias as intervenções para progredir para mestria.

O Sr. J.P. normalmente anda sempre mais pelo jardim, dá as suas caminhadas diariamente e tenta nunca parar referindo faço caminhadas com ela, tomo a medicação todos os dias e o que ela coloca na mesa é o que eu como” assim revela que a esposa tem um papel importante nessa gestão, corroborando a ideia de Basinger (2018) no que concerne a que a educação para a saúde deve ser sempre direcionada também para a família. Quanto a autogestão é possível inferir que J.P. já iniciou o seu processo de consciencialização, relacionada com a diabetes porque menciona que não consegue exercer na plenitude o regime dietético sendo que uma das condições facilitadoras é depender da sua esposa na sua confeção “se ela cozinhar eu vou respeitando o que tenho que comer, porque eu sei... mas muitas vezes apetece-me comer asneiras... uma

chouriça, um salgadinho, um docinho...” . A atitude da esposa facilita a J.P. o cumprimento do regime alimentar adequado, corroborando a ideia de Salviano et al., (2021) que refere a família como pilar na manutenção de novos hábitos e comportamentos adequados. Também após avaliação dos dados antropométricos confirma-se excesso de peso como diagnóstico por IMC de 28. Realizaram-se intervenções como ensinar sobre complicações, ensinar sobre padrão alimentar, incentivar a hábitos alimentares saudáveis e incentivar à ingestão de líquidos. O conhecimento e a consciencialização eram percebidos como facilitadores. No decorrer da consulta foi revelado por J.P. que o que mais gosta de comer são os salgadinhos especialmente no final de beber o seu copinho, foi associado assim o diagnóstico de não adesão ao regime dietético e desenvolvidas as intervenções como encorajar na tomada de decisão para comportamento de adesão e incentivar a comportamento de adesão através do desenvolvimento de uma entrevista motivacional com o objetivo de J.P. encontrar uma motivação interna para não manter os comportamentos menos corretos. Sugere-se como continuidade de cuidados a entrevista motivacional direcionada para o padrão alimentar. Contudo no decorrer da consulta e da intervenção foi possível observar que a linguagem verbal e não verbal mudou quando abordado este tema. Numa das consultas realizadas M.A. quando abordado o assunto da alimentação esta refere “sou eu que cozinho, por isso eu sei o que ele come. Mas só não controlo o que não consigo controlar”, e com um gesto de mão faz o sinal de ingestão de álcool quando o marido não observa. Face a este sinal foi questionado cada elemento do agregado familiar o seu consumo de álcool. Quanto a M.A. refere que não bebe álcool, J.P. expõe “bebo 2 copos de vinho maduro ao almoço e outros dois ao jantar, e bebo sempre uma aguardente no final do café, para retirar o gosto do café. Sabe-me bem!”.

Face a estes dados elencou-se o diagnóstico de abuso de álcool, sendo realizadas intervenções como avaliar o uso de álcool e monitorizar o uso de álcool. M.A. refere a J.P. “bebes vinho e aguardente todo o dia! Só bebes um copo de água à noite”, quando questionado J.P. este revela que consome álcool diariamente umas seis a sete vezes ao dia “bebo vinho ao almoço, ao lanche e ao jantar e no final do café gosto de beber um copo de aguardente”, “ bebo uns quatro cafés por dia”, “ mas não é tudo de uma vez, posso beber dois copos de vinho à refeição e depois bebo mais a minha aguardente, mas não é tudo seguido”. Na dimensão do conhecimento, foi avaliado o conhecimento sobre o uso de álcool e verificou-se que este precisava de ser melhorado J.P. salienta “não faz assim tão mal, até me deixa bem disposto”. Quanto à consciencialização sobre a relação entre o uso do álcool, DM e suas complicações verificou-se que necessitava de ser melhorada para progredir para mestria (“sei que faz mal aos olhos e aos pés”) e nesse sentido

elencou-se o diagnóstico de potencial para melhorar o conhecimento sobre a DM. Com o objetivo de melhorar o conhecimento e promover a conscientização recorreram-se a intervenções como ensinar sobre o uso de álcool, ensinar sobre a DM, ensinar sobre complicações da DM e por dados como “sabe-me tão bem, deixa-me satisfeito, por isso não vou mudar” recorreu-se a entrevista motivacional no sentido de incentivar à redução da ingestão de álcool.

Nesta perspectiva, foi desenvolvida na quarta consulta uma entrevista motivacional. Os desafios que podem emergir, as decisões a tomar, os fatores que contribuíram para o aumento do consumo, o objetivo ou não de reduzir ao álcool, complicações associadas tanto a nível pessoal como desafios a nível familiar pelo impacto na família, o contexto ambiental, social e cultural são tópicos essenciais a ter em atenção na intervenção. O objetivo era que J.P fosse capaz de encarar o consumo de álcool como um comportamento a necessitar de ser mudado e de identificar o impacto do seu comportamento no âmbito da família e na sua saúde. Ao longo da entrevista J.P não assume o consumo de álcool, associando esse consumo a uma estratégia do próprio para sentir bem-estar e para retirar o sabor do café. Assume que bebe e revela não ter consciência dos efeitos mantendo um comportamento nocivo e de risco. Assim foi identificada a fase de pré-contemplação, relacionada com o abuso do álcool. No decorrer da entrevista J.P evitava falar, manteve uma postura defensiva, desvalorizando o abuso de álcool abordando na sua perspectiva a vantagem do seu consumo referindo o bem-estar. Foram colocadas questões como “Por aquilo que J.P me está a dizer, tem bebido vinho e aguardente com mais frequência, sendo que M.A já refere isso como algo que deve mudar. Mas J.P sente que deve mudar?” respondendo “Não tenho que mudar nada. Não bebo nada de especial.”. Quando questionado “Então, de 0 a 10, como é que se sente bebendo sendo que 0 é sentir-se pessimamente e 10 é sentir-se otimamente?” J.P refere 9 salientando que se sente muito bem, demonstrando não ser um problema por ele identificado.

Com apresentação de um valor de 9 a empatia foi essencial, ouvindo o que J.P refere demonstrando entende-lo de forma a que este se sentisse acolhido. Como resposta sem impondo nenhuma opinião é devolvida de forma ampliada a informação de forma a confirmar o dado. “Pelo que me parece, J.P tem muito em conta a opinião da sua esposa, mas o fato de ela dizer que você esta a beber mais que o normal não é um problema para si, certo?” este revela “ eu dou atenção ao que ela me diz, mas nisto ela não tem razão”. Constatando assim que o álcool não era percebido como um problema para J.P. Consequentemente, emergiram questões

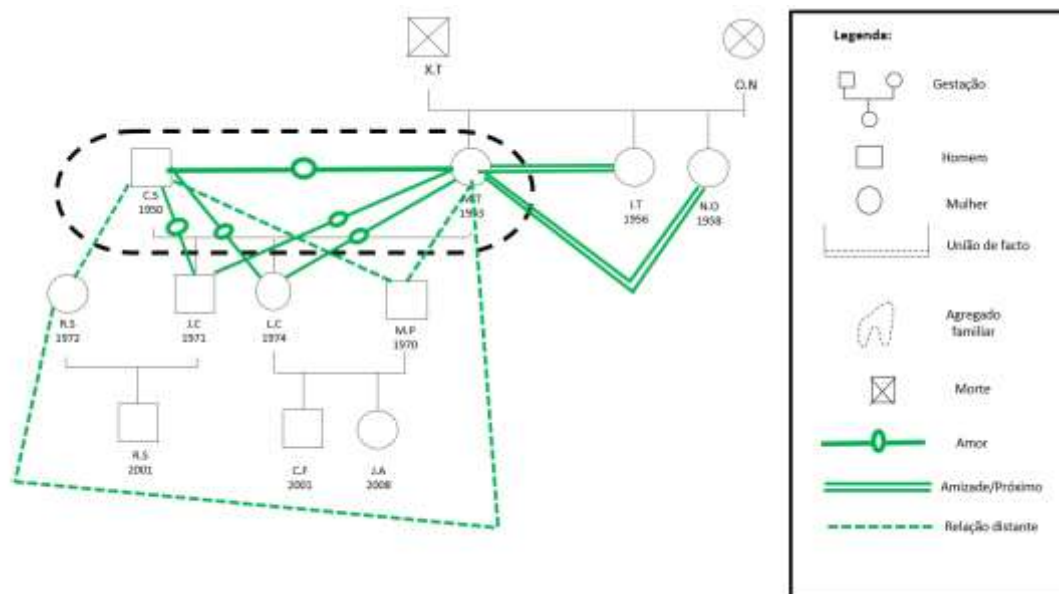
colocadas a J.P como “O que é que sabe sobre os efeitos do álcool?”, “Acha que o álcool pode influenciar a sua saúde?” , “ Tendo em conta que M.A abordou este assunto como algo que não a faz sentir bem, como acha que o álcool pode influenciar a vossa relação?” apos esta questão J.P responde “isto não influencia nada a nossa relação!” demonstrando despreocupação no assunto e desconhecimento do impacto na família. Constantemente J.P desvalorizou sempre o que era dito e demonstrava não querer falar do assunto “oh enfermeira eu não bebo assim tanto, nem fico bêbado”.

No final da consulta J P. mantém-se na fase de pré-contemplação, não considerando a possibilidade de mudar o seu consumo e sem consciência dos seus efeitos. Não foi possível reavaliar esta situação, contudo a enfermeira de família mantém o acompanhamento. Como continuidade de cuidados sugiro manter a entrevista motivacional com o objetivo de mudar o comportamento e aumentar os conhecimentos sobre os efeitos nocivos do álcool.

3.1.2. Família 2

À família 2 foram realizadas 4 consultas na USF, sendo que estiveram presentes em todas as consultas C.S e M.T. De acordo com os dados colhidos referentes a composição familiar, e recorrendo a questões lineares foi possível elaborar o genograma da família a seguir representado na Figura 4.

Figura 5: Genograma da Família 2 e respetiva legenda de símbolos



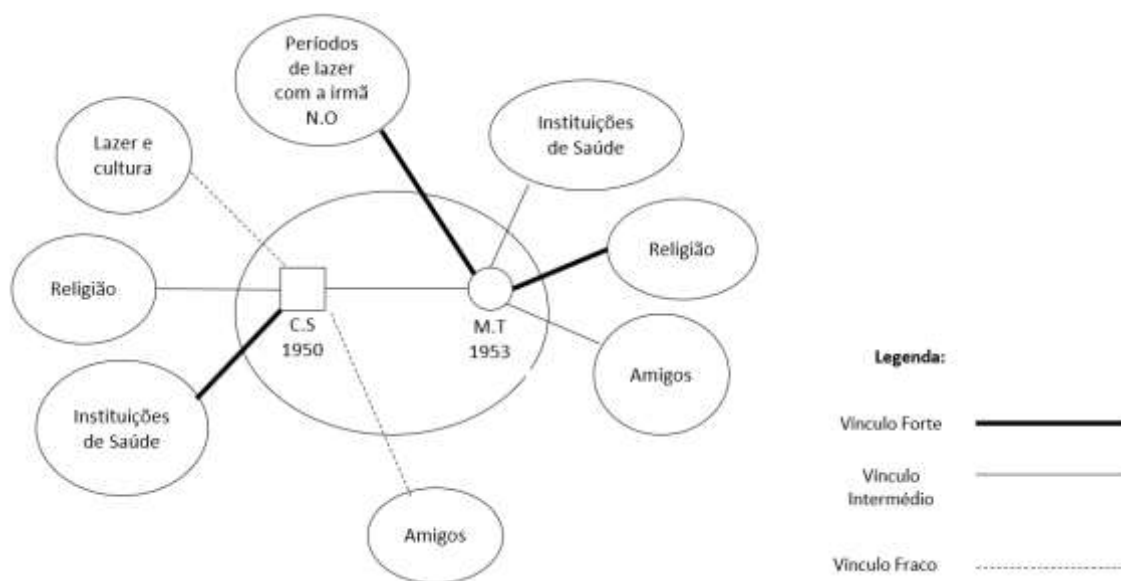
A família 2 é uma família do tipo nuclear, constituída por C.S e M.T respetivamente com 73 anos e ela com 70 anos, sendo o subsistema conjugal o único presente nesta família. Segundo Relvas (1996) encontram-se na etapa do ciclo vital com filhos adultos.

Da família extensa os membros considerados pelo subsistema conjugal como significativos em termos de funções referem J.C mantendo contacto pessoal e telefónico, semanal com função de companhia social e apoio emocional. A L.C apresenta contato diário presencial com função de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo de conselhos. Com um papel bastante representativo relativamente a M.T surge I.T e N.O com contato pessoal três vezes por semana e telefónico diariamente, com função de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo de conselhos.

Relativamente a família extensa, M.T apresenta-se muito crítica em relação a R.S referindo que “a minha nora vive numa casa ao lado da nossa, que é nossa e não paga renda, mas poucas vezes estamos com ela”. Quanto a M.P, refere que este é sincero, mas que “puxa sempre para a família dele e nunca vem à nossa, mas vem a minha filha sozinha”. Apesar deste distanciamento, refere que os filhos são a família extensa de recurso, salientando o valor emocional que representam para ambos.

Relativamente aos sistemas mais amplos é apresentada na Figura 6 o ecomapa da família dois, facilitando a compreensão da relação da família com o contexto externo.

Figura 6: Ecomapa da família 2 e respetiva legenda de símbolos



Em relação aos sistemas mais amplos o membro da família M.T refere um vínculo intermedio com as instituições de saúde. Com a religião revela um vínculo que considera forte “vou todas as semanas à missa, lá é onde muitas pessoas precisam de ir, pois lá diz-se coisas que as pessoas precisam de ouvir”. Relativamente ao vínculo com os amigos associa a um termo intermédio referindo “saio algumas vezes por semana, umas vezes com a minha irmã outras vezes com uma vizinha. Faz bem conversar”. Quanto a C.S este menciona um vínculo forte com as instituições de saúde referenciando “tenho consultas aqui na unidade e algumas consultas marcadas no hospital, ando sempre em consultas, mas graças a isso tenho andado melhor. De acordo com o mesmo revela um vínculo intermedio com a religião salientando “ na altura do COVID deixamos de ir assistir a missa na igreja, mas agora já retomamos a rotina e vamos todas as semanas” e relativo aos amigos C.S refere “não quero, não me apetece sair” não relatando qualquer tipo de amizade para além da esposa e família extensa, e quando questionado se sente necessidade de ter amigos e se está satisfeito este responde “ sim, eu não gosto de sair , prefiro estar ‘por casa, sempre fui assim”.

De acordo com a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), o membro da família com maior notação a nível da profissão é C.S sendo um operário semiqualeficado de uma empresa enquanto que M.T refere que sempre esteve em casa dizendo “sempre trabalhei em casa e na lavoura” apresentando grau quatro. Ambos os membros da família relativamente a instrução tem a quarta classe pertencendo ao grau quatro. A origem do rendimento familiar

situa-se no grau quatro pois a única fonte é a reforma de ambos. No que se refere ao tipo de habitação é considerada pelos membros como uma moradia com espaço bastante espaçoso e confortável, situado num bom local tratando-se assim de um grau dois no que concerne ao local de residência. Sendo a posição da família situada na classe média.

A Tabela 3 a seguir representada revê-la as áreas de atenção avaliadas na família 2 relativas a matriz operativa do MDAIF, ajustadas à família.

Tabela 3: Áreas de atenção avaliadas na família 2, recursos, forças e necessidades identificas e respetiva legenda

Avaliação Familiar	Dimensão estrutural	Precaução de segurança
		Edifício residencial
		Rendimento familiar
		Abastecimento de água
		Animal doméstico
	Dimensão do desenvolvimento	Satisfação conjugal
	Dimensão Funcional	Processo Familiar

Fonte: Adaptado de Figueiredo (2012)

Legenda:

	Avaliado e identificado como necessidade em algumas dimensões sendo necessária intervenção
	Avaliado e identificado como força e recurso

No âmbito da dimensão estrutural, relacionado com o rendimento familiar por a sua origem do rendimento se situar no grau quatro na Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) foi identificado o foco de rendimento, e por critério de diagnostico rendimento familiar insuficiente foi necessário avaliar de forma mais aprofundada os conhecimento e capacidades sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares. Após avaliação foi considerada como não cumpridos os critérios de diagnostico, traduzindo o rendimento familiar como força e recurso, considerando C.S que “os nossos rendimentos chegam perfeitamente para nós os dois, desde sempre que sabemos o que gastamos no supermercado e farmácia, controlamos as despesas. E sempre chegou para tudo, e nunca nos faltou nada”.

Relativamente ao edifício residencial quando questionados se “em relação à sua habitação, considera-a com boas condições?” C.S refere “Sim, temos tudo e mais alguma coisa.” e M.T

acrescenta “temos todos os eletrodomésticos que necessitamos para o nosso dia-a-dia”. Ambos consideram a sua habitação grande salientando que “já tem tamanho a mais só para nós dois”, e quando questionados se “há alguma característica que cause dificuldade no seu quotidiano? Como, por exemplo, o pavimento, o tipo de entrada, presença de degraus? M.T responde “não enfermeira, já tratamos disso tudo, em relação às escadas temos poucas e são grandes o que facilita. Não tenho muitos tapetes no chão, e os que temos tem aquilo que prende o tapete, é soalho e não é escorregadio”. No que concerne a questões relativas ao abastecimento de gás, é gás de botija encontram-se estas no exterior da habitação, anualmente ou sempre que necessário chamam os técnicos para verificar se está tudo bem ou para mudar as botijas quando precisam, dentro de casa tem uma torneira que desligam todos os dias, sendo que as próprias botijas apresentam válvulas de segurança. Indicando assim que a família demonstra conhecimento nos cuidados a ter, como utilizar, manusear e reabastecer.

Quando questionados sobre a presença de animal doméstico M.T menciona “temos um cão já muito velho lá em casa, dorme cá fora numa casota mas já esta connosco há muito tempo”, nesse seguimento foi questionada sobre a vacinação e desparasitação do animal recorrendo a questões lineares, relativizando a situação C.S menciona que “nunca foi ao veterinário nem tem vacinas, ele já é tao velho que não precisa”. O animal doméstico foi identificado como uma área com necessidade de intervenção. Os animais domésticos assumem um papel importante nas relações familiares, sendo visto pelo proprietário como elemento da família, como elemento que protege a família ou mesmo como companheiro nas atividades do dia-a-dia (Figueiredo et al., 2022).

Assim foi enunciado o diagnóstico: animal doméstico negligenciado, pela presença de animal não vacinado e não desparasitado e conhecimento não demonstrado sobre a vacinação e desparasitação do animal doméstico. Concretizando-se em intervenções como: ensinar sobre vacinação de animal doméstico, ensinar sobre desparasitação do animal doméstico, orientar para serviços na comunidade (orientada para recorrer aos serviços da câmara, nas visitas que fazem de forma recorrente a junta de freguesia), motivar para vacinação e desparasitação e supervisionar vacinação do animal. A vacinação e desparasitação de cães são práticas cruciais para garantir a saúde e o bem-estar dos animais, além de proteger a saúde pública. Ao prevenir uma série de doenças graves, a vacinação promove a longevidade e qualidade de vida dos cães, ao mesmo tempo que impede a transmissão aos seres humanos. Além disso, a desparasitação regular controla parasitas internos, reduzindo o risco de infeções e contribuindo para o

cumprimento da legislação em muitas áreas. As práticas de cuidado preventivo são essenciais para manter a saúde dos cães, economizar em custos de tratamento e garantir o bem-estar global dos animais. Quando há um animal doméstico, isso significa que a família está exposta a riscos sendo necessário por isso um acompanhamento do veterinário e atitudes de prevenção de doenças como a desparasitação e a vacinação. No sentido de intervir no diagnóstico animal doméstico negligenciado, como atividades que concretizam as intervenções foram usadas questões lineares para definir o problema “Pelo que disseram na última consulta, o vosso cão não está vacinado?”, questões estratégicas no sentido de confrontar a família como “porque não o vacinam?”, e na possibilidade de tomar uma atitude usadas questões comportamentais como “Não preferiria vacinar o seu cão e assim prevenir doenças?” na medida em que a adoção de um comportamento como o levar o cão ao veterinário pode ser vantajoso para a família. As questões hipotéticas “e se decidissem vaciná-lo, qual seriam as vantagens?” na perspetiva em que se o animal for vacinado o que poderá acontecer, se acontecer qual será a repercussão para a família.

Quanto à avaliação dos resultados da intervenção é importante salientar que inicialmente M.T referiu já ter recorrido a junta de freguesia para questionar quando seria a próxima visita do veterinário da Câmara sendo informada que seria no final de maio. Como continuação de cuidados, em junho, por contato telefónico, a família foi questionada se o animal já tinha sido vacinado, sendo que a M.T refere “oh enfermeira, ele só de pensar na vacina, morreu! Já estava velhinho”.

Assim considera-se que na dimensão estrutural foram identificados os diagnósticos de rendimento familiar não insuficiente, edifício residencial seguro e não negligenciado, precaução de segurança demonstrada e abastecimento de água adequado como recursos da família. Inicialmente, o animal doméstico negligenciado foi um dos diagnósticos que emergiu dos dados, contudo, desde o início ao fim da intervenção pelo óbito do cão deixou existir diagnóstico.

No que se refere à etapa do ciclo vital em que se encontram é na etapa de ciclo vital família com filhos adultos (Relvas, 1996) marcada pela transição dos filhos para a vida adulta e pela reconfiguração da dinâmica familiar, emergindo novas oportunidades para o crescimento pessoal, renovação do relacionamento conjugal e reflexão sobre novos objetivos de vida, mas também pode envolver desafios emocionais à medida que os pais se adaptam à ausência dos filhos em casa e à entrada de novos membros como os companheiros(as) dos filhos. É uma oportunidade para a família crescer e se adaptar a novas dinâmicas enquanto mantém os laços

familiares e as tradições, e a necessidade de se adaptar a uma nova pessoa que irá desempenhar um papel importante para o filho(a). Apesar de M.T salientar “a minha nora pouco esta connosco” e quando ao genro referir que este “puxa sempre para a família dele”, estes recebem sempre a família extensa ao domingo ou quando lá querem ir. Quando questionados se satisfeitos com a relação que mantem com os filhos, C.S refere que estes estão sempre presentes, e que podem sempre contar com eles, M.T afirma “o meu genro pode não vir, mas a minha filha vem sempre, tal como o meu filho”. Salienta M.T “quando eles saíram de casa nós já sabíamos que ia ser assim, ficávamos os dois e eles vem nos visitar quando podem porque tem a vida deles. Os nossos netos também já são grandes, mas vêm sempre lá a casa uma vez por semana pelo menos”.

No âmbito da dimensão desenvolvimento, foi avaliada a área de atenção da satisfação conjugal, no que concerne às dimensões da relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual. Pelo uso de questões lineares, circulares e reflexivas, para recolher a perspetiva de cada membro da família (atividade diagnóstica).

No que diz respeito à relação dinâmica o uso de questões lineares, questões circulares diferenciais e reflexivas “M.T na sua perspetiva quem expressa mais os sentimentos em casa?”, “Imagine que acontece algo no decorrer do vosso dia que vos deixa triste um com o outro, quem mais rapidamente expressa isso ao outro?”, refletindo sobre o assunto M.T salienta “digo o que penso e partilho com o meu marido, e depois não vou estar a remoer no assunto. Os anos de que estamos juntos ajudou-nos a perceber que isso não é bom para nós. Dizemos o que achamos, partilhamos e depois acabou”, quando colocada a mesma questão a C.S este retribui afirmando que “é mesmo isso, só assim nos mantemos tantos anos juntos. Claro que há formas de falar e às vezes ela é brutal!”. A forma como falam um com o outro foi questionada e abordada “na vossa perspetiva, o problema não está no que se diz, mas na forma como se diz, é isso?”, apesar de ambos responderam que sim, normalizam a situação de forma imediata dizendo C.S “Eu gosto na mesma dela, mesmo quando fala assim. Já somos assim há muito” e M.T reage dizendo “já estamos habituados, nós somos assim, falamos assim e depois passou tudo”. Quanto ao tempo que passam juntos ambos consideram estar satisfeitos. Quanto à divisão e partilha de tarefas domésticas M.T reage dizendo “ele agora não faz nada em casa, desde que fez a cirurgia ao coração que está mais lento e preguiçoso”, mantendo a circularidade no decorrer da consulta foi questionado C.S o que pensa e sente com a perspetiva da esposa. Como retorno à questão C.S refere “sim desde a cirurgia que fiquei mais parado e ela não entende, e tem aumentado a

minha dor nas pernas, dizem que tenho má circulação”. Assim foi identificado o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional, e realizadas as seguintes intervenções: motivar para a redefinição e partilha das tarefas domésticas, aconselhar para a redefinição e partilha das tarefas domésticas, promover a comunicação do casal, planejar rituais familiares, negociar a redefinição de papéis pelos membros da família e motivar para atividades em conjunto.

O período de transição não normativo na família caracterizado pelo surgimento de uma doença ou agravamento da mesma causa *stress* e requer adaptação da dinâmica familiar, sendo em muitos casos difíceis de enfrentar. Contudo, as forças e recurso da família podem ser direcionados no sentido de diminuir o *stress* e desafio, a comunicação entre os membros e partilha de sentimentos e emoções podem ser usadas como estratégias de coesão. No decorrer da consulta, as questões circulares foram uma ferramenta essencial para que abordando o assunto M.T expressasse a compreensão que tem pelo estado de saúde e queixas de C.S “ eu digo isto mas sei que é da doença, até porque o médico no outro dia me disse que a doença dele causava muita dor nas pernas”, C.S sorri e refere até fico contente, até estou a ver que ela entende que eu tenho dores... porque ela resmunga muito, até às vezes resmunga só por eu não colocar a toalha na mesa. Mas às vezes nem coloco porque já estou cheia de a ouvir”. Daqui emergiu o significado atribuído à toalha “...até às vezes resmunga só por eu não colocar a toalha na mesa...”, que imediatamente foi esclarecido por M.T referindo “enfermeira, desde nova que tenho a ideia da toalha na mesa quando começo a cozinhar. E parece que se a toalha já estiver na mesa, eu até cozinho mais rápido e é tudo mais fácil. E digo-lhe sempre para colocar a toalha e ele demora tanto que eu acabo por a colocar”. O significado atribuído à colocação da toalha por M.T relacionava-se com a sua infância, uma associação atribuída a uma memória feliz e um significado positivo que a mesma gostaria de manter no seu dia-a-dia. Na sua perspetiva C.S não colocava a toalha por preguiça, porque tem dores, e porque quando lhe pedia ele demorava muito.

Se por um lado M.T refere que “ele é muito lento, enquanto espero que ele faça, faço eu...não tenho paciência”, por outro critica-o por não fazer. Emergiu a necessidade de aplicar a prescrição paradoxal, enviando dois tipos de incentivo, o de mudar e o de não mudar. Sendo verbalmente dito uma não mudança, mas a linguagem não verbal sugere a mudança “entendo que prefere que ele não faça até porque pelo que me diz não é assim tão importante para si que coloquem a toalha. Por isso nem o deixa fazer no tempo dele e vai e faz você”. Após aplicação

da prescrição paradoxal M.T responde “é importante para mim, mas irrita-me a lentidão enfermeira. Mas eu prefiro que ele coloque e eu continuo a fazer a comida” clarificando a ideia da importância da colocação da toalha, questionado C.S. sobre a perspectiva de ele colocar a toalha sempre ao almoço este refere “sim, não me importo de fazer isso”. Pela aplicação de uma questão hipotética “imagina M.T que C.S passaria a colocar a toalha na mesa todos os dias, como acha que se sentiria?”, M.T diz “ficava muito contente e menos irritada”. Assim com aplicação de uma técnica de prescrição paradoxal emerge a necessidade de aplicar os rituais familiares. Aplicação dos rituais familiares surge da necessidade de negociar a redefinição de papéis e motivar para a partilha de tarefas doméstica, sendo uma técnica usada na segunda consulta (colocar a toalha na mesa para o almoço e jantar) e na terceira consulta (colocar a toalha e tudo o necessário para a refeição na mesa).

Com aplicação do ritual C.S passou a colocar a toalha diariamente na mesa, e na terceira consulta M.T apresentava um grau de satisfação maior. Apesar de referir que tudo era para ela, salienta que a postura do marido em respeitar o significado da toalha para ela contribuiu para o equilíbrio dinâmico do sistema familiar “enfermeira ele entendeu o que para mim era colocar a toalha, e isso deixou-me mais feliz, até acho que não resmungo tanto e tenho mais paciência”, reagindo C.S validando a resposta de M.T referindo “não me custa nada, ela é que nunca me tinha dito”. Na quarta consulta, C.S mantém a colocação da toalha diariamente na mesa, contudo nem sempre coloca a mesa na totalidade para a refeição devido à dor que tem sentido diariamente nos membros inferiores. Existe uma mudança de padrão e aquisição de novas atitudes promotoras de mudança e facilitadoras do funcionamento familiar, mas ainda não há satisfação completa da díade. Considera-se assim que na dimensão de desenvolvimento a relação dinâmica foi identificada como uma necessidade da família que requereu intervenção sendo identificado o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional, que apesar de não positivar teve melhoria na perspectiva da dinâmica familiar.

Quando a díade tem uma relação satisfatória, isso tende a ter um impacto positivo nas interações familiares, na comunicação e na saúde emocional de todos os membros da família (Figueiredo, 2012). A função sexual refere-se à capacidade de um indivíduo ou de um casal em satisfazer suas necessidades e desejos sexuais de maneira saudável e satisfatória, de acordo com MDAIF a função sexual é vista como uma parte integral das relações conjugais e familiares, em que a existência de problemas na função sexual podem ter um impacto significativo na satisfação conjugal e, por extensão, na dinâmica familiar (Figueiredo, 2012). No caso desta

família quando questionada M.T se satisfeita com o padrão de sexualidade esta refere que “ já não somos novos, nem é como antigamente, mas estou satisfeita”, C.S quando questionado revela “ desde há algum tempo que não temos relações sexuais enfermeira, agora já não valorizamos tanto isso, o companheirismo é o mais importante”. O companheirismo desempenha um papel essencial na construção de relacionamentos saudáveis e duradouros, pois fortalece a conexão emocional entre os parceiros, promove uma comunicação eficaz, cria um ambiente de apoio mútuo e contribui para a felicidade e bem-estar geral do subsistema conjugal (Chatterjee, 1999). Quando os parceiros compartilham experiências, interesses e momentos significativos, eles estabelecem uma base sólida para enfrentar desafios juntos, aumentando a longevidade e a qualidade no relacionamento ao longo do tempo (Duvall et al., 1999).

Relativamente a função sexual foi referido por C.S que “desde a cirurgia cardíaca e a medicação que comecei a fazer para o coração já não consigo ter ereção”, reagindo M.T “e eu enfermeira também já não tenho vontade, por isso ambos não valorizamos”, questionados se estão satisfeitos, ambos referem que sim. O conhecimento sobre estratégias para a resolução das disfunções sexuais como, a perda de desejo sexual e a disfunção erétil, C.S salientou que inicialmente experimentaram uma medicação, mas não surtiu efeito não valorizando mais a situação. Assim, não sendo cumpridos os critérios de diagnóstico para a satisfação conjugal não mantida por interação sexual não adequada e função sexual comprometida, não existiu necessidade de intervenção.

No processo familiar no âmbito da dimensão funcional no decorrer da intervenção diagnóstica foi aplicada a de Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe concluindo-se que a família apresenta menor probabilidade de incidência de doenças. No que concerne a comunicação esta foi identificada como uma força e recurso da família possibilitando compreensão mútua, a resolução de conflitos construtiva, o fortalecimento dos laços familiares e o apoio emocional. Em termos de coping familiar foi possível inferir que é eficaz na perspetiva em que na avaliação diagnóstica quando questionados os membros da família “ quando surge algum problema, quem tem iniciativa para os resolver?”, “quando surge algum problema vocês falam sobre ele?”, “ normalmente recorrem a pessoas de fora, como por exemplo aos vossos filhos, para resolverem problemas?”, “ consideram que na vossa família existe algum membro com mais poder que outro?”, “ consideram-se ambos satisfeitos quanto à influência que cada um tem no outro?”. Surge a resposta, como a de C.S a referir que quem tem a iniciativa para resolver os problemas

é M.T, sendo que ambos concordam com esta dinâmica, e M.T refere “ gosto de fazer as coisas `minha maneira” e C.S “ Isso é ela! Eu nem me preocupo com nada” demonstrando satisfação com esta dinâmica e sorrindo. Ambos partilham que quando surge algum problema tentam resolver entre eles, não precisando de ajuda de terceiros, e C.S acrescenta que “as vezes não chegamos a decisão nenhuma, a decisão vai aparecendo com o tempo e vai tudo rolando”.

No que concerne a relação dinâmica, relativa à influencia e poder, após a questão circular diferencial “ C.S, na sua perspectiva quem é o membro da família que apresenta mais poder?” este identifica logo de imediato M.T respondendo “ é ela, e assim eu não me preocupo e ela anda feliz”, quando devolvida a questão a M.T esta concorda com a resposta dizendo “ é verdade, tudo passa por mim mas prefiro que seja assim”. Porém pelo uso de questões comportamentais como “C.S o que faz quando vê que é a M.T a decidir tudo? Sente-se satisfeito?” foi possível concluir que esta dinâmica é aceite pela díade, sendo que ambos aceitam e sentem-se satisfeitos assim, pela introdução de uma questão de escala, ambos atribuíram um valor de 8 demonstrando-se satisfeitos com a influência e poder na família. Quanto a alianças e uniões ambos referem sentir-se satisfeitos com a forma como manifestam a sua união, referindo M.T “a união é tudo, se não fossemos unidos não estaríamos há tantos anos juntos, nós somos o pilar um do outro”, a união é evidente entre os dois através de gestos, sorrisos e olhares. Relativo ao APGAR Familiar de Smilkstein, ambos consideram a família como altamente funcional.

Relativamente a crenças familiares, a crença na religião católica e a fé que ambos demonstram são um recurso para ambos, “o que ouço na igreja é uma aprendizagem para mim” refere C.S, “todos devíamos ler a bíblia ou ir a missa, ajuda-nos muito a superar os momentos piores” reforça M.T. Relativamente a M.T, na última consulta, esta considera o mais importante a otimização do bem-estar físico do marido, desvalorizando a não partilha das tarefas domésticas. No discurso, é possível constatar que são o pilar um do outro e que os filhos não são o seu suporte. Demonstram uma aliança evidente entre eles referindo M.T “nós somos o apoio um do outro...dizemos um ao outro o que achamos e pronto, fica tudo bem”, C.S refere “desde sempre conversamos muito e por isso é que estamos juntos há tanto tempo...apesar de ela resmungar, eu gosto na mesma dela”. Como continuidade de cuidados pela equipa de saúde proponho a manutenção dos rituais familiares. Como rotina diária C.S. prefere ficar por casa enquanto M.T diariamente faz caminhadas ou vai até casa das irmãs conversar um pouco. No Verão, M.T tem

por hábito ir passar uns dias de férias com uma neta, enquanto que C.S fica por casa revelando “ate prefiro, sinceramente não gosto, e elas andam muito”.

Além da avaliação e intervenção familiar é direcionado o plano de cuidados para cada elemento da família.

No que concerne ao risco de queda após aplicação da escala de Avaliação de Risco de Quedas de Morse, tanto C.S como M.T não apresenta historial de quedas, tem diagnostico secundário como a DM, não precisa de ajuda para caminhar, não faz terapia intravenosa, tem uma postura normal ao andar e na transferência, é consciente das suas capacidades e por isso apresenta um Score de 15 representando baixo risco de queda, emergindo o diagnostico sem risco de queda não requerendo intervenção de enfermagem. Concomitantemente no que concerne ao autocuidado quando aplicada a escala de Barthel, ambos apresentam o diagnostico de independente no autocuidado não requerendo intervenção de enfermagem. Quanto aos valores de HbA1C C.S apresenta 6,9 e M.T de 6,2. De acordo com o foco úlcera, através da atividade diagnostica do exame ao pé conclui-se que M.T apresenta um risco de ulcera diabética em grau reduzido, contudo C.S por historia anterior de ulcera e claudicação na marcha devido a doença arterial periférica identificada em diagnostico clinico apresenta risco de ulcera diabética em grau elevado. Considerando o risco identificado, a dimensão do conhecimento foi possível verificar que precisa de ser melhorado e assim foi elencado o diagnostico de potencial para melhorar o conhecimento para promover autovigilância dos pés, e desenvolvidas intervenções para diminuir as complicações que possam emergir, como ensinar como prevenir úlceras de pé, instruir a autovigilância do pé, instruir a cortar as unhas, ensinar sobre autovigilância. De acordo com a norma da Direção Geral de Saúde (2011a) quando existe alto risco deve-se manter uma vigilância a cada 1 a 3 meses pela equipa de saúde do pé diabético de nível II ou III, o que já acontece pois o Sr. C. já se encontra em consulta hospitalar, não invalidando o acompanhamento na USF. Assim, ao reavaliar o potencial para melhorar o conhecimento para promover autovigilância dos pés numa das seguintes consultas verificou-se que o conhecimento passou a ser uma condição facilitadora para que C.S consiga fazer a sua autovigilância. Contudo os incentivos em todas as consultas são essenciais para que este se sinta confiante e se adapte a uma rotina de autocuidado aos pés.

Os sintomas são informações importantes que os elementos da família partilham, C.S falou várias vezes da dor que sente nos membros inferiores associada à doença arterial periférica já identificada em consulta médica. Considerando a transição saúde-doença caracterizada por uma

mudança súbita no seu papel devido à alteração do seu bem-estar por um agravamento da doença crônica já diagnosticada anteriormente, e considerando o sintoma descrito por C.S torna-se prioritário ter como foco de atenção a dor. Já consciencializado e com conhecimento da cronicidade da doença e possíveis recidivas, o seu envolvimento no processo de transição esta condicionado pelo fator inibidor como a percepção de alterações no seu dia-a-dia causada pela dor. Concomitantemente a percepção por C.S de que a saúde do mesmo afeta o funcionamento familiar na perspectiva em que este não conseguiu manter adesão aos rituais familiares abordados em consulta porque o caminhar algum tempo causa dor, necessitando de pausas para descanso surgiu como um fator facilitador na perspectiva em que incentivou o a cumprir o regime terapêutico com mais rigor.

A doença arterial periférica é uma doença cardiovascular que se caracteriza pela diminuição do fluxo sanguíneo para as artérias periféricas, tendo como principais sintomas a dor tipo claudicação intermitente dos músculos, podendo evoluir posteriormente para uma dor generalizada nos tecidos do pé e perna, levando em casos extremos a amputação. A claudicação é uma dor de origem vascular, com fadiga, desconforto das extremidades inferiores, que agrava com o exercício e alivia com o repouso. Este tipo de dor induz a pessoa ao sedentarismo, diminuindo de forma progressiva a sua capacidade física e perda da mobilidade (Pedras et al.,2021). Em relação ao foco de atenção dor que emerge do processo de transição saúde-doença, no âmbito do conhecimento foi possível inferir que este precisava de ser melhorado, nesta perspectiva foi elencado o avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio de dor onde se verificou que este é uma condição inibidora da transição e nesse sentido foi monitorizada a dor através de escala numérica sendo o valor revelado de 5, nesse sentido foi necessário identificar estratégias de alívio de dor, ajudar C.S a identificar como controlar a dor através de posicionamentos e ensinar a executar técnica de distração. Quanto a C.S este também mantém acompanhamento hospitalar, cumprindo o regime medicamentoso para a dor, contudo o exercício físico tem vindo a diminuir. Considerando que o exercício é um tratamento de primeira linha da doença arterial periférica (Pedras et al.,2021) foi considerado uma necessidade a intervir.

Face aos dados colhidos relativo ao IMC com valor de 30 foi identificado o diagnóstico a C.S de obesidade, revelando um valor acima do esperado. Realizaram-se intervenções como ensinar sobre complicações, ensinar sobre padrão alimentar, incentivar a hábitos alimentares saudáveis e incentivar à ingestão de líquidos. No que concerne à importância e relação entre o peso

corporal tanto com o regime alimentar como com o regime de exercício foi possível constatar que no que concerne ao regime dietético este apresenta identidade fluida sendo que o fato de ser a M.T a cozinhar é uma condição facilitadora “ eu sei o que posso e não posso comer, por isso já que não posso fazer exercício tento cumprir e comer tudo o que ela me faz”. Relativamente ao regime de exercício, ainda não apresenta identidade fluida, quanto ao conhecimento sobre o regime de exercício foram percebidos como a necessitar de melhoria sendo assim elencado o diagnostico potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de exercício onde foram realizadas intervenções como ensinar sobre exercícios, ensinar sobre hábitos e padrão de exercício. Dado o diagnostico de não adesão ao regime de exercício como intervenções foi encorajada a tomada de decisão para comportamento de adesão e incentivado a comportamento de adesão e negociado o regime de exercício. Se a presença de dor é um fator inibidor reconhecido por C.S concomitantemente este também reconhece a necessidade de manter atividade (o conhecimento como fator facilitador). Após questões abertas e de reflexão este concluiu que não tem dor sempre, consegue fazer caminhadas de poucos minutos intercaladas com momentos de descanso. Assim inicialmente foram negociadas caminhadas de 10 min intercaladas com período de descanso, à medida que os dias iam passando em cada consulta este referia “no início já sentia dor ao fim de poucos minutos, agora já caminho 10 min”. Como intervenção futura proponho o aumento do tempo de caminhada consoante tolerância de C.S.

No que se refere a M.T esta apresenta um IMC de 28, sendo identificado o diagnostico de excesso de peso, intervenções como ensinar sobre complicações, ensinar sobre padrão alimentar, incentivar a hábitos alimentares saudáveis e incentivar à ingestão de líquidos foram realizadas. No âmbito do conhecimento relacionado com o exercício físico este foi identificado como facilitador e M.T demonstra mestria e identidade fluida quando refere “ faço caminhadas diariamente, e quando não faço noto logo a diferença no peso e na barriga”, no que concerne a regime dietético foi elencado o diagnostico de potencial para melhorar o conhecimento sobre regime dietético, e realizadas intervenções como ensinar sobre dieta e incentivar a hábitos alimentares saudáveis. Na última consulta o conhecimento foi identificado como facilitador seguindo o regime acordado, demonstrando mestria e identidade fluida no processo de autogestão individual. Assim como continuidade de cuidado sugiro o acompanhamento do regime de exercício C.S e o acompanhamento dos hábitos alimentares saudáveis de M.T.

As complicações de surgem da DM juntamente com todos as necessidades individuais identificadas em cada um dos membros do agregado familiar diminuem a qualidade de vida dos membros do agregado familiar (Karami et al., 2021). Quanto mais tempo existir um não controlo da gestão individual, de forma mais negativa a DM pode progredir aumentando o risco de surgirem mais complicações, traduzindo-se em mais períodos de probabilidade de crise familiar.

3.1.3. Ganhos em saúde na prestação de cuidados à família

Os indicadores de processo focam-se nas etapas, atividades e intervenções realizadas pelo EEECESF, com o objetivo de melhorar as práticas, garantir mais eficácia, segurança e qualidade aos cuidados prestados. Perante os objetivos atingidos com a componente clínica é possível inferir que aplicabilidade do MDAIF permitiu obter resultados positivos em indicadores relativos a áreas de atenção familiar, realçando o sucesso das intervenções dirigidas à família.

Os resultados que emergem neste relatório referem-se às dez famílias identificadas e convocadas para avaliação e intervenção familiar. No que concerne a realização da primeira consulta a taxa de adesão é de 80 %.

O plano de intervenção de acordo com as necessidades identificadas na família foi aplicado em 62,5%% das famílias. A Implementação de um plano de Intervenção tendo em conta as técnicas de intervenção ativas, a entrevista familiar sistémica e os seus princípios estiveram presentes em 80 % das famílias;

No que concerne a dimensão estrutural esta foi avaliada em todas as famílias., bem como avaliada a composição familiar (tipo de família, família extensa e sistemas mais amplos), o edifício residencial foi avaliado em 87,5% das famílias não sendo identificada nenhuma familia com edifício residencial não seguro ou negligenciado.

Também foi avaliado o rendimento familiar em 87.5% das famílias, não sendo identificadas famílias com rendimento familiar insuficiente. A precaução de segurança foi outro dos itens avaliados em 75% das famílias sendo que destas não foi identificada famílias com precaução de segurança não demonstrada. O abastecimento de água avaliado em 87.5% das famílias permitiu inferir que não foram identificadas famílias com abastecimento de água não adequado. No que

concerne ao animal doméstico, foi avaliado em 75% das famílias e destas foram identificadas 17 % de famílias com animal doméstico negligenciado;

Relativamente a dimensão do desenvolvimento foi avaliada em 50 % das famílias que frequentaram a primeira consulta. No que concerne à satisfação conjugal esta foi avaliada em 50% das famílias, sendo que em 75% das famílias foi identificado diagnóstico de satisfação conjugal não mantida, em 50% por relação dinâmica disfuncional e em 50% por comunicação familiar não eficaz. Quanto ao planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental não foram consideradas áreas a avaliar de acordo com as famílias em causa.

Relativamente a dimensão funcional foi avaliada em 50% das famílias apresentadas que frequentaram a primeira consulta. O papel de prestador de cuidados não foi considerado uma área de atenção a avaliar nas famílias em causa, no entanto o processo familiar foi avaliado em ambas em 62,5% das famílias. Relativamente aos indicadores de resultado é possível inferir que aos 10 % de famílias com animal doméstico negligenciado, após intervenção, mas devido ao óbito do animal deixou de ser uma área de atenção, sendo que obtivemos 100% com diagnóstico positivado. No que concerne aos diagnósticos relativos à satisfação conjugal positivaram 33,3%, quanto satisfação conjugal relativa a comunicação familiar positivaram 50%.

Numa visão geral, analisando os resultados é possível concluir que aplicabilidade do MDAIF permitiu obter resultados positivos em indicadores relativos a áreas de atenção familiar, realçando o sucesso das intervenções dirigidas à família.

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

Em conformidade com o descrito no regulamento das competências do EEECESF quando menciona que o EEECESF “lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, sendo capaz de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família” (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018 p. 19358), são explanados, neste subcapítulo, os critérios de avaliação de

acordo com as unidades de competência articulando com a prestação de cuidados à família ou atividade desenvolvida.

Assim é pressuposto que EEECESF mantenha a articulação com outras equipas de saúde, assegurando a mobilização dos recursos essenciais para a prestação de cuidados à família, através de uma colaboração interdisciplinar entre as diferentes equipas da saúde (ponto 2.1.1 dos critérios de avaliação do Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018), coordene a referência e orientação quando necessária para outros profissionais de saúde tendo como foco a melhoria da qualidade e o acesso a diferentes serviços oferecidos, (ponto 2.1.2, 2.1.2, 2.1.3 dos critérios de avaliação do Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018) mantendo o foco na manutenção da continuidade de cuidados (ponto 2.1.4 dos critérios de avaliação do Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018).

Primeiramente, a colaboração interdisciplinar envolve a cooperação entre profissionais de diferentes especialidades e os EEECESF, sendo um elo essencial nesse processo atuando como facilitador na comunicação e a coordenação entre equipas. Assegurando que todas as necessidades de saúde da família sejam abordadas de forma integrada, considerando não apenas os aspetos médicos, mas também os aspetos sociais, emocionais e culturais. Além disso, a referência da família a outros serviços é uma responsabilidade importante do enfermeiro, implicando a identificação das necessidades específicas da família que não podem ser respondidas pela equipa de saúde atual e encaminhando a família para serviços adicionais ou especializados. Isso pode incluir consultas com especialistas médicos, serviços de aconselhamento, apoio comunitário ou outros recursos que possam ser benéficos.

Seguindo esta premissa a importância da avaliação familiar permitiu identificar áreas de atenção como necessidades das famílias onde foi possível intervir. No caso, por exemplo da avaliação do rendimento familiar, quando realizada a atividade diagnóstica surgindo o critério de diagnóstico de rendimento familiar insuficiente, caso esse diagnóstico se confirme após uma avaliação diagnóstica mais aprofundado e por conhecimento e capacidade de gestão de rendimento de acordo com as despesas não demonstrada, uma das intervenções será requerer serviços sociais e orientar a família para serviços sociais. Assim perante o diagnóstico estamos consciencializadas para a referência e orientação que pode emergir.

Se, por um lado o direcionamento para outros serviços auxilia na melhoria tanto da qualidade quanto do custo dos serviços prestados, contribuindo para mudanças nos sistemas organizacionais, também promove a educação e o autocuidado ao educar a família sobre sua

condição de saúde, tratamento e prevenção de doenças capacitando a família a tomar decisões informadas sobre sua saúde e a adotar medidas preventivas adequadas. Usando como exemplo uma das famílias avaliadas foi possível verificar que durante a atividade diagnóstica relacionada com a dimensão estrutural, que habitação apresentava muitas escadas (barreira arquitetónica). Acrescentando a este fato, um dos elementos do subsistema conjugal tinha sido submetido a prótese total da anca, o que compromete capacidade em realizar as atividades de vida diárias, mobilidade e equilíbrio aumentando o risco de queda e impacto na dinâmica familiar. Sendo a reabilitação um período crucial (Azevedo, 2015) a referência para Equipa de Cuidados Continuados Integrados foi uma das estratégias de intervenção com o objetivo de facilitar a recuperação e colaborar com as famílias na perspetiva de manter ou mudar a dinâmica familiar de acordo com as necessidades identificadas. Mais tarde, como reflexo dessa referência, foi possível verificar que a família optou pela compra de uma plataforma elevatória, adotadas assim medidas preventivas salientando assim a importância da intervenção do EEECESF na avaliação do edifício residencial e encaminhamento. A continuidade de cuidados foi mantida pela equipa dos Cuidados Continuados Integrados, sempre com a permissão da família, e com partilha de informação entre a equipa de saúde e os outros profissionais.

De acordo com o Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros (2018), o EEECESF também deve coordenar, em diversos níveis de prevenção os cuidados de saúde à família envolvendo-se no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, fomentando uma cultura organizacional de formação, prática e de investigação, tendo como apoio os sistemas de informação e tecnologias (referente aos pontos 2.2.2, 2.2.2, 2.2.3 dos critérios de avaliação). O compromisso de impulsionar uma compreensão unificada e alinhada entre os diferentes níveis de prevenção na medida em que, juntos, se trabalhe de forma eficaz, alcançando objetivos comuns é uma mais valia na saúde familiar (ponto 2.2.4 dos critérios de avaliação), a tarefa de estimular a participação no desenvolvimento, revisão e formulação de regulamentos, leis ou políticas em prol de mudanças para melhorias (ponto 2.2.5 dos critérios de avaliação), tendo como recurso tecnologias de informação e comunicação com o objetivo de disseminar e tornar o conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar mais acessível e visível (ponto 2.2.6 dos critérios de avaliação).

O EEECESF assume uma função essencial na fomentação de uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação, desempenhando o papel de defensor da colaboração entre diferentes profissionais de saúde (ponto 2.2.2 dos critérios de avaliação do Regulamento

nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018). Através da sua participação ativa em equipas multidisciplinares, da promoção de formação interprofissional, do compartilhamento de conhecimentos e experiências, bem como da liderança em projetos de pesquisa e melhoria de processos, os enfermeiros contribuem significativamente para a criação de um ambiente de cuidado centrado no paciente, onde a comunicação eficaz e a colaboração são prioritárias, resultando em melhores resultados de saúde e na evolução das práticas clínicas. Com o objetivo de melhorar a prática e aumentar a visibilidade de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar foi sugerido à equipa responsável pela avaliação SIADAP do ACeS, que no próximo biénio, conste um objetivo de qualidade e aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional, relacionado com a área de saúde familiar, referente à avaliação da dimensão estrutural aos utentes que requerem prestação de cuidados no domicílio.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na participação ativa do planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde familiar (ponto 2.2.1 dos critérios de avaliação do Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018) atuando como elo entre as necessidades das famílias e as estratégias de saúde. Além de identificar as necessidades das famílias aquando a intervenção e avaliação familiar, os enfermeiros contribuem com insights valiosos para a elaboração de programas eficazes, implementam essas intervenções no campo e monitorizam continuamente seu desempenho em programas como o SClínico®. Ao fazê-lo, eles promovem não apenas a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, mas também contribuem para a adaptação e evolução dos sistemas de saúde, tornando-os mais centrados nas necessidades das famílias. Esta evolução científica e tecnológica, relativamente aos Sistemas de Informação em Saúde relativos à área, realça a importância dos registos de enfermagem para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Araújo, 2021). A utilização dos sistemas de informação e tecnologias disponíveis como o SClínico® (ponto 2.2.3 dos critérios de avaliação do Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018) foram recursos uteis em todas as consultas, sendo o mesmo considerado uma ferramenta de gestão e investigação produzindo conhecimento científico, inovação nos cuidados e valorização profissional (Correia & Bernardes, 2017; Chaves & Miranda, 2023).

No que concerne a formação entre profissionais de enfermagem, esta desempenha um papel crucial na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, e no atendimento centrado na família, facilitando a atualização constante das práticas clínicas e tecnologias, promove a colaboração eficaz entre os elementos da equipa e capacita os enfermeiros a incorporarem a prática baseada

na evidencia (Tourangeau et al., 2007). A aprendizagem é um processo contínuo que se estende ao longo de toda a vida de um indivíduo. Após a formação inicial, que proporciona as competências necessárias para a atuação profissional, surge a necessidade de aprimoramento e aquisição de conhecimentos, a fim de acompanhar os avanços tecnológicos e científicos em constante evolução. Nesse contexto, o papel da educação permanente, em especial a formação no local de trabalho, desempenha um papel crucial (Relvas, 2018). Os enfermeiros estão cada vez mais imersos em um processo constante de desenvolvimento profissional, no qual a autoaprendizagem, a educação continua e a formação em serviço desempenham um papel fundamental em sua trajetória considerando-se fundamental enfrentar os desafios que os enfermeiros encontram em sua prática diária (Relvas, 2018).

A ação de formação tem como objetivo dar resposta ao critério de avaliação 2.2.2 e 2.2.6 do Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros (2018) sobre as competências EEECESF no que concerne ao promover “uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais” (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018, p.19359) e o uso “tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar” (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018, p.19359).

Aliando a relevância da formação com a importância do recurso aos sistemas de informação, foi promovida uma ação de formação que permitiu agrupar estes importantes temas. A formação deve atender não apenas às necessidades do grupo profissional de enfermeiros, mas também às necessidades individuais de cada um, devendo ser planeada e organizada levando em consideração a estrutura da instituição e o focar no desenvolvimento de competências relevantes para os ambientes de trabalho específicos (Relvas, 2018). Para o sucesso da formação é necessário um planeamento adequado e adaptado às necessidades dos enfermeiros.

De acordo com Guy Le Boterf um plano de formação é uma ferramenta estratégica que visa o desenvolvimento de competências dentro de uma organização, definindo diferentes etapas importantes para a evolução de um plano (Boterf, 1991, como citado em por Relvas, 2018).

Inicia-se pela análise cuidadosa das necessidades de competências da organização e necessidades individuais, identificando as lacunas de competências existentes (Boterf, 1991, como citado em por Relvas, 2018). Com base nas necessidades identificadas pela equipa aos enfermeiros de família da USF, iniciou-se a planificação para concretização da ação de formação sobre avaliação e intervenção familiar bem como o registo no SClínico®. Análise das

necessidades foi realizada através da aplicação de um questionário desenvolvido com o recurso aplicação do Google Forms e enviado aos 8 elementos da equipa de enfermagem para preenchimento (ANEXO IV). Este questionário abrange uma série de perguntas que começam com informações pessoais, como idade, habilitações académicas, formação na área de enfermagem de família, tempo de exercício na profissão e tempo de serviço em cuidados de saúde primários. A seguir, as questões direcionam-se para a identificação de formação relacionadas à área de intervenção familiar, isso inclui referir se tem formação sobre MDAIF, avaliar o conhecimento sobre o MDAIF, bem como a perceção da família como cliente. Posteriormente as questões são direcionadas para os registos clínicos, abordando se consideram importante realizar registos, se estão familiarizados e registam no programa de saúde familiar, se valorizam avaliação e intervenção familiar, se dão importância à compreensão das interações entre os membros da família. Por fim, o questionário avalia a perceção acerca do grau de competência no que concerne à documentação do processo de enfermagem das diferentes dimensões do MDAIF no SClínico® e do grau de competência na abordagem familiar.

Em seguida, procedeu-se à análise dos resultados obtidos por meio do questionário aplicado, o que permitiu chegar à seguinte conclusão: 85 % entra-se entre os 31 e os 49 anos de idade, e 14% acima dos 50 anos de idade, apresentam na totalidade mais de 16 anos de profissão, sendo que 100% tem um tempo de serviço em cuidados de saúde primários superior a 16 anos, quanto ao nível de formação académica 85% tem grau de licenciatura e 14% tem grau de mestrado. No que se refere à formação em enfermagem de família era possível escolher mais que uma opção, pelos resultados obtidos 57% receberam formação continua formal (4), 42% (3) recebeu formação de família em contexto académico, 14% (1) considera que o conhecimento adveio da auto-formação e 14% (1) refere que nunca fez formação. Relativamente a ter formação sobre MDAIF 14% (1) não respondeu e 86% (6) das enfermeiras responderam positivamente, 86% consideram que na perspetiva de saúde familiar a família é o contexto e 14 % refere que a família não é o contexto. Quanto ao avaliar o conhecimento sobre o MDAIF 14 % refere não conhecer sendo que as restantes conhecem. Relativamente aos registos clínicos todas validam a sua importância positivamente, 86% conhece o programa de saúde da família, mas ninguém faz registos no âmbito do programa de saúde familiar. Simultaneamente todas valorizam avaliação e intervenção familiar sendo que 43% (3) considera importante, e 57 % (4) considera extramente importante. Relativamente à perceção acerca do grau de competência no que concerne à documentação do processo de enfermagem (registos no Sistema informático) a muitas das áreas de atenção não foi atribuído qualquer grau de competência, contudo foi na dimensão

estrutural e na dimensão funcional que emergiram com maior frequência os totalmente incompetente ou incompetentes sendo por isso as áreas valorizadas na formação. Por fim foi possível perceber que 100% considera importante a avaliação e intervenção familiar, e relativamente ao grau de competência para fazer abordagem familiar 14% considera-se muito competente, 28 % considera-se competente e 58% com competência moderada.

Após análise das necessidades, emerge a definição dos objetivos claros para o plano de formação. Do plano de formação inclui a seleção de conteúdos de aprendizagem relevantes e métodos de ensino apropriados. Isso pode incluir cursos, workshops, momento práticos, aprendizagem online e outros recursos educacionais (Boterf, 1991, como citado em por Relvas, 2018). Assim foram elaborados os seguintes documentos: o plano de sessão (ANEXO V) e as folhas de presença (ANEXO VI).

A sessão teve a designação de “Enfermagem de Saúde Familiar... e agora ?” (ANEXO VIII), com data a 31 de Maio , com o objetivo geral de no final da formação que os formandos deverão ser capazes de desenvolver um plano de cuidados tendo a família como cliente, como objetivos específicos foi definido que no final da sessão os enfermeiros demonstrem conhecimentos para registar no programa de saúde da família no SClínico® e que no final da sessão os enfermeiros sejam capazes de registar no programa de saúde da família no SClínico®. No plano de sessão foram estabelecidos objetivos específicos para cada momento da formação, e dos conteúdos salienta-se a apresentação dos intervenientes, a comunicação dos objetivos, a definição de conceitos e características das famílias, abordagem da família como cliente e alvo dos cuidados;, apresentação da matriz operativa do MDAIF, com realce na dimensão estrutural e dimensão funcional (Processo familiar) e o paralelismo entre o MDAIF e o SClínico® através da visualização de slides de apoio e análise e discussão de estudo de caso. Como recursos foram usados o computador e o projetor multimédia, e o método usado foi o expositivo, o demonstrativo ativo, e o interrogativo (ANEXO V).

No que concerne a folha de presenças esta faz parte de um dos documentos presentes na formação, em que todos os elementos colocam o seu nome e a sua assinatura confirmando a presença, sendo que no total estiveram presentes duas alunas do curso de Licenciatura de Enfermagem no total de oito profissionais na sala de reuniões (ANEXO VI). No plano de formação é essencial incluir mecanismos de avaliação para medir o progresso e os resultados, sendo importante avaliar não apenas o conhecimento adquirido, mas também a aplicação das competências no ambiente de trabalho (Alves, 2009), assim no final da formação foi aplicado

um questionário relacionado com a percepção dos formandos (ANEXO VII). Uma semana após a formação foi enviada para cada enfermeiro o questionário dos diagnósticos de necessidades para posterior comparação dos resultados com os anteriores, e de forma a avaliar as mudanças comportamentais cada colega ao fim de duas semanas deve ter registos no programa de saúde da família em pelo menos duas famílias.

Do questionário sobre avaliação global da formação deste consta avaliação dos conteúdos programáticos como os conteúdos da ação de formação, sua estrutura, interesse, adequados dos métodos aos temas tratados, equilíbrio entre a exposição teórica e a prática e a duração da ação de formação. No que se refere avaliação da formadora é solicitada a opinião sobre o domínio e clareza na exposição dos conteúdos, o estímulo à participação, o relacionamento com os formandos, a capacidade para motivar e a pontualidade. Da organização sugere-se avaliação da qualidade e adequação das instalações e equipamentos, das condições físicas e carga horária da sessão. A avaliação Global é outro item a ser avaliado pelos formandos onde se questiona quanto à concretização dos objetivos propostos, se a ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos, se o nível de matérias tratadas foi adequado ao nível de conhecimento e se recomendaria a formação aos seus amigos/ colegas. No final em livre escrita poderiam ser escritas sugestões, comentários ou críticas.

Relativamente ao questionário relacionado com a percepção dos formados, 75 % cotaram os conteúdos programáticos e métodos como excelentes e 25 % como muito bons. Quanto ao formador 100% refere como excelente. Quanto à organização, no que respeita à qualidade e adequação das instalações e equipamentos e às condições físicas 75 % referem excelentes e 25 % muito bom, quanto à carga horária 12, 5% consideraram bom, 25% muito bom e 62,5 excelente. Em concordância com estes dados apresentados, surge avaliação global da ação da formação, que de forma geral foi considerada excelente por todos os participantes.

Uma semana após a formação, foi enviado, para cada enfermeiro, o questionário de avaliação dos conhecimentos adquiridos. Deste questionário fazia parte as mesmas questões relativas a saúde familiar, aplicadas no diagnóstico das necessidades formativas enviado inicialmente. Com os resultados obtidos foi possível constatar que no que se refere à formação em enfermagem de família 50% (4) referem ter recebido formação contínua formal, 50% (4) recebeu formação de família em contexto académico. Relativamente a ter formação sobre MDAIF 100% das enfermeiras responderam positivamente, na perspetiva de saúde familiar a família ser o contexto 62,5% refere que a família não é o contexto. Relativamente aos registos clínicos todas

validam a sua importância positivamente, 100% conhece o programa de saúde da família, e 62,5% já iniciou registros no âmbito do programa de saúde familiar. Simultaneamente todas valorizam avaliação e intervenção familiar sendo que 100% considera extremamente importante. Relativamente à percepção acerca do grau de competência no que concerne à documentação do processo de enfermagem (registos no Sistema informático) tal como inicialmente a algumas áreas não foi atribuído qualquer grau de competência, contudo na dimensão estrutural 100% consideram-se competentes e na dimensão funcional na área de atenção do processo familiar 62,5 % considera-se competentes e 37, 5% considera-se muito competente. Por fim foi possível perceber que 100% considera importante a avaliação e intervenção familiar, e relativamente ao grau de competência para fazer abordagem familiar mantem-se os mesmos valores.

Comparativamente aos resultados iniciais verificou-se que relativamente: ao conhecer o programa de saúde da família o valor passou de 86% para 100% demonstrando que a formação permitiu dar a conhecer o programa; quanto aos registos no programa no âmbito de saúde familiar de 0% passou para 62,5%; todas valorizam avaliação e intervenção familiar antes e depois contudo é de salientar que no final todas consideram atribuem o valor máximo de extrema importância; no que concerne à percepção acerca do grau de competência na documentação do processo de enfermagem inicialmente consideravam-se incompetentes na dimensão estrutural ou na dimensão funcional, sendo que no final 100% consideram-se competentes na dimensão estrutural, e na dimensão funcional na área de atenção do processo familiar 62,5 % considera-se competentes e 37, 5% considera-se muito competente. Assim é possível inferir que o momento formativo permitiu aprendizagem e sensibilização quanto à Saúde Familiar.

Analogamente em relação à mudança comportamental, foi verificado manualmente no SClínico® se as enfermeiras presentes na formação passaram a fazer o registo da avaliação e intervenção familiar na área da saúde da família, verificando-se que: 75% das enfermeiras abriram o programa de saúde da família em 2 famílias, das quais 100% preencheu a avaliação inicial familiar, 75% preencheu os registos referentes a avaliação do processo familiar, 100% a crença religiosa, 75 % a habitação e 100% aos rendimentos .

A importância de um profissional de saúde se manter em constante formação é fundamental para garantir a qualidade e eficácia dos cuidados prestados, bem como para acompanhar os avanços constantes na área da saúde (Moraes, 2019). A formação contínua permite que os

profissionais atualizem seus conhecimentos e habilidades, estejam cientes das últimas descobertas científicas e inovações tecnológicas, adotem melhores práticas de atuação, traduzindo-se em uma melhor cultura de segurança para os membros da família bem como uma melhor capacidade dos profissionais para lidar com desafios emergentes (Reis, 2012). Concomitantemente com esta ideia, e também de acordo com o Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros (2018, p.19359) no que concerne ao critério de avaliação 2.2.6 que salienta que o enfermeiro “Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar” , a busca incessante por novo conhecimento e assimilar de novas competências é possível ser visível pelas diversas atividades realizadas.

A nove de maio participou e proferiu o painel com o tema Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias Nucleares com Membros do Casal Portadores de DM Tipo 2 no Seminário de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar integrado na NursID Spring School 2023 na Escola Superior de Enfermagem do Porto (Anexo X e XI). A quinze de maio participou no XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo XII). A vinte e um de abril foi apresentada a Comunicação Oral “Fatores da Sexualidade que Influenciam a Satisfação Conjugal: uma Scoping Review ” na “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração” no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, tendo como autores Marta Pinheiro de Oliveira, Maria João Ferreira da Silva, Carla Alexandra Silva Alves, Susana Mónica Almeida Silva e Maria Henriqueta Figueiredo (Anexo XIII).

Atualmente como membro da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, fazendo parte da Comissão de Inovação e Desenvolvimento da SPESF colaborando na evolução da EECESF.

No âmbito da organização de eventos científicos é membro constituinte da comissão organizadora do V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar a realizar-se a 26,27 e 28 de Outubro de 2023 na Escola Superior de Saúde da Universidade dos Açores (<https://spesf.pt/comissao-organizadora-3/>).

A promoção e visibilidade do conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar por meio das tecnologias de informação e comunicação é essencial para capacitar os enfermeiros a fornecer cuidados de qualidade centrados na família. Isso pode ser alcançado através da criação de

plataformas online, como websites (Schuhmann et al., 2012), da utilização de redes sociais para compartilhar informações (Moorhead et al., 2013), da organização de webinars e cursos online (Greenwood et al., 2015), da criação de bibliotecas digitais (Khalifa et al., 2015), da produção de podcasts e vídeos educacionais (Lewis et al., 2018), da colaboração com universidades para programas de ensino a distância (Eichner & Staggers, 2016), e da divulgação de pesquisas em revistas científicas online (Johnson, 2018). Essas estratégias fortalecem a base de conhecimento dos enfermeiros, promovem melhores práticas e garantem que as famílias recebam cuidados de enfermagem eficazes e compassivos (ponto 2.2.6 dos critérios de avaliação do Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018)

A participação ativa do enfermeiro no desenvolvimento de legislação e políticas sociais relacionadas à saúde e aos direitos da família é de bastante importância, pois estes possuem um conhecimento prático e aprofundado das necessidades das famílias em contextos de saúde (Lefley, 1995). Essa participação permite que os enfermeiros contribuam com informações valiosas para a formulação de políticas que abordem questões de saúde familiar de maneira eficaz e sensível (Cunha et al., 2021), garantindo que as políticas estejam alinhadas com a realidade das famílias (ponto 2.2.5 dos critérios de avaliação do Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018)

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se avaliar as atividades e aprendizagens realizadas na componente clínica, tendo como ponto de partida as competências (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros, 2018), discuti-las e fazer uma apreciação crítica das mesmas. Também é abordado o quanto esta influenciou o consolidar de competências, alcançando os objetivos propostos inicialmente que abrangem o cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros e desenvolver competências para liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Durante a prática clínica foi desenvolvida uma relação empática e colaborativa com a família, com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças e lidar com situações complexas. Isso envolveu não apenas a prestação de cuidados, mas também a capacidade de ouvir atentamente a família revelando disponibilidade e interesse genuíno, fornecer informações relevantes, orientação e apoio emocional. Ao construir essa relação o enfermeiro estabelece uma base sólida para: a educação em saúde estimulando a conquista dos objetivos identificados pelo sistema familiar, o desenvolvimento de um plano de ação com a família com o objetivo de prevenir doenças, promove a saúde e gere condições de saúde crônicas, trabalha em conjunto com a família para alcançar o bem-estar e a qualidade de vida desejados.

No caso de transições complexas, como transições resultantes de um período de doença de um dos membros da família, foi necessário atuar como um facilitador, ajudando a família a compreender e responder às situações de transição complexa como a adaptação a novas condições de saúde. Tendo em conta as perspetivas, valores e necessidades da família, foi necessário fornecer informações claras, responder a perguntas, ouvir as preocupações da família e garantir que todos os membros compreendam as mudanças necessárias. O apoio emocional emerge como foco essencial e a capacitação dos membros da família para tomar decisões informadas gerindo a saúde promoveu adaptação a novos cuidados, a implementação de estratégias de autocuidado e o acesso a recursos de apoio.

Com o recurso a uma abordagem holística centrada na família e nos seus membros, considerou a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, crenças culturais e espirituais, bem como diversos fatores ambientais e recursos familiares nas respostas a situações complexas de saúde. Assim denotou-se a valorização e compreensão das dimensões

emocionais, sociais, culturais e ambientais da saúde e da doença, destacando-se a importância de uma prática do EEECESF sensível e culturalmente competente, baseada em evidências, para proporcionar cuidados de qualidade e alcançar resultados positivos.

A empatia foi essencial em todo o processo, permitindo estabelecer um relacionamento de confiança, facilitar a comunicação eficaz, promover o conforto emocional e contribuir para o bem-estar geral da família. A constante demonstração de compreensão e respeito pelas emoções, o adaptar a comunicação de acordo com as necessidades, o demonstrar disponibilidade e criatividade para responder às necessidades identificadas, foi essencial. A comunicação circular, os silêncios necessários, as lágrimas que emergem de afastamentos familiares, sorrisos por nascimento de netos, angústias por perdas de capacidades físicas, histórias de vida como as de ex-combatentes de guerra, doenças, transições, filhos e filhas como rede de apoio magnífico, netos fantásticos, alcoolismo, violência física. A complexidade familiar exigiu uma procura de evidência científica atualizada e uma intervenção cuidadosa.

Uma intervenção diagnóstica cuidadosa e sistemática relacionadas ao sistema familiar, envolveu a obtenção de dados relevantes, como: histórico familiar e hereditário, condições de saúde atuais, hábitos de vida, fatores ambientais e sociais, preocupações específicas relatadas pela família, relações entre os diferentes membros da família, comunicação e outras áreas de atenção. Essa colheita de dados abrangente serviu de base para a avaliação da família, permitindo identificar áreas de necessidade, forças e recursos da família.

Através do desempenho de um papel analítico e crítico ao avaliar a dinâmica familiar, o binómio saúde e doença e os fatores ambientais, é possível constatar a influência desses nos cuidados ao sistema familiar, e colaborar com a família na adoção de decisões informadas sobre cuidados de saúde. Foi possível reconhecer que cada família tem sua própria dinâmica, incluindo relações, comunicação, papéis e interações. Essa análise permitiu entender como esses aspetos afetam a saúde e o bem-estar da família, bem como, se a forma como a família responde aos desafios de saúde, influencia cada membro da família. Em simultâneo foi possível verificar o quanto a saúde ou doença está interligada ao sistema familiar implicando muitas vezes mudanças na sua estrutura e dinâmica. Como exemplo da importância da análise das dinâmicas, foi identificado o diagnóstico numa família de satisfação conjugal não mantida por comunicação não eficaz devido à não satisfação do casal com o seu padrão de comunicação. Assim a área da comunicação é identificada como uma necessidade, tendo por base a evidência científica, é

possível referir que a saúde emocional pode estar afetada emergindo problemas como a ansiedade ou depressão. Ao reconhecer este diagnóstico, a intervenção preventiva é essencial.

O ambiente em que a família vive também é uma área de atenção, como condições habitacionais, saneamento, limpeza, água, exposição a riscos, animal doméstico e como estes podem impactar a saúde da família. Quanto aos fatores ambientais estes impactam a saúde do sistema familiar, daí por exemplo quando foi identificado o diagnóstico de animal doméstico negligenciado em que o cão nunca tinha sido vacinado nem desparasitado o potencial risco para o sistema familiar foi identificado, as intervenções foram direcionadas de forma a promover o conhecimento para que a família tomasse decisões informadas e participasse ativamente no seu próprio cuidado, e orientar para medidas preventivas. Assim o trabalho em conjunto com a família para desenvolver intervenções de enfermagem personalizadas e específicas para as necessidades da família foi essencial. Contudo avaliação contínua foi fundamental para garantir que as intervenções fossem eficazes e relevantes, reduzindo o risco. A intervenção realizada permitiu a potencialização das forças, recursos e competências dos elementos da família permitindo que a família concretizasse as mudanças de acordo com o que esperavam no sentido de responder às necessidades identificadas

As rotinas fixas como uma sequência regular de atividades ou tarefas realizadas em horários predefinidos e que tendem a se repetir diariamente ou em intervalos regulares, foi uma constante em todas as famílias. Foram identificados padrões consistentes, que não variavam de um dia para o outro relacionadas com horários de acordar, de fazer refeições, dias fixos de ir à missa, rotinas de tarefas domésticas, de exercício físico, de lazer. Foi evidente que, se para alguns casais uma rotina fixa é benéfica pois ajuda a gerir o tempo, reduzir o *stress* e promover a eficiência nas atividades diárias. Para outros a rigidez de uma rotina fixa era restritiva, sendo dificultadora da introdução de dinâmicas familiares diferentes. Numa perspetiva geral, as dinâmicas familiares estão em constante evolução e mudança, sendo em muitos casos influenciadas por diversos fatores como a idade, desenvolvimento pessoal, eventos familiares, fatores económicos, transições familiares ou individuais, contudo dada a auto-organização vincada e a complexidade inerente às famílias, foi necessário usar técnicas que permitiram reunir um conjunto de habilidades para potencializar as forças, recursos e competências da família.

O recurso a técnicas de intervenção na identificação de pontos fortes, crenças, e significados e na intervenção face a necessidades familiares e individuais, permitiu quebrar barreiras de

comunicação dentro da família permitindo que os membros expressassem seus sentimentos referindo pensamentos de maneira mais aberta e criativa e, concomitantemente, facilitou o envolvimento ativo dos membros da família e sua compreensão mútua. Facultou também a sensação de espaço seguro para a expressão de emoções como o chorar e discussão de temas difíceis como a interação sexual ou desentendimentos com a família extensa, viabilizaram soluções inovadoras como aplicação de rituais familiares para responder a necessidades familiares que anteriormente não tinham sido identificadas criando motivação, criaram memórias significativas e simbólicas podendo ser encaradas como uma memória positiva para a família como quando na consulta olham um para o outro e referem “eu gosto de ti na mesma” e permitiram a visualização de diferentes perspectivas criando mais compreensão mútua levando à reflexão sobre comportamentos e atitudes em família quando salientam “nunca tinha visto isso por esse prisma”.

A prescrição paradoxal, considero ter sido uma das técnicas de intervenção ativa mais difícil de aplicar, porque ao primeiro impacto parece uma prescrição contraditória e oposta ao objetivo definido pelo membro da família, contudo o objetivo é interromper padrões disfuncionais e permitir uma nova perspectiva de mudança. Uma família em que um dos elementos tinha queixas constantes da não partilha das tarefas domésticas, mas não aceitava que o outro membro do subsistema conjugal fizesse, por um lado não estava satisfeita, mas não aceitava que ele fizesse. A sensibilidade e consideração pelas necessidades e características específicas do sistema familiar devem ser valorizadas aumentando assim a eficácia da aplicabilidade da técnica, reduzindo a probabilidade de sensação de ridicularização por parte do enfermeiro.

A criação de um ambiente onde os elementos da família se sentissem seguros para a discussão de temas considerados de maior sensibilidade para a família, como a comunicação quando referem que não estão satisfeitos ou a satisfação conjugal quando abordam temas como a disfunção erétil, na consulta é determinante para o sucesso das intervenções. Nas consultas foi necessário desenvolver com a família formas de resolução de conflitos como as relacionadas com a distribuição de responsabilidades, por outro lado foi necessário gerir as emoções mais desafiadoras oferecendo suporte emocional ajudando-a a lidar com emoções como ansiedade, medo, raiva ou tristeza, recorrendo a técnicas de intervenção, reduzindo assim o impacto negativo no sistema familiar de todas os conflitos e emoções.

O recurso a instrumentos de avaliação familiar foi importante, como por exemplo o uso do genograma permitiu visualmente, por exemplo, entender a história familiar, o histórico de saúde

dos membros da família, incluindo doenças hereditárias e condições médicas crônicas considerados significativos, como o caso de famílias em que os elementos referem “já o meu pai era diabético”. Por outro lado, foi usado como ponto de partida para conversas importantes sobre saúde para a promoção de hábitos saudáveis e estratégias de prevenção. Também auxiliou na identificação de conflitos familiares, traumas, dinâmicas consideradas pelos membros como não funcionais e união familiar, bem como permitiu construir uma relação mais empática pela demonstração de interesse na história e nas circunstâncias familiares.

Em díades com idade avançada, a mudança é algo difícil e que apesar de não sentirem necessidade de mudar não se sentem satisfeitos. As rotinas estabelecidas e dinâmicas de anos permitiram um reajuste familiar onde a mudança não é um objetivo. Dando o exemplo de uma família que um dos membros da família refere não estar satisfeito com a forma como expressam os sentimentos, contudo termina a dizer “já estamos juntos há tantos anos, que já me habituei e já nem valorizo” não identificando esta como uma necessidade.

Existiu uma colaboração essencial entre o enfermeiro e a família, destacando o papel do enfermeiro como um facilitador e parceiro no desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado, que teve como objetivo alcançar os resultados desejados pela família. A garantia da personalização dos cuidados reconhecendo que cada família é única e requer uma abordagem individualizada, em que esta tem o poder de decidir quais as mudanças e o tempo que precisam para elas, sendo eles os autores da sua própria história e os enfermeiros apenas colaboram na concretização das mudanças planejadas face aos resultados esperados, na perspectiva de facilitadores da resposta da família. Outro dos pontos essenciais é o dar o feedback à família de maneira sistemática, com foco nos pontos fortes reconhecendo suas habilidades, resiliência e recursos internos como por exemplo a capacidade de adaptação perante o inesperado. Um feedback construtivo destaca as conquistas e os esforços positivos da família permitindo reforçar a auto-estima de cada membro da família, as suas competências, fortalecendo vínculos e coesão familiar.

A prestação de cuidados à família não apenas dependeu do conhecimento específico de enfermagem, mas também de informações e insights de diversas áreas de conhecimento para tomar decisões informadas e bem fundamentadas em relação aos cuidados de saúde. Isso reflete a natureza complexa e abrangente da intervenção do EEECESF, que envolve a compreensão não apenas das questões clínicas, mas também das dimensões sociais, culturais e psicológicas do cuidado ao sistema familiar. Essa abordagem ampla e multidisciplinar é

fundamental para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem e por isso enfatizada neste relatório.

A capacitação da família na definição de metas e expectativas que promovam a sua própria saúde foi constante na intervenção, nessa perspectiva a atuação foi como um facilitador, fornecendo informações e educação em saúde, encorajando a participação ativa da família nas decisões relacionadas ao seu bem-estar. De forma colaborativa foram identificadas metas de saúde específicas, as estabelecidas expectativas realistas e a promovida a autonomia da família em relação aos cuidados de saúde. Essa abordagem centrada na família e na capacitação é fundamental na enfermagem de saúde familiar, reconhecendo o papel fundamental da família. Cada consulta foi um momento de monitorização e avaliação, dos objetivos que pretendiam atingir, das mudanças já ocorridas, das diferentes dinâmicas, de necessidades percebidas, dos recursos que ainda poderiam usar, priorizando assim a família e os seus elementos contribuindo significativamente para o bem-estar do sistema familiar e para o sucesso da enfermagem de saúde familiar. A identificação dos diagnósticos, traduzindo as forças e recursos ou necessidades permitiram estabelecer os objetivos, e, por conseguinte, as intervenções promotoras de mudança identificadas pela família. Face às necessidades o empenho do sistema familiar é crucial.

No final da intervenção familiar é sempre necessária uma avaliação dos resultados e uma avaliação da própria intervenção no sentido de melhorar a prática e a sua efetividade promovendo um desenvolvimento pessoal e profissional continuo demonstrando competências no pensamento e análise crítica de enfermagem de saúde familiar. Assim emerge o envolvimento ativo e intencional durante todo este percurso na prática de enfermagem de saúde familiar sendo crucial para proporcionar cuidados eficazes e centrados na família.

5. CONCLUSÃO

O objetivo deste relatório foi descrever e refletir sobre as atividades realizadas, tornando-se essencial a abordagem reflexiva e descritiva para avaliar e documentar o progresso da aprendizagem durante o estágio, tendo como ponto de partida as famílias em que ambos os elementos do casal eram portadores de DM tipo 2.

Assim foram destacadas as atividades específicas realizadas como a avaliação e intervenção familiar tendo como modelo operativo de referência o MDAIF, as situações enfrentadas, os desafios superados e as conquistas alcançadas ao longo do período de estágio. Além disso, foram analisadas as intervenções que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns exigidas como Enfermeiro Especialista, bem como aquelas específicas para a Enfermagem de Saúde Familiar.

A utilização do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial teórico e operativo demonstrou ser altamente relevante. Sendo facilitador da avaliação das famílias, a identificação de seus recursos, forças e necessidades específicas, permitindo, assim, a elaboração de planos de intervenção personalizados que abordassem de maneira adequada essas questões. Assim ficou perceptível que MDAIF reconhece a intrincada complexidade dos sistemas familiares e enfatiza o papel colaborativo do enfermeiro, incentivando o fortalecimento das forças, recursos e habilidades do sistema familiar. Após a implementação das intervenções familiares com base no Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar, observou-se melhorias significativas na saúde familiar ressaltando que os diagnósticos positivos resultantes das intervenções indicam claramente que a aplicação do MDAIF contribuiu para transformações positivas no bem-estar do sistema familiar, exercendo um impacto positivo e duradouro na saúde dos membros do agregado familiar. A avaliação abrangeu não apenas a família como um todo, mas também considerou a individualidade de seus membros com base na Teoria das Transições fornecendo uma estrutura para compreender e agir considerando a natureza, condições e respostas à transição experimentada por cada membro. Com essa abordagem, os cuidados prestados aos membros individuais foram projetados para impactar positivamente toda a família, assegurando uma prestação de cuidados holística e eficaz.

A intervenção baseada no Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e na Teoria das transições trouxe à tona a necessidade imperativa da aplicação de técnicas ativas no contexto da enfermagem de saúde familiar pelo reconhecimento da complexidade do sistema familiar, das suas características dinâmicas e complexas, onde as interações, relações e processos, estão sempre em evolução. A aplicação de diferentes técnicas permitiu uma maior envolvimento da família, melhorou a eficácia das intervenções, mas também promoveu a autonomia das famílias na tomada de decisões.

A relação entre os membros da família e o enfermeiro é um elemento fundamental na enfermagem de saúde familiar. Essa ligação é um pilar que sustenta a eficácia dos cuidados prestados, pois está intrinsecamente ligada à confiança, comunicação aberta e colaboração mútua. Quando os membros da família confiam no enfermeiro, estão mais dispostos a compartilhar informações essenciais sobre sua saúde, necessidades e preocupações. A partilha constante e a disponibilidade da maioria das famílias permitiu concluir que estas sentiram o empenho, disponibilidade e preocupação demonstrada no bem-estar do sistema familiar.

O local de estágio e a equipa de saúde que acompanhava as famílias foram aspetos determinantes no sucesso das atividades planeadas e realizadas. A acessibilidade a todos os profissionais e como estes colaboravam para facilitar adesão a família foi fundamental para a prestação de cuidados.

Sendo enfermeira há quinze anos e prestando cuidados numa USF, foi surpreendente encontrar diferentes dinâmicas de trabalho e famílias tão diversas em comparação com as que atendia dentro da mesma área geográfica. Essa experiência enriquecedora destacou a ideia de que a diversidade é um catalisador do conhecimento, proporcionando uma visão diversificada, mas única e valiosa da enfermagem de saúde familiar.

Após a conclusão deste percurso, surgiu uma maior percepção sobre vários aspetos cruciais. Como o entendimento mais profundo das fases do processo que permitem a prestação de cuidados, bem como uma apreciação mais atenta das áreas de atenção familiar que antes eram menos enfatizadas, mas agora têm grande importância. A comunicação também se tornou outro foco de grande atenção, permitindo conhecer as perspetivas de todos os envolvidos, a abordagem colaborativa do enfermeiro e a manutenção de uma dissociação adequada foi fundamental. Outros elementos que ganharam destaque incluem a compreensão dos significados individuais atribuídos, a influência das crenças nos comportamentos, a aplicação da entrevista motivacional como uma técnica de intervenção, entre outros aspetos relevantes. Essa

sensibilização aprimorada destaca o crescimento e o enriquecimento do conhecimento e das habilidades no contexto da enfermagem de saúde familiar.

A finalização deste mestrado simboliza um ponto de viragem significativo na trajetória profissional destacando a importância da Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar como uma especialidade, renovando o compromisso com a excelência no cuidado de saúde. Além disso, o foco no Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar e na família numa perspectiva sistêmica ressalta a compreensão abrangente das complexidades envolvidas no cuidado da saúde familiar. Essa abordagem sistêmica reconhece que a saúde de um indivíduo está intrinsecamente ligada à saúde do sistema familiar e vice-versa. A decisão de inscrição na Especialidade em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar foi um passo fundamental para melhorar o atendimento à família e promover a saúde num nível mais amplo refletindo um compromisso valioso em fornecer cuidados de qualidade, centrados na família, que podem ter um impacto positivo duradouro na comunidade.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica*. (3ª edição) Quarteto Editora. Biblioteca Aberta do Ensino Superior da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10849/34>
- Alves, J. U. P. (2009). *Desconstruir desconstruindo um novo modelo de formação* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/80541>
- Amaro, C. E. R., Félix, P. E. M., & Solano, B. G. (2022). Revisión sistemática: a poyo familiar y control glucémico en adultos con diabetes tipo 2. *Revista de La ALAD*, 12(2), 56–64. <https://doi.org/10.24875/ALAD.22000011>
- Arantes, C. S. S. (2017). *Úlcera do pé diabético e a doença arterial periférica*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/31185>
- Araújo, P. J. F. A. S. (2021). Registos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras por pressão em utentes dependentes, numa unidade de saúde familiar. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro). Repositorio Institucional Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/32861>
- Azevedo, T. S. M. (2015). *Reabilitação, no domicílio, da pessoa com prótese total da anca*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1434>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Baptista, M. N., & Teodoro, M. L. M. (2012). *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção*. Artmed.

- Barbosa, N.G., Zanetti, A. C. G., & Souza, J. (2021). Genogram and ecomap as ludic strategies for teaching nursing in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), 1–4. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1106>
- Basinger, E. D. (2018). Explicating the Appraisal Dimension of the Communal Coping Model. *Health Communication*, 33(6), 690–699. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1300208>
- Basinger, E. D., Caughlin, J. P., & Wang, N. (2018). *Examining discrepancies between actual and desired communal coping with type 2 diabetes*. *Personal Relationships*, 25(4), 538–564. <https://doi.org/10.1111/per.12259>
- Bennich, B., Munch, L., Overgaard, D., Konradsen, H., Knop, F., Roder, M., Vilsboll, T., & Egerod, I. (2020). Experience of family function, family involvement, and self-management in adult patients with type 2 diabetes: A thematic analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(2), 621–631. <https://doi.org/10.1111/jan.14256>
- Berry, E., Davies, M., & Dempster, M. (2019). Exploring perceptions of emotional distress among couples living with Type 2 diabetes and diabetes healthcare providers and considering support needs. *Diabetic Medicine*. <https://doi.org/10.1111/dme.14052> disponível em [Microsoft Word - Berry Davies Dempster 2019 \(qub.ac.uk\)](https://qub.ac.uk/microsofword/Berry_Davies_Dempster_2019)
- Bertalanffy, L. (2006). *Teoria geral dos sistemas*. 2ª Edição. Vozes. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5568238/mod_resource/content/1/Ludwig%20von%20Bertalanffy%20-%20Teoria%20Geral%20dos%20Sistemas-Editora%20Vozes%20%282010%29%20%282%29.pdf
- Brown, R. K., & Jones, L. K. (2019). Family-centered care and its influence on health outcomes: A literature review. *Journal of Family Medicine*, 36(5), 445-456.
- Burgess, E.W., & Locke, H. J. (1953). *The family: From Institution to Companionship*. New York: American Book Company.
- Cabrera, G. M., & Chapman, J. R. B. C. (2021). *Diabetes Mellitus, Type 1*. In. Ipswich, Massachusetts:EBSCO Publishing. Nursing Reference Center Plus. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=nup&AN=T700834&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>

- Castro, M.E.R (2019). Literacia em saúde e o autocuidado e autocontrolo no idoso com diabetes tipo 2.
- Chatterjee, C. (1999). The Science of a Good Marriage. *Psychology Today*, 32(5), 13.
- Chaves, M. M. P., & 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-e11712. <https://doi.org/10.23973/ras.70.77>
- Classification and Diagnosis of Diabetes (2022). Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care*, 45(Suppl 1), S17–S38. <https://doi.org/10.2337/dc22-S002>
- Correia, P. M. A. R., & Bernardes, H. J.F.R., (2017). Registo de saúde eletrónico: contributos para novos modelos organizacionais no sector público da saúde. *JBES: Brazilian Journal of Health Economics / Jornal Brasileiro de Economia Da Saúde*, 9(2), 185–197. <https://doi.org/10.21115/JBES.v9.n2.p185-97>
- 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. Lisboa;
- Cunha, C.M.S.L.M.C, Henriques, M. A. P., Costa, A. J. S. (2021). Public health nursing and public health policies: a case study. *Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 25(5), 1–10. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0204>
- Decreto-Lei nº 157/2005 do Ministério da Saúde. (2005). *Diário da República Portuguesa* n.º 196/2005, Série I-B de 2005-10-12, páginas 5981 – 5982. <https://dre.tretas.org/dre/190461/resolucao-do-conselho-de-ministros-157-2005-de-12-de-outubro>
- Decreto-Lei nº 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). *Diário da República Portuguesa* n.º 16172007, série I de 2007-08-22, páginas 5587 – 5596. <https://dre.tretas.org/dre/217631/decreto-lei-298-2007-de-22-de-agosto>
- Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). *Diário da República* n.º 118/2017, Série I de 2017-06-21, páginas 3128 - 3140. <https://ucccb.pt/2014/04/decreto-lei-n-o-282008-de-22-de-fevereiro>

- Decreto-Lei nº 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República n. 149/2014, Série I de 2014-08-05, páginas 4069-4071. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/EnfermeiroFamilia DecLei 118 2014.pdf>
- Decreto-Lei nº 73/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República n.º 118/2017, Série I de 2017-06-21, páginas 3128 - 3140. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Dellafiore, F., Rosa, D., Pittella, F., Caruso, M. P., Allemano, M., & Caruso, R. (2018). The impact of type 2 diabetes diagnosis on married couples. *Journal of Diabetes Nursing*, 22(2), 1–5. https://www.researchgate.net/publication/323457648_The_impact_of_type_2_diabetes_diagnosis_on_married_couples
- Direção Geral de Saúde (2011a). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus, Norma Nº 002/2011 de 14/01/2011 <norma-n-0022011-de-14012011-pdf.aspx> (dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde (2011b). Diagnóstico sistemático do pé diabético, Norma Nº 005/2011 de 21/01/2011 <norma-n-0052011-de-21012011-pdf.aspx> (dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde (2011c). Circular Normativa Nº 13 de 02/07/04. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1688304928017>
- Direção Geral da Saúde (2022). Programa Nacional para a Diabetes desafios e estratégias 2021 <relatorio-pnd-2021-pdf.aspx> (dgs.pt)
- Duarte, K. V. N., Machado, A., Cesse, E. A., Bezerra, H. M., Chagas, M. B., & Carvalho, E. M. (2018). Contribuições de um sistema tecnológico para a construção de ecomapas na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos: estudo de caso com equipes NASF. (Portuguese). *Revista de Atencao Primaria a Saude*, 21(4), 534-550.
- Duvall, R., Miller, B., & Fischer, L. (1989). Marriage and Family Development. *Teaching Sociology*, 17, 245. <https://doi.org/10.2307/584309>
- Fiamenghi, G. A. (2002). *Rituais familiares: alternativas para a reunião das famílias*. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4(2), 25–29 Recuperado em 10 de outubro de 2023, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872002000200003&lng=pt&tlng=pt.

- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. [Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>;
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência;
- Figueiredo, M.H., Vilar, A.I., Mendes, A., Carvalho, D., Marques, E., Madureira, I., Rocha, C.P., Viseu, P.I., Pinho, J., Soares, L., Reis, L., Garrido, L., Sila, M., Peixoto, M.J., Ferreira, M.M., Gomes, M., Barbosa, M., Oliveira, P., Freire, R.M., Sousa, S., Silva, S., & Brito, T. (2022). *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar: Estudos de caso*. (1ª edição). Sabooks .
- Gaffari, S., Lotfi, Y., Daemi, A., Babazadeh, T., Sarbazi, E., Dargahi-Abbasabad, G., & Abri, H. (2020). *Impact of health literacy and self-care behaviors on health-related quality of life in Iranians with type 2 diabetes: a cross-sectional study*. Health and Quality of Life Outcomes, 18(1), 357. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01613-8>
- George, A. K. (2020). *The Psychology of Personal Constructs*. In: *A theory of personality*. London: Routledge.
- Gonçalves, E. L. M. (2018). *Estratégias de coping da família da pessoa portadora de Esclerose Múltipla*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico da Guarda). Repositório Institucional do Instituto Politécnico da Guarda. <http://hdl.handle.net/10314/3982>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2a ed.). Loures: Lusociência;
- Instituto Nacional de Estatística (2021a). População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida). INE - Indicadores

- Instituto Nacional de Estatística (2021b). Agregados domésticos privados (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021) e Dimensão (agregado doméstico privado). INE - Indicadores
- International Council of Nurses (ICN) (2019). International Classification for Nursing Practice (ICNP) 2019–2021. release. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>;
- International Family Nursing Association (2023). Practice Models for Nursing Practice with Families. <https://internationalfamilynursing.org/resources-for-family-nursing/practice/practice-models/>;
- Farahani, S.F., Amiri, P., Karimi, M., Moeineslam, M., Shiva, N., & Azizi, F. (2019). *Diabetes in women and health-related quality of life in the whole family: a structural equation modeling*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1252-4>
- Ferreira, L. M. (2017). *Avaliação da Implementação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar num agrupamento de centros de Saúde da Região Norte*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto) Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/20905>
- Jansen, K., Cardoso, T. de A., Mondin, T. C., Matos, M. B. de, Souza, L. D. de M., Pinheiro, R. T., Magalhães, P. V. da S., & Silva, R. A. da. (2014). [Stressful life events and mood disorders: a community sample]. *Ciencia & Saude Coletiva*, 19(9), 3941–3946. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12932013>
- Jing, X., Chen, J., Dong, Y., Han, D., Zhao, H., Wang, X., Gao, F., Li, C., Cui, Z., Liu, Y., & Ma, J. (2018). Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1021-9>
- Jong, P., & Berg, I. K. (2013). *Interviewing for solutions*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co. <https://books.google.st/books?id=PeguLgEACAAJ>;
- Johnson, E. F., & Smith, M. A. (2020). The role of individualized nursing interventions in promoting family health behaviors. *Journal of Family Nursing*, 26(2), 236-253. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac119>

- Karami, H., Shirvani Shiri, M., Rezapour, A., Sarvari Mehrabadi, R., & Afshari, S. (2021). *The association between diabetic complications and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study from Iran*. *Quality of Life Research*, 30(7), 1963–1974. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02792->
- Kim, Y., Evangelista, L. S., & Phillips, L. R. (2017). The relationships between self-efficacy and self-care in adults with chronic kidney disease. *International Journal of Nursing Studies*, 68, 8-12. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2008.01.006>
- Lefley H. (1995). Families, Illness, and Disability: An Integrative Treatment Model. *Psychiatric Services*, 46, 1195–1196. <https://doi.org/10.1176/ps.46.11.1195>
- Lorig, K. & Holman, H.R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Luna, I. J., & Scapini, A.N. (2019). Mudanças na comunicação ao longo da terapia de abordagem sistêmica: um estudo de caso. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 10(2). <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n2p210>
- Martins, E. & Szymanski, H. (2004). A Abordagem Ecológica De Urie Bronfenbrenner Em Estudos Com Famílias. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 4(1), 63–77. *Social Forces*, 24, 480–481. Recuperado em 10 de outubro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812004000100006&lng=pt&tlng=pt.
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1988). Typologies of Resilient Families: Emerging Roles of Social Class and Ethnicity. *Family Relations*, 37(3), 247. <https://doi.org/10.2307/584557>
- 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. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

- MIM@UF. Hierarquia dos Locais (2015). Relatórios compartilhados, P01.Inscritos, P01.G01. Inscritos, Sexo Grupo Etário
- Ministério da Saúde (2017). Serviço Nacional de Saúde Transparência, BI-CSP, Contratualização, IDG. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Michel, A., & William J. G. (1964) World revolution and family patterns. *Revue Française de Sociologie*, 5(4), 470–471.
- Moraes, S. D. T. A. (2019). Método científico e pesquisas em saúde: orientação para prática profissional. *Journal of Human Growth and Development*, 29(1), 5-9. <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.157742>
- Morse Fall Scale. (1997). CINAHL Nursing Guide.
- Novis, A.L.F (2016). Contos e terapia narrativa: possibilitando novas conversas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, Rio de Janeiro, n. 55, p. 7-18, agosto 2016. Recuperado de <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/132>.
- Pedras, S., Oliveira, R., & Silva, I. (2021). Motivação como ingrediente essencial para a mudança comportamental na doença arterial periférica. <https://doi.org/10.15309/21psd220311>
- Peixoto, M. J., & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.26/36214>
- Pinto, D. I. V. (2018). Diversidade familiar em contexto educativo. (Relatório de estágio de Mestrado, Escola Superior de Educação de Coimbra). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/24052>
- Pordata (2022). Agregados domésticos privados: Quantas pessoas compõem, em média, cada agregado familiar? Obtido 26 de Abril de 2022, Portugal: Dimensão média dos agregados domésticos privados | Pordata
- Pordata (2023). Nascimentos e fecundidades: Taxa de natalidade. Quantos bebés nascem por cada 1000 residentes? Obtido a 4 outubro de 2023, Portugal

- Rastkar M., & Jalalifar E. (2023). The association between marital quality and diabetes mellitus: A systematic review. *Health Science Reports*, 6(2). <https://doi.org/10.1002/hsr2.1106>
- Regulamento n.º 367/2015 da Ordem dos enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República n.º 124/2015 – II Série. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padrees_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf
- Saúde Familiar. Diário da República: II série, nº135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República n.º 135- II série. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos enfermeiros (2019). Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República n.º 26- II série. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Reis, P.E.D (2012). A pesquisa em saúde: implicações para a prática profissional - doi:10.5020/18061230.2005.p112. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 18(2), 112–113. <https://doi.org/10.5020/905>
- Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica. Edições Afrontamento
- Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF SALUS*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/23528>
- Ribeiro, I., Pires, R., Serqueira, C., Cruz, M., Lima, L., Carvalho, J. C., Gonçalves, P. & Coelho, J. (2021). *Entrevista clínica: documento de apoio*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. [Moodle da Escola Superior de Enfermagem](#)

- Salazar, S. B. (2016). *Neuropatia autonómica diabética : clínica, diagnóstico e tratamento*. (Trabalhos Finais de Mestrado Integrado, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/29532>
- Salviano, F.G.R., Carvalho, V.L.R. , Lopes, P.C.J. , Ribeiro, S.C.R. , Ferreira, C.T., Santos, O.J. , & Macedo, C.K.N.F (2021). Autocuidado de personas ancianas con diabetes mellitus y la relación interpersonal enfermero-paciente. In (Vol. 75): FapUNIFESP (SciELO). <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/18637>
- Schub, T. B. (2021). *Diabetes Mellitus, Type 2 in Adolescents*. CINAHL Nursing Guide. <https://doi.org/10.4239/wjd.v4.i6.270>
- Serin, E.K., Duman, M., & Yilmaz, S. (2020). *Sexual Life Quality and Marital Adjustment in Women With and Without Diabetes*. *Sexuality & Disability*, 38(4), 625–635. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09663-y>
- Smith, A. B., Johnson, C. D., & Williams, L. K. (2018). *Family beliefs and their impact on medication adherence and treatment outcomes in patients with chronic illnesses: A systematic review*. *Patient Education and Counseling*, 101(10), 1790-1799.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2023). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2019, 2020 e 2021 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes- Edição de 2023. [SPD | Sociedade Portuguesa de Diabetologia](#)
- Tourangeau, A. E., Doran, D. M., Hall, L. M., Pallas, L. O., Pringle, D., Tu, J. V., & Cranley, L. A. (2007). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing* (Wiley-Blackwell), 57(1), 32–44. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x>
- Trief, P. M., Fisher, L., Sandberg , J., Hessler ,D.M. , Cibula. D. A., & Weinstock, R. S. (2019). Two for one? Effects of a couples intervention on partners of persons with Type 2 diabetes: a randomized controlled trial. HHS Public Access. Author manuscript. <https://doi.org/10.1111/dme.13871>
- Unidade de Saúde Familiar (2022). Manual de acolhimento para profissionais de saúde;
- Watzlawick, P., Bealvin, J., & Jackson, D. (2002). *Pragmática da comunicação humana*. Editora Cultrix;

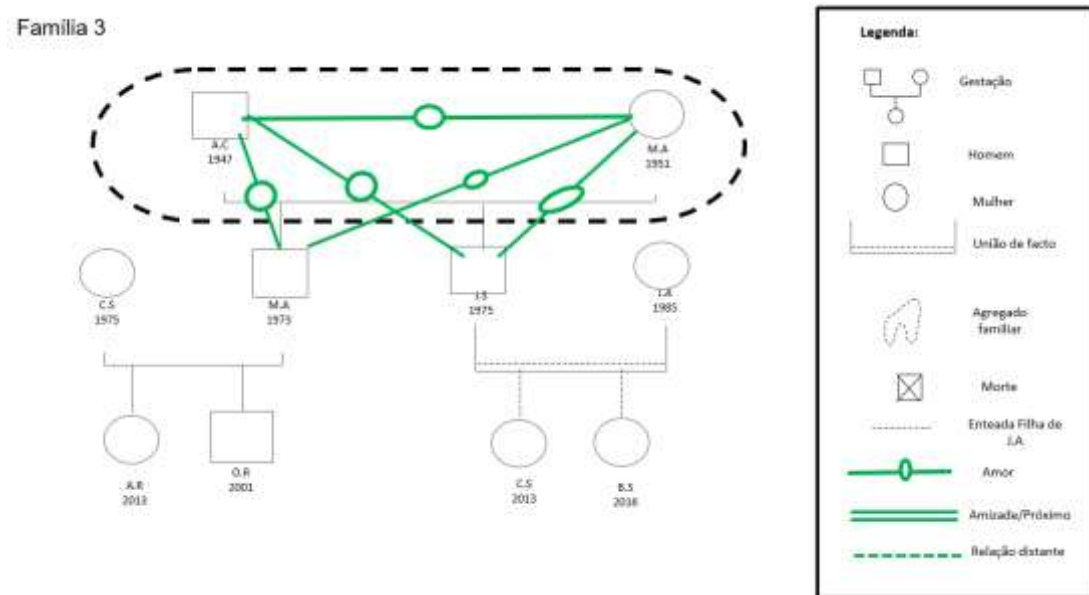
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or Control and Communication in the Animal and the Machine*. Cambridge, MA: The MIT Press; https://uberty.org/wp-content/uploads/2015/07/Norbert_Wiener_Cybernetics.pdf
- Weeks, G. R., & D'Aniello, C. (2017). Teaching Reframes in a Master's Level Marriage and Family Therapist Program. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(4), 303-316. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1297068>
- Wendt, N. & Crepaldi, M.A. (2008). A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa Genogram use as a collect tool in qualitative research. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302–310. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000200016>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 5ª edição. Editora: Roca.
- Vilar, A. I. (2012). A Família e a Autogestão dos Processos de Saúde Doença: o caso da diabetes tipo 2 (Comunicações, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/31865>
- Zordan, E.P., Dellatorre, R., Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspetiva, Erechim*. v.36, n.136, p.133-142, dezembro/2012. https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_314.pdf

ANEXOS

ANEXO I – Famílias

Família 3

Foram realizadas quatro consultas à família 3 na USF. Em todas as consultas estiveram presentes ambos os elementos do subsistema conjugal, A.C e M.A, sendo a duração média da consulta de 20 minutos. Na primeira consulta foram colhidos dados que permitiram recolher informações, apresentadas no genograma a seguir representado na Figura seguinte.



A família 3 é uma família do tipo nuclear que dela fazem parte A.C e M.A, sendo que o subsistema presente é o conjugal. No que se refere a etapa do ciclo vital em que se encontram é na etapa de ciclo vital família com filhos adultos (Relvas, 1996).

Da família extensa os membros considerados significativos em termos de funções são M.A e J.S, mantendo contato pessoal semanal e diário telefonicamente, com função de companhia social, apoio emocional e guia cognitivo e conselhos. Mantém contato com J.A e C.S semanalmente presencialmente em momentos de família (companhia social). Com os netos convivem ao domingo quando tem algum momento em família juntos.

Dos sistemas mais amplos M.A refere : vínculo forte com instituições de saúde como o hospital, por apresentar consultas recorrentes no centro Hospitalar devido a colocação recente de prótese total da anca há 3 meses; vínculo forte com a religião, referindo fé (reza diariamente o terço) demonstrando ser uma crença facilitadora e promotora de mudança não interferindo na funcionalidade familiar; vínculo fraco com atividades de lazer e amigos. Quanto a J.S refere vínculo intermedio relativo às instituições de

saúde salientando as consultas que tem de rotina tanto a nível hospital como na USF; vínculo fraco com a religião, amigos e atividades de lazer.

De acordo com a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) a posição social da família é na classe média.

No que concerne às áreas de atenção avaliadas na família no decorrer das consultas relativas a matriz operativa do MDAIF foi possível verificar no âmbito da dimensão estrutural que:

- sendo que a origem do rendimento familiar se situa no grau 4, foi necessária uma avaliação mais aprofundada sobre o conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares. Critério de diagnostico identificado de rendimento familiar insuficiente, contudo após dados obtidos foi possível verificar que não são cumpridos os critérios de diagnostico relativos ao rendimento familiar, emergindo o diagnostico de rendimento familiar não insuficiente, traduzindo assim uma força da família.
- sendo que M.A ter sido submetida a uma artroplastia total da anca há 3 meses, e ter a presença de escadas em casa, foi identificado o critério de diagnostico de edifício residencial não seguro por conhecimento sobre riscos de edifício residencial não segura não demonstrado. Após os dados colhidos, e verificar-se que onde existiam escadas, foi colocada uma rampa com corrimão e piso antiderrapante, foi possível inferir que não foi cumprido os critérios de diagnostico sendo identificado o diagnostico de edifício residencial seguro.

Assim como forças da família foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar não insuficiente, Edifício Residencial seguro, Edifício Residencial não negligenciado, Precaução de Segurança demonstrada, Abastecimento de Água adequado.

No âmbito da dimensão do desenvolvimento, foi avaliada a área de atenção da satisfação conjugal, no que concerne a Interação Sexual e Relação Sexual. Foi identificado o critério de diagnostico satisfação conjugal não mantida por função sexual comprometida. Após colheita de dados foi possível verificar que para M.A. e A.C não mantem relações sexuais e não identificam isso como uma necessidade. Tem conhecimento de estratégias farmacológicas, contudo por opção do casal não querem usar medicamentos porque juntos concluíram que as desvantagens eram superiores às vantagens. Sentem-se satisfeitos, mantem a intimidade que consideram adequada.

No que respeita às restantes áreas, foram identificados como critérios de diagnostico para satisfação conjugal não mantida por comunicação não eficaz.

Diagnostico	Intervenções	Atividades	Resultados
-------------	--------------	------------	------------

satisfação conjugal não mantida por comunicação não eficaz por M.A referir que não esta satisfeita como A.C expressa os sentimentos.	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Planejar rituais familiares Motivar para atividades em conjunto	Questões circulares de escala Questões circulares hipotéticas Questões reflexivas Questões lineares Ritual Familiar	Inicialmente foram implementados os rituais familiares, mas por agravamento da dor de M.A não foi possível a sua manutenção.
--	--	---	--

A M.A por ter sido submetida a uma artroplastia total da anca há 3 meses, apesar de ter vivenciando uma situação indutora de stress um dos fatores facilitadores foi o reajuste familiar no período inicial de regresso ao domicílio. O subsistema conjugal reajustou as suas dinâmicas, A.C. refere “temos que estar um para o outro, eu cozinhava ou ia comprar ao restaurante, limpava a casa, arrumava tudo “. A M. A. refere que o marido sempre colaborou em todas as atividades de casa, por isso, neste período de mudança ajustaram funções permitindo adaptabilidade familiar e a manutenção da coesão.

A união do casal foi visível em todas as consultas, demonstrando apoio mútuo, em alturas de crise familiar encontram estratégias para reajustar a dinâmica familiar, preferem a companhia um do outro sempre, vão diariamente ao café juntos e quando saem para qualquer local vão sempre juntos. Respeitam o espaço um do outro, tendo um momento que gostam de estar sozinhos considerando importante respeitar a liberdade de cada um, A.C. à noite fica a ver telenovelas enquanto M.A. prefere deitar-se a descansar e rezar o seu terço.

Assim, no que concerne a dimensão funcional conclui-se como forças e recursos da família o *coping*, a relação dinâmica e interação de papeis. Sendo que os diagnósticos finais traduziam interação de papeis eficaz e não conflitual, coping familiar eficaz, relação dinâmica não disfuncional.

Com aplicação da escala de Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe conclui-se que existe menor probabilidade de incidência de doenças. Verifica-se nesta família que relativo ao APGAR Familiar de Smilkstein, M.A e o A. C consideram a família como altamente funcional.

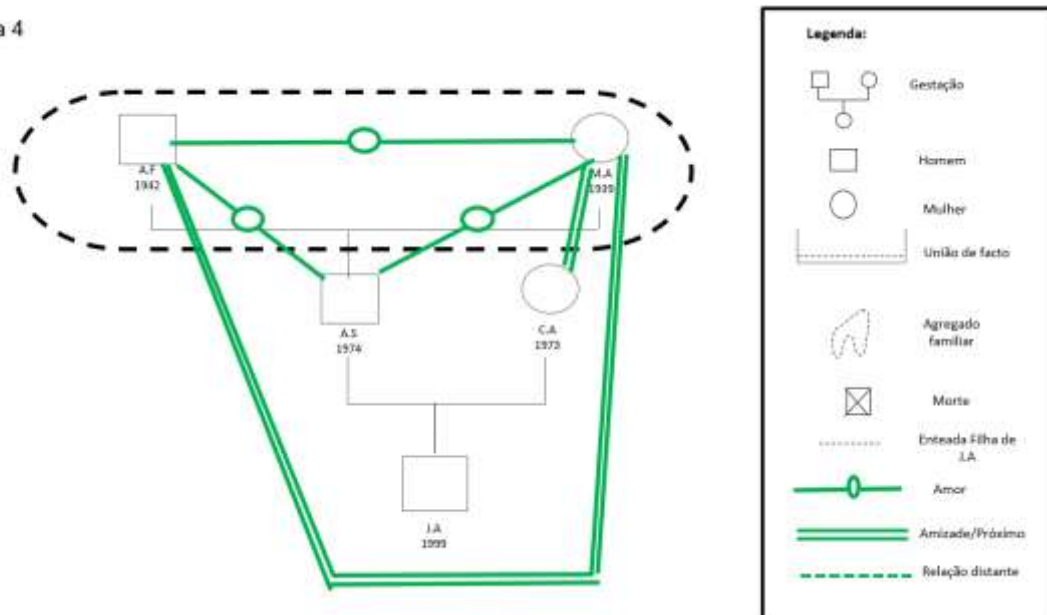
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica. Edições Afrontamento

Família 4

Foi realizada uma consulta à família 4 na USF com a duração de 40 min, estando presentes na consulta A.F, M.A e C.A. Nesta consulta foram colhidos dados que permitiram recolher informações, apresentadas no genograma a seguir representado na Figura.

Família 4



A família 3 é uma família do tipo nuclear que dela fazem parte A.F e M.A, sendo que o subsistema presente é o conjugal. No que se refere a etapa do ciclo vital em que se encontram é na etapa de ciclo vital família com filhos adultos (Relvas, 1996).

Da família extensa os membros considerados significativos em termos de funções são A.S, C.A e J.A, mantendo contato pessoal diário, com função de companhia social, apoio emocional e guia cognitivo, de conselhos e ajuda material. Dos sistemas mais amplos A.F refere : vínculo forte com instituições de saúde como o hospital e USF; vínculo intermedio com a religião; vínculo intermedio com instituições de apoio social; vínculo fraco amigos e atividades de lazer. Quanto a M.A refere vínculo forte relativo às instituições de saúde salientando as consultas que tem de rotina tanto a nível hospital como na USF; vínculo intermedio com instituições de apoio social; vínculo fraco com a religião, amigos e atividades de lazer. De acordo com a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) a posição social da família é na classe média.

Não foi possível realizar avaliação e intervenção familiar nas suas diferentes dimensões pelo pouco tempo disponível na consulta, e quando sugerido o acompanhamento em domicílio C.A refere que ambos os membros do casal estão a aguardar entrada numa Instituição nos próximos dias.

Considerando que a doença ou agravamento do estado de saúde de um dos membros é um período de crise, surge a necessidade da família mobilizar os seus recursos de coping face à situação, para se adaptar. A capacidade de adaptação da família, refere Figueiredo (2012) depende da natureza da doença, da sua duração, dos papéis familiares e sociais que o membro exerce, do nível socioeconómico e da etapa do ciclo vital familiar. No caso da família 4 ocorreu um aumento do grau de dependência de ambos os membros, resultando assim numa mobilização de esforços para readaptação do funcionamento familiar, no sentido de dar resposta ao momento de crise suscitando respostas adaptativas pelos elementos da família e família extensa. A família extensa tornou-se essencial e considerada uma força da família na medida em que procuraram dar resposta às necessidades sentidas mobilizando recursos necessários, como contratar a equipa de apoio domiciliário para apoio à higiene e alimentação, e dividindo o dia entre eles para estarem a cuidar dos familiares. Contudo atualmente C.A refere que por não conseguirem gerir optaram por uma instituição a tempo inteiro.

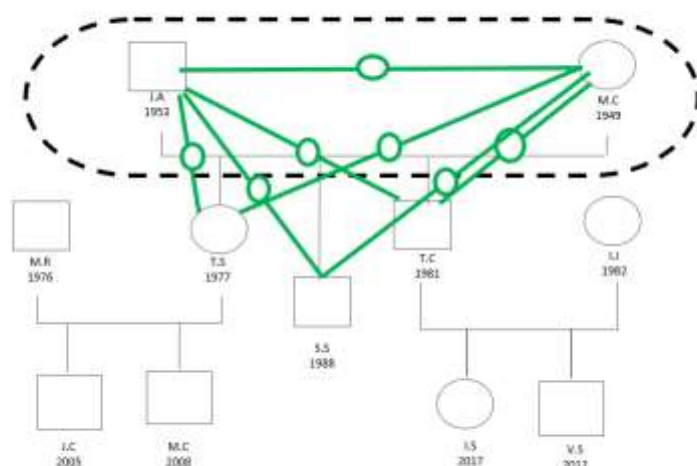
REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS:

- Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica. Edições Afrontamento
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lisboa: Lusociência;

Família 5

Foram realizadas três consultas à família 5 na USF. Em todas as consultas estiveram presentes ambos os elementos do subsistema conjugal, J.A e M.C, sendo a duração média da consulta de 20 minutos. Na primeira consulta foram colhidos dados que permitiram recolher informações, apresentadas no genograma a seguir representado na Figura seguinte.

Família 5



A família 5 é uma família do tipo nuclear que dela fazem parte J.A e M.C, sendo que o subsistema presente é o conjugal. No que se refere a etapa do ciclo vital em que se encontram é na etapa de ciclo vital família com filhos adultos (Relvas, 1996).

Da família extensa os membros considerados significativos em termos de funções são toda a família extensa identificada no genograma, mantendo contato pessoal semanal e diário telefonicamente, com função de companhia social, apoio emocional e guia cognitivo e conselhos. Quando questionados a quem recorrem quando precisam de algo ambos respondem “aos filhos”. Diariamente tem a presença dos netos, J.A gere a hora de almoço e hora de saída da escola dos netos. Assim I.V e V.S representam uma companhia social diária de grande importância da vida deste casal, expressões como “são os nossos tesouros” e “vou busca-los à escola todos os dias e eles gostam muito de almoçar lá em casa, e nós ficamos todos contentes” demonstram o vínculo que une os avós aos netos.

Dos sistemas mais amplos M.C refere: vínculo intermedio com instituições de saúde como o hospital e a USF; vínculo forte com a religião, referindo que isso lhe dá força e leveza para o dia-a-dia; vínculo fraco com atividades de lazer e amigos. Quanto a J.A refere vínculo intermedio relativo às instituições de saúde

salientando as consultas que tem de rotina tanto a nível hospitalar como na USF; vínculo fraco com a religião salientando que “eu não sou de ir, mas levo-a à porta, e não me importo que ela vá”, no que concerne a amigos identifica um vínculo intermedio referindo que fala ao telefone diariamente com eles, quanto a atividades de lazer descreve o ginásio frequentando-o diariamente representando para ele um vínculo forte.

De acordo com a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) a posição social da família é na classe média.

No que concerne às áreas de atenção avaliadas na família no decorrer das consultas relativas a matriz operativa do MDAIF foi possível verificar no âmbito da dimensão estrutural que:

- sendo que a origem do rendimento familiar se situa no grau 4, foi necessária uma avaliação mais aprofundada sobre o conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares. Critério de diagnostico identificado de rendimento familiar insuficiente, contudo após dados obtidos foi possível verificar que não são cumpridos os critérios de diagnostico relativos ao rendimento familiar, emergindo o diagnostico de rendimento familiar não insuficiente, traduzindo assim uma força da família.
- pela presença de muitas escadas em casa, foi identificado o critério de diagnostico de edifício residencial não seguro por conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro não demonstrado. Após avaliação do conhecimento sobre estratégias de adaptação a barreiras arquitetónicas foi considerado como não cumprido os critérios de diagnostico. A família já esta em processo de procura de um elevador para colocar em casa para responder a necessidades futuras que possam surgir, demonstrando assim as capacidades adaptativas e de mobilização de estratégias e recursos que permitem a manutenção do funcionamento familiar, traduzindo uma força relativa à precaução de segurança.

Assim como forças da família foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar não insuficiente, Edifício Residencial seguro, Edifício Residencial não negligenciado, Precaução de Segurança demonstrada, Abastecimento de Água adequado, animal doméstico não negligenciado.

No âmbito da dimensão do desenvolvimento, foi avaliada a área de atenção da satisfação conjugal, no que concerne a Interação Sexual e Relação Sexual. Foi identificado o critério de diagnostico satisfação conjugal não mantida por função sexual comprometida. Após colheita de dados foi possível verificar que para J.A e M.C não mantem relações sexuais e não identificam isso como uma necessidade. Quando questionados J.A referiu “continuamos a ter carinho e mimos entre nós os dois, mas como antes não, mas ainda somos namorados e já lá vão 48 anos” salienta que “passamos o dia a rir um com o outro que é muito importante” não sendo considerada uma necessidade para ambos, demonstrando satisfação da

forma como vivem a intimidade. Após avaliação foi considerado como não cumprido o critério de diagnóstico, traduzindo-se a satisfação conjugal uma força da família.

No que concerne à dimensão do desenvolvimento conclui-se como forças e recursos da família a satisfação conjugal, traduzindo-se em diagnósticos como satisfação conjugal mantida por relação dinâmica eficaz, comunicação eficaz e interação sexual adequada.

Também relativamente a dimensão funcional conclui-se como forças e recursos da família a comunicação familiar, o coping, a relação dinâmica e interação de papéis. Sendo que os diagnósticos finais traduziam interação de papéis eficaz e não conflitual, coping familiar eficaz, relação dinâmica não disfuncional e comunicação familiar eficaz.

Com aplicação da escala de Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe conclui-se que existe menor probabilidade de incidência de doenças. Verifica-se nesta família que relativo ao APGAR Familiar de Smilkstein, J.A e M.C consideram a família como altamente funcional.

Normalmente o J.A logo de manhã tem o hábito de ir ao ginásio, pelas 7h. Depois regressa a casa, mas no regresso liga sempre a M.C para questionar se ela precisa de algo, caso precise ele ainda passa pelo supermercado. Ela está em casa, saindo da cama mais tarde, mas dedicando-se logo a arrumar e preparar o almoço para o I.S e V.S e para J.A. Durante o dia J.A tem o hábito de jogar jogos no computador (cartas, jogos de memória, etc), M.C refere "... ele passa todo o dia a jogar e a fazer de taxista para os netos...". A M.C durante a tarde refere "...estou por casa a orientar tudo, gosto de ter as coisas à minha maneira, e às vezes também vou ao computador jogar...".

Conhecer a história familiar permite ao enfermeiro explorar a capacidade que os membros da família possuíram para lidar com situações de stress, verificar recursos internos e externos, crenças, significados, valores da família e dinâmicas familiares (Figueiredo, 2012). No passado, o J.A trabalhou fora do país, e M.C vivia sozinha com os 3 filhos, este foi identificado pelo casal como um período de crise e adversidade familiar, exigindo adaptação de papéis, relações, novas capacidades e conhecimentos. Tal como M.C. refere diariamente deparava-se com inúmeros desafios exigidos pela condição de ter três filhos, ao qual acrescia o facto da ausência de J.A. A forma bem-sucedida de gerir este período de adversidades, acrescentando o facto de ser enfermeira a exercer a profissão a nível hospitalar, muniu os membros da família com recursos internos e externos promotores de novas formas de interação, aumentando a sua autonomia e capacidade de adaptação.

Concomitantemente a esta situação, é importante salientar que o J.A é um ex-combatente da Guerra Colonial Portuguesa - Guerra do Ultramar, tendo vivido em Angola durante alguns anos. Dependendo da experiência vivenciada pela combatente, os sintomas de perturbação de stress pós-traumático podem variar, podendo ser insónia (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir), pesadelos recorrentes, irritabilidade, défice de concentração, hipervigilância, resposta de alarme exagerada. Em certos

momentos do dia-a-dia: o medo intenso pode surgir; podem vivenciar sentimentos de falta de ajuda; podem sentir-se desligados em relação aos outros; ter afetos restringidos em relação aos outros; e evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma (Sendas, 2010).

O J.A apresenta características que demonstram a resposta interna individual à perturbação de stress pós-traumático na perspetiva que: apresenta válvulas de segurança em casa no que se refere a botijas de gás, dentro e fora de casa realçando a características de hipervigilância das vítimas face a estímulos ambientais benignos (Sendas, 2010). Normalmente restringe os afetos em relação aos outros na medida em que apenas fala ao telefone com os amigos e presencialmente só numa festa anual ou nos funerais deles. Reage de forma insensível a tudo o que lhe é dito, contudo M.C refere que “ às vezes pensam que ele é assim, bruto, mas não é, é só a forma de falar, como se vestisse uma capa de proteção”. A sinceridade e frontalidade são identificadas por M.C. como consequências positivas da experiência vivida na guerra pelo marido, fazendo com que a transparência no que é dito seja visível.

A frontalidade nas respostas torna-se uma característica presente em toda a consulta, juntamente com momentos de piadas e sorrisos, numa descontração conduzida pelo casal. A fluidez de expressão de ideias, pensamentos e opiniões frente a frente, discordando e concordando, e aceitando a opinião do outro foram constantes na consulta. Entre sorrisos e conversas sérias, as 3 consultas pautaram por momentos de comunicação circular entre o casal, com demonstrações de afeto e carinho constantes, a aceitação da singularidade de cada um e a complexidade do sistema familiar demonstrou ser uma das forças desta família.

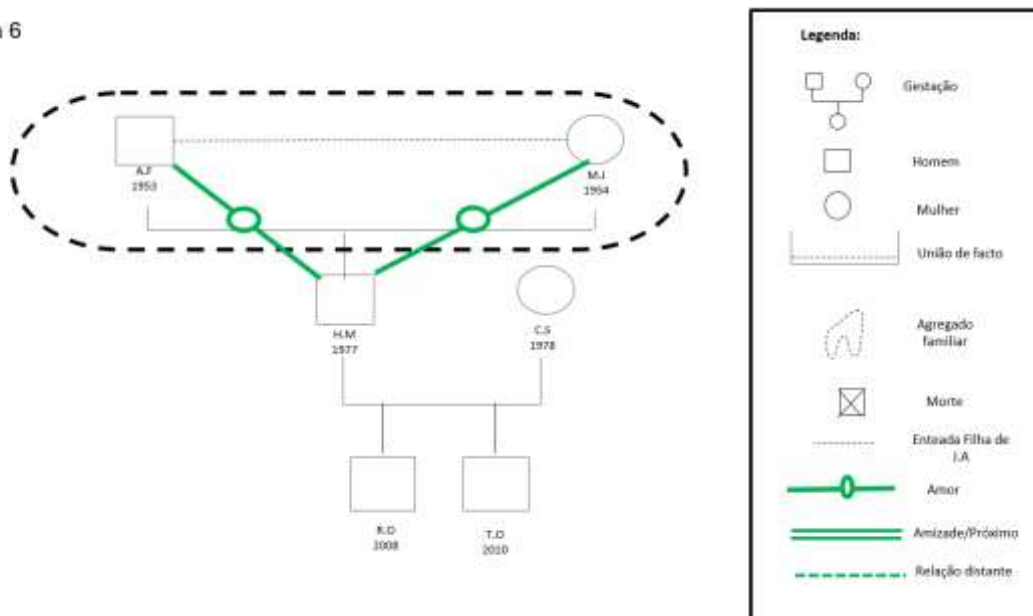
REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS:

- Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica. Edições Afrontamento
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lisboa: Lusociência;
- Sendas, S. (2010). Elaboração de significado das histórias de vida de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem perturbação de stress pós-traumático. (Tese de Doutoramento. Universidade do Minho) Repositorium. <https://hdl.handle.net/1822/10880>

Família 6

Foram realizadas duas consultas à família 6 na USF. Em todas as consultas estiveram presentes ambos os elementos do subsistema conjugal, A.F e M.J, sendo a duração média da consulta de 20 minutos. Na primeira consulta foram colhidos dados que permitiram recolher informações, apresentadas no genograma a seguir representado na Figura.

Família 6



A família 6 é uma família do tipo nuclear que dela fazem parte A.F e M.J, sendo que o subsistema presente é o conjugal. No que se refere a etapa do ciclo vital em que se encontram é na etapa de ciclo vital família com filhos adultos (Relvas, 1996). Da família extensa o membro considerado significativo em termos de funções é H.M, mantendo contato pessoal e telefonicamente diariamente, com função de companhia social, apoio emocional e guia cognitivo e conselhos.

Dos sistemas mais amplos A.F identifica: vínculo normal com instituições de saúde; vínculo fraco com a religião, vínculo intermedio com os amigos. Quanto a M.J refere vínculo forte relativo às instituições de saúde salientando as consultas que tem de rotina tanto a nível hospital como na USF; vínculo fraco com a religião, amigos e atividades de lazer.

De acordo com a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) a posição social da família é na classe média.

No que concerne às áreas de atenção avaliadas na família no decorrer das consultas relativas a matriz operativa do MDAIF foi possível verificar no âmbito da dimensão estrutural que:

- sendo que a origem do rendimento familiar se situa no grau 4, foi necessária uma avaliação mais aprofundada sobre o conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares. Critério de diagnostico identificado de rendimento familiar

insuficiente, contudo após dados obtidos foi possível verificar que não são cumpridos os critérios de diagnóstico relativos ao rendimento familiar, emergindo o diagnóstico de rendimento familiar não insuficiente, traduzindo assim uma força da família.

Assim como forças da família 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. Na família 6 na avaliação e intervenção familiar abordamos inicialmente a dimensão estrutural e depois por a dimensão funcional pela dinâmica de consulta.

No âmbito da dimensão funcional conclui-se como forças e recursos da família a comunicação familiar, o *coping*, a relação dinâmica e interação de papéis. Sendo que os diagnósticos finais traduziam interação de papéis eficaz e não conflitual, *coping* familiar eficaz, relação dinâmica não disfuncional e comunicação familiar eficaz.

No decorrer da consulta A.F manteve sempre uma postura defensiva, braços cruzados e lateralizado. Quanto a M.J apresentava-se sempre de pé salientando que não se conseguia sentar “devido às dores que a ansiedade me causa”, e com estimulação nervosa transcutânea ativa pelo programa TENS. O TENS é um programa de estimulação nervosa transcutânea, com corrente baixa de intensidade, eficaz no tratamento de alterações músculo-esqueléticas por influenciar e modelar os processos de dor. É considerado dos melhores programas, pois bloqueia as sensações nervosas da dor que existem na zona causando um alívio local, permite um efeito analgésico através da ativação de mecanismos de libertação de endorfinas e aumenta o fluxo de sangue à área estimulando maior analgesia. A intensidade é ajustada até que sintam um formigueiro ligeiro ou cócega no local, caso o formigueiro intensifique a intensidade deve ser diminuída para não provocar contração do músculo (Araújo et al., 2013). Referindo, M.J constantemente que se encontrava ansiosa, e aumentava a intensidade do estímulo, não conseguindo estar imóvel por poucos segundos mantinha-se encostada a uma parede em movimentos repetitivos ascendente e descendentes.

A consulta tornou-se para M.J um momento de ansiedade visível e verbalizado pela mesma. Perante esta observação, foi sugerido de imediato a marcação de nova consulta, e caso preferissem poderia ser no domicílio. Ambos concordaram, e M.J reforçou “prefiro que seja em casa que eu não fico ansiosa”. Realizada marcação de consulta para o domicílio. Poucos dias antes da consulta domiciliária M.J entra em contato com a USF e refere que não era o momento oportuno para intervir. No decorrer de uma consulta telefónica M.J refere que mentiu em tudo e que terá que continuar a mentir e que por isso não considerava necessária a visita. Questionada porque teria que mentir, e esta referiu “estamos numa fase calma, e eu não quero que isso mude”. Após questionar a M.J se naquele momento estava sozinha e esta referir que sim, garantindo assim que esta se mantinha calma a dar as respostas, foram colocadas questões na perspetiva de entender a situação. Esta referiu que a ansiedade surgiu há alguns anos após diversos casos de infidelidade do marido, revelando que no passado sofreu violência doméstica por parte

dele. Quando questionada se violência se mantinha esta refere que não e que por isso não quer falar de certos assuntos mantendo em estabilidade o que considera a dinâmica familiar para ela.

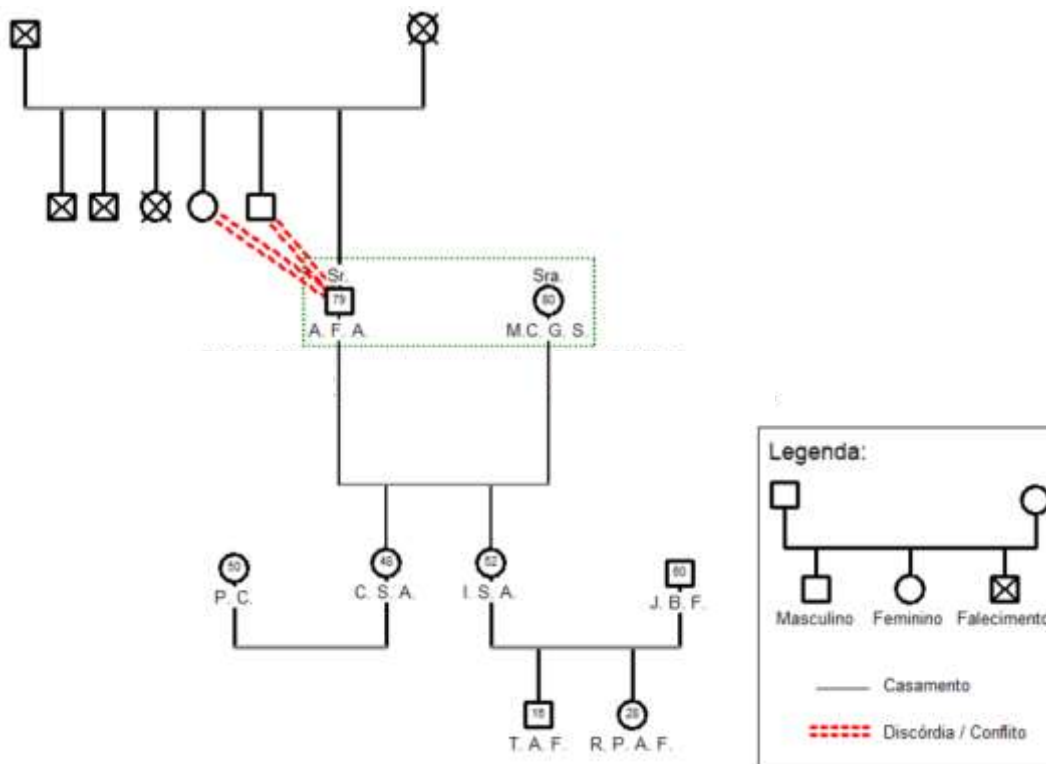
A continuidade de cuidados pela equipa de saúde tornou-se um pilar fundamental, e, desde então a M.J já esteve presencialmente na USF duas vezes sendo o foco de atenção a dinâmica da família e a suspeita de violência doméstica. Até ao final do estágio M.J não abordou mais este assunto com a equipa de saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS:

- Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica. Edições Afrontamento
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lisboa: Lusociência;
- Araújo, N.R.M., Schuina, E.P.G, Dias, F.F., & Dias, F.M.V. (2013). A estimulação nervosa elétrica transcutânea no tratamento das crises recidivas de cefaleia tensional. Revista Terapia Manual, 11(52), 187–195

Família 7

Foi realizada uma consulta à família 7 na USF com a duração de 30 min, estando presentes na consulta apenas A.F. Nesta consulta foram colhidos dados que permitiram recolher informações, apresentadas no genograma a seguir representado na Figura.



A família 7 é uma família do tipo nuclear que dela fazem parte A.F e M.C, sendo que o subsistema presente é o conjugal. No que se refere a etapa do ciclo vital em que se encontram é na etapa de ciclo vital família com filhos adultos (Relvas, 1996).

Da família extensa os membros considerados significativos em termos de funções são C.S, I.S e a irmã de M.C, mantendo contato pessoal diário, com função de companhia social, apoio emocional e guia cognitivo e de conselhos. Dos sistemas mais amplos A.F refere: vínculo intermedio com instituições de saúde; vínculo fraco com a religião especialmente após o covid; vínculo intermedio amigos revelando que uma vez por semana tem sempre um convívio.

Assim como forças da família 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.

De acordo com a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) a posição social da família é na classe média.

Na segunda consulta o objetivo seria manter avaliação e intervenção familiar, contudo a família não compareceu à marcação. Realizado contacto telefónico e A.F refere que M.C após queda em casa da filha apresentou uma fratura do colo do fémur, tendo sido hospitalizada e submetida a cirurgia, por apresentar perda temporária da autonomia, mas com potencial para reabilitação, mas no domicílio a sua recuperação seria mais lenta e menos eficaz foi orientada para Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para a tipologia de média duração e reabilitação. . A RNCCI tem um impacto positivo na funcionalidade dos utentes por ajudar numa melhoria significativa dos níveis de dependência comparativamente com o nível aquando admissão no serviço (Martins et al., 2018). A RNCCI é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, a todas as pessoas independentemente da idade, que se encontrem em situação de dependência resultante de doença aguda ou necessidade de prevenção de agravamento de doença crónica. São centrados na recuperação total, promoção da autonomia e funcionalidade para mais fácil ocorrer a reintegração sociofamiliar (Martins et al., 2018).

Telefonicamente, A.F refere que atualmente esta em casa da filha fora do concelho, não sendo por isso viável ir a USF . Contudo este demonstrou receios quanto à recuperação da esposa. Segundo Figueiredo (2012) as crenças podem surgir como dificultadoras de mudanças impedindo o funcionamento familiar efetivo ou serem promotoras de mudança e facilitadoras do funcionamento familiar. No caso as crenças iniciais estavam relacionadas com a cura e tratamento, o Sr. A. referiu que no início, ele e as filhas ficaram com receio, mas após falarem com a equipa hospitalar e com o vizinho que teve a esposa também neste tipo de cuidados, entenderam como se iria proceder e que ela viria para casa com maior autonomia, o que o descontraiu.

Com o conhecimento adquirido e as crenças percecionadas com um significado positivo, o impacto desta hospitalização prolongada na família é observada como um desafio e oportunidade de mudança com benefícios para o sistema. A doença de um dos membros gera um momento de crise familiar estando inerentes alterações na sua dinâmica. A capacidade da família em mobilizar recursos de coping facilita a perceção da crise como oportunidade de os elementos da família mobilizarem fatores protetores de cada um e do sistema familiar, e a sua superação e evolução para um nível de funcionamento mais complexo e diferenciado (Figueiredo, 2012). Agora em casa da filha sente o apoio da família extensa, salientando o suporte emocional e a companhia social que perceciona necessitar precisar neste momento.

No final do estágio, a Sra. A. mantém-se na RNCCI e o Sr. C. adaptou-se a novas rotinas em casa da filha. Após este episódio de internamento prolongado e o sucesso perante a adversidade, a resiliência familiar torna-se área de atenção para o enfermeiro. De acordo com Figueiredo (2012):

“a resiliência familiar centra-se em áreas fundamentais, que permitem o fortalecimento familiar, face a situações de crise, nomeadamente: atribuição de significado à adversidade, sentimento de pertença, esperança e otimismo, espiritualidade, flexibilidade, coesão, comunicação familiar, partilha do lazer, apoio mútuo, interações positivas, rotinas e rituais, redes de apoio e capacidade da família na sua manutenção.”

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS:

- Relvas, A. P. (1996). O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica. Edições Afrontamento
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lisboa: Lusociência;
- Martins, R., Henriques, T., & Carvalho, N. (2018). Impacto do internamento na rede nacional de cuidados continuados integrados na melhoria dos níveis da capacidade funcional dos utentes. *Gestão e Desenvolvimento*, 26. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2018.661>

ANEXO II – Escala de Morse



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

ANEXO III– Escala de Barthel

1.Alimentação	
Independente	☐ 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
2.Transferências	
Independente	☐ 15
Precisa de alguma ajuda	☐ 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	☐ 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	☐ 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0
4.Utilização do WC	
Independente	☐ 10
Precisa de alguma ajuda	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	☐ 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	☐ 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	☐ 5
Imóvel	☐ 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	☐ 10
Precisa de ajuda.....	☐ 5
Dependente.....	☐ 0
8.Vestir	
Independente	☐ 10
Com ajuda	☐ 5
Impossível	☐ 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	☐ 10
Acidente ocasional	☐ 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	☐ 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	☐ 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	☐ 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	☐ 0

TOTAL	
-------	--

ANEXO IV – Instrumento de avaliação das necessidades formativas

Questionário para Identificação das necessidades formativas

Convido-o a responder a este questionário, que tem como objetivo identificar as necessidades formativas da Equipe de Enfermagem relativamente ao MDAIF, para posterior realização de formação pela Enfermeira Marta Oliveira na USF.

O questionário, é constituído por duas partes e estará disponível de 12/05/2023 a 22/05/2023 até às 23:59.

O questionário é anónimo e confidencial, sendo os seus dados posteriormente usados para garantir o objetivo anteriormente descrito.

São estimados 8 min para o seu preenchimento. Agradeço a vossa colaboração para garantir o máximo de respostas possíveis.

1. Idade

Marque todas que se aplicam.

- ☐ + 25 anos
- ☐ 25 anos-30 anos
- ☐ 31 anos aos 39 anos
- ☐ 40 anos aos 49 anos
- ☐ > 50 anos

2. Habilitações Académicas

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

3. Formação em Enfermagem de Família

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Contexto Académico
- ☐ Formação Contínua Formal
- ☐ Auto-Formação
- ☐ Nenhuma

4. De entre as seguintes opções, escolha a opção correta relativamente ao tempo de exercício na profissão?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ 1-5 anos
- ☐ 6-10 anos
- ☐ 11-15 anos
- ☐ 16-20 anos
- ☐ 21-25 anos
- ☐ 26-30 anos
- ☐ >30 anos

5. De entre as seguintes opções, escolha a opção correta relativamente ao tempo de exercício de profissão em Cuidados de Saúde Primários?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1-5 anos
☐ 6-10 anos
☐ 11-15 anos
☐ 16-20 anos
☐ 21-25 anos
☐ >26 anos

II PARTE - Necessidades Formativas

Nesta seção é pretendido identificar as necessidades formativas relacionadas com avaliação familiar.

6. Normalmente, no seu dia-a-dia, intervém :

Marque todas que se aplicam.

- ☐ No indivíduo
☐ Na família

7. Pergunta sem título

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Opção 1

8. Conhece o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

9. Se respondeu SIM à questão anterior, já teve formação sobre o MDAIF?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

10. Na perspectiva de Enfermagem de Saúde Familiar, a família é o contexto onde a pessoa está inserida?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei.

14. Considera os registos de enfermagem uma pratica importante na atividade do Enfermeiro?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

15. Tendo em conta que o 5-Clínico é um sistema de informação que nos permite ter acesso a informação diversa sobre o utente e família. Conhece o Programa de Saúde da família disponível?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

16. Se respondeu SIM à questão anterior, e sabendo que o programa "Saúde da Família" está adicionado no âmbito do utente e da família, normalmente faz registos no Programa de Saúde da Família?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

17. Tendo em conta a sua abordagem à família, o quanto **considera importante a avaliação** e intervenção familiar. Sendo que 1 é nada importante, 4 razoavelmente importante e 7 muito importante.

Marcar apenas uma oval.

Nada importante

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐

Muito importante

18. Na sua perspectiva, de 1 a 7 **qual o seu grau de competência** na abordagem familiar. Sendo que 1 é totalmente incompetente e 7 totalmente competente.

Marcar apenas uma opção.

Totalmente incompetente

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐

Totalmente competente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google

Google Formulários

ANEXO V – Plano de sessão do momento formativo

PLANO DE SESSÃO

Designação	ENFERMAGEM DE SAUDE FAMILIAR...E AGORA?
Data e Hora	31 de Maio de 2023 das 13:30 as 15 h
Local	
Intervenientes	Enfermeira Marta Enfermeiras da USF
Objetivo Geral	No final da formação, os formandos deverão ser capazes de desenvolver um plano de cuidados tendo a família como cliente;
Objetivo Específico	No final da sessão os enfermeiros demonstrem conhecimentos para registar no Programa Saude da Familia no S-Clínico; No final da sessão os enfermeiros sejam capazes de registar no Programa Saude da Familia no S-Clínico;

omento	Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégia		Método	Avaliação	Tempo
			Atividades	Recursos			
Introdução	Reconhecer os objetivos específicos da formação; Refletir sobre a necessidade de formação na área de Enfermagem de Família;	Apresentação formador / formandos; Comunicação do tema; Comunicação dos objetivos;	Exposição oral pela formadora; Visualização de slides de apoio.	Computador e projetor multimédia	Expositivo (exposição oral com recurso a slides de apoio)	Sem Avaliação	15 min
Desenvolvimento	Compreender os conceitos inerentes ao MDAIF ; identificar estratégias para aumentar o conhecimento, permitindo o registo no programa de saúde da família no S- Clínico;	Definição de conceitos e características das famílias. Família como cliente e alvo dos cuidados; Matriz Operativa, com realce na dimensão estrutural e dimensão funcional (Processo familiar); Paralelismo entre o MDAIF e o S-Clinico;	Exposição oral pelo formador; Visualização de slides de apoio; Análise e discussão de estudo de caso	Computador e projetor multimédia	Expositivo Demonstrativo Ativo com recurso ao S-Clinico e a um caso;	Sem Avaliação	1h
Conclusão	Sintetizar os principais aspectos abordados no decorrer da sessão; Refletir sobre as competências adquiridas;	Síntese dos conteúdos; Esclarecimento de questões; Avaliação das aprendizagens; Encerramento da sessão / curso.	Exposição oral pelo formador; Visualização de slides de apoio; Colocação de questões pelo formador.	Computador e projetor multimédia	Expositivo Interrogativo	Com avaliação	30 min

ANEXO VI– Folha de presença do momento formativo

FOLHA DE PRESENÇAS

Formação: ENFERMAGEM DE SAUDE FAMILIAR....E AGORA ?
Formador: Marta Oliveira
Data 31 de Maio
Horário : Das 13:30 às 15h

[illegible]

ANEXO VII – Questionário da avaliação global do momento formativo

Ação de Formação: ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR...E AGORA ?

Data: _____ 31/05/2023 _____

Formador: _____ Enfermeira Marta Oliveira _____

A sua opinião sobre esta ação é muito importante. Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5.

Sendo atribuído ao valor 1 a "Mau", 2 "Razoável", 3 "Bom", 4 "Muito Bom" e ao valor 5 "excelente" conforme a sua opinião.

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

B - FORMADOR/A	1	2	3	4	5
Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação					
Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões					
Relacionamento com os/as formandos/as					
Capacidade de motivar para as matérias lecionadas					
Pontualidade / cumprimento do horário das sessões					

C - ORGANIZAÇÃO	1	2	3	4	5
Qualidade e adequação das instalações e equipamentos					
Condições físicas (salas, acessibilidades, etc...)					
Carga Horário da sessão					

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

E - Críticas/Sugestões/Comentários

--

GRATA PELA ATENÇÃO

MARTA OLIVEIRA

ANEXO VIII – O Momento formativo (Power Point)



ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR... E AGORA ?

Objetivos

Objetivo geral

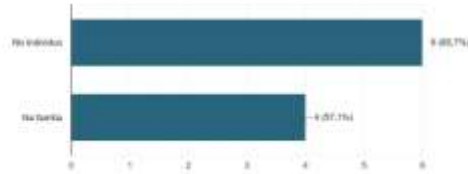
Promover a conhecimentos da equipa no que concerne à **documentação no Sistema de Informação S- Clínico, nomeadamente no Programa "Saúde da Família"**.

Promover o **conhecimento** para dos enfermeiros da USF no que concerne aos registos clínicos no S-Clinico, programa de Saúde da Família ;

Promover a **capacitação** dos enfermeiros da USF no que concerne aos registos clínicos no S-Clinico, programa de Saúde da Família ;

EQUIPA ESTA DE PARABÉNS!

Normalmente, no seu dia-a-dia, intervém :
7 respostas



Conhece o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?
7 respostas



Introdução

FAMÍLIA

"...Unidade sistémica em constante transformações para manter a sua auto-organização..."

"...Família tem a competência necessária para se manter em continuidade, pelo equilíbrio dinâmico entre a mudança e estabilidade..."

Contexto

"... a finalidade dos cuidados centra-se na potencialização das forças, recursos e competências dos elementos da família..."

"... mobilizar recursos internos e externos..."

CLIENTE

Alvo dos cuidados

"...Sistema familiar alvo dos cuidados, com foco na família como um todo como nos seus membros individualmente..."

"Tem por finalidade a capacitação dos elementos da família, a partir da maximização do seu potencial de saúde;
Numa visão colaborativa o enfermeiro ajuda a serem dinâmicos a se envolverem no seu projeto de saúde."

(Figueiredo, 2012)

Introdução

FAMÍLIA

Cliente

Alvo dos cuidados

?

COMPLEXIDADE

Imprevisibilidade
Incontrolabilidade
Instabilidade
Intersubjetividade
Incerteza
Princípio da entropia/ neguentropia
Indeterminação
Irreversibilidade



Competências do EEESCSF



Desta competência infere-se que o Enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde familiar, seja detentor de conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem e demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão.
"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."

(Ordem dos Enfermeiros, 2018).

MDAIF

Com o objetivo **explorar as práticas dos enfermeiros de família e integrá-la na atual política nacional**, explanada no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, esta teoria **descreve os conceitos e as relações entre eles, além de conter os pressupostos, princípios e postulados para a prática da enfermagem de saúde familiar**.

"...Conselho Diretivo deliberou, em reunião de 07 de Dezembro de 2011, adotar o MDAIF como referencial teórico e operativo em Enfermagem de saúde familiar"

MDAIF

MDAIF

Questionamento gera mudança

Questionar/perguntar é **intervir e promove mudança**.

A utilização do **questionário** sistêmico e de **técnicas activas e interaccionais** promovem a co-criação de novas visões normalizadoras do funcionamento familiar;

A realidade, tal como a conhecemos, é construída socialmente **através da linguagem e dos diálogos** que estabelecemos.

MDAIF

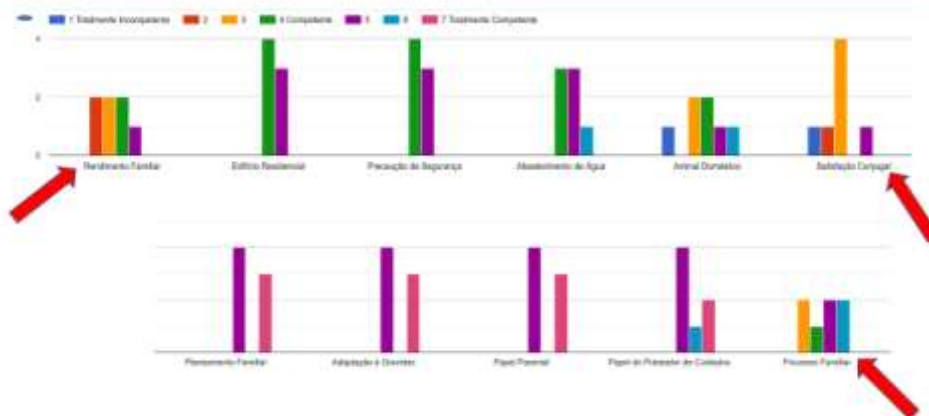


Importância dos Registros

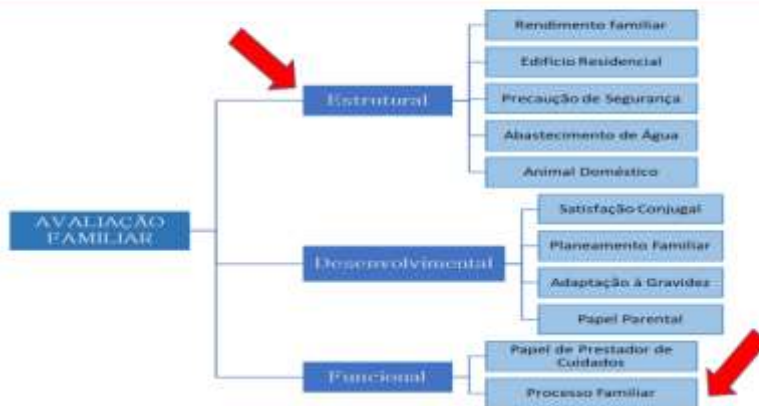
Benefícios da documentação no Sistema de Informação S- Clínico

Simultaneamente à evolução da **Enfermagem de Saúde Familiar** tem-se verificado uma evolução científica e tecnológica, relativamente aos "Sistemas de Informação em Saúde" relativos à área, realçando a **importância dos registros de enfermagem** para a **continuidade e qualidade dos cuidados prestados**, para **identificação de melhores práticas** associadas a resultados obtidos (Araújo, 2021). O recurso a registros pode ser considerado uma **ferramenta de gestão e investigação** produzindo conhecimento científico, **inovação nos cuidados e valorização profissional** (Correia and Bernardes, 2017).

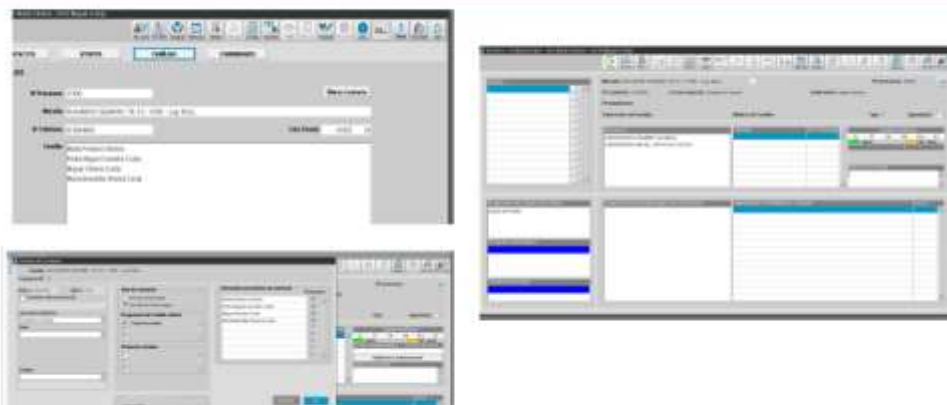
"...Percepção acerca do seu grau de competência no que concerne à documentação do processo de enfermagem (registos no Sistema informático)..." e agora ?



MDAIF



Como aceder ao programa de Saúde Familiar?



Programa de Saúde Familiar _ DIMENSÃO ESTRUTURAL

[Genograma](#)

[Sistemas mais amplos \(ecomapa\)](#)

[Tipo de Família e etapa do ciclo vital](#) (Duvall ou Relvas)

Família Extensa: com quem vive, grau de parentesco, quem dá apoio, com quem conversam, com quem desabafam, quem é a melhor amiga. E se o contacto é diário, semanal, ou mensal, pelo telefone, ou pessoalmente, se ajudam apenas ouvindo, ou mesmo com ajuda monetária... etc

[Classe Social \(Graffari\) e Tipo de Habitação](#)

[Edifício Residencial](#)

[Sistema de Abastecimento](#)

[Ambiente Biológico](#)

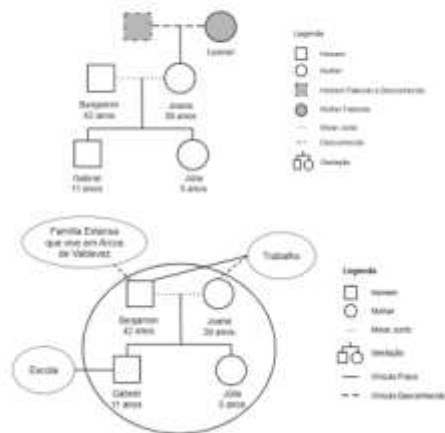
[Continuação](#)

1- Genograma: Quantos filhos tem, que idade tem, quem vive com vocês? [...]

Usado na colheita de dados familiares, possibilitando uma percepção da estrutura familiar e dos seus problemas. Ajuda a perspetivar o passado familiar, problemas potenciais futuros, e fornece informações sobre o desenvolvimento e funcionamento da família;

2- Ecomapa: Vínculo forte, fraco, normal com a igreja, com o trabalho, com a saúde [...]

Explora relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares;



Figueredo (2012), página 15 e 16

Tipo de Família

De acordo com o International Council of Nurses (ICN) são definidas as seguintes tipologias de família (CIPE , 2020):

Família nuclear: família constituída por marido, esposa e um ou mais filhos.

Família alargada: quando na mesma casa existem 3 gerações da mesma família, como por exemplo, pais, filhos e netos.

Família monoparental: família constituída por única, mãe, pai , figura parental e ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes.

Família reconstruída: casal em que um dos elementos já teve uma relação conjugal anteriormente e desse relacionamento existem filhos;

Coabitação: homens e mulheres, sem qualquer relação, partilham a mesma habitação;

Família institucional : relacionados com lares, instituições de adoção, conventos, entre outros.

Comunas: é um grupo de pessoas que residem no mesmo local e apresentam objetivos de vida comuns, como as irmandades, congregações, etc.

[illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Métodos de identificação por meio de dispositivos

- 1. Reconhecimento de voz
- 2. Reconhecimento de imagem
- 3. Reconhecimento de assinatura
- 4. Reconhecimento de rosto
- 5. Reconhecimento de íris
- 6. Reconhecimento de palma
- 7. Reconhecimento de veias
- 8. Reconhecimento de batimento cardíaco
- 9. Reconhecimento de temperatura
- 10. Reconhecimento de pressão arterial
- 11. Reconhecimento de pressão sanguínea
- 12. Reconhecimento de pressão arterial
- 13. Reconhecimento de pressão sanguínea
- 14. Reconhecimento de pressão arterial
- 15. Reconhecimento de pressão sanguínea

Métodos de identificação por meio de características físicas

- 1. Reconhecimento de voz
- 2. Reconhecimento de imagem
- 3. Reconhecimento de assinatura
- 4. Reconhecimento de rosto
- 5. Reconhecimento de íris
- 6. Reconhecimento de palma
- 7. Reconhecimento de veias
- 8. Reconhecimento de batimento cardíaco
- 9. Reconhecimento de temperatura
- 10. Reconhecimento de pressão arterial
- 11. Reconhecimento de pressão sanguínea
- 12. Reconhecimento de pressão arterial
- 13. Reconhecimento de pressão sanguínea
- 14. Reconhecimento de pressão arterial
- 15. Reconhecimento de pressão sanguínea

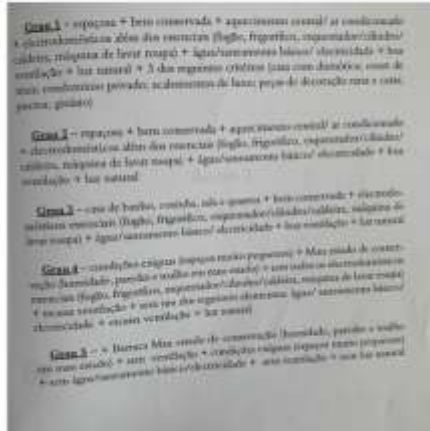
Na avaliação inicial, no programa "saúde da Família" consta também avaliação do Tipo de família, ciclo de vida...

Regressar ao Índice

[illegible][illegible]

Programa de Saúde Familiar _ DIMENSÃO ESTRUTURAL

Critérios de Habitação



Rendimento familiar : "...relação entre os recursos previsíveis e a capacidade para assegurar a segurança e satisfação das necessidades ..." (Figueiredo, 2012)

Quando a origem do rendimento família encontra-se em grau 4 e 5 , deve avaliar-se o conhecimento.

FOCO: RENDIMENTO FAMILIAR (Seleção: Avaliar gestão do rendimento)		
Dimensões	Dado Diagnóstico	Ativo
Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares	Bom Médio	Conhecimentos Muito Demonstrado

Diagnóstico: Rendimento Familiar Não Insuficiente / Insuficiente

Resumo Escala | **ESCALA DE GRAFFAR**

ESCALA DE GRAFFAR

Resumo Escala de Rendimento Familiar

Conhecimentos sobre gestão do rendimento

ESCALA DE GRAFFAR

Conhecimentos sobre gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares

Bom demonstrado

Conhecimentos

[Resumo da Escala](#)

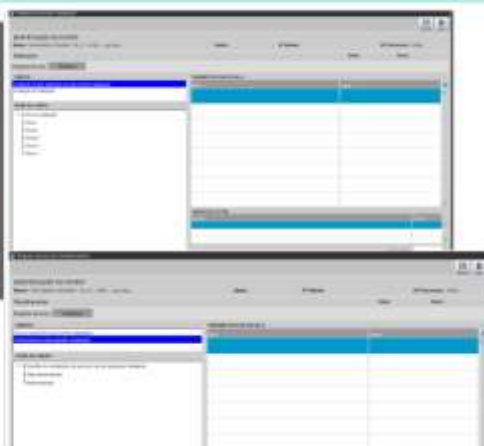
Programa de Saúde Familiar



Avaliar Habitação
Avaliar Rendimentos



ESCALA DE
GRAFFAR



[Resumo da Escala](#)

ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR... E AGORA ?

Programa de Saúde Familiar _ DIMENSÃO ESTRUTURAL

Edifício Residencial

Registar Escala | Histórico

GRUPOS

Sistema de abastecimento de água

ITEMS DO GRUPO

Intervenção recomendada a realizar

Data avaliação

Analisar potencial para melhoria do abastecimento de água

Analisar contaminação sobre abastecimento de água

Registar Escala | Histórico

Sistema de abastecimento → A água potável é essencial para a manutenção das condições necessárias à promoção da saúde.

Registar Escala | Histórico

GRUPOS

Sistema de abastecimento de água

ITEMS DO GRUPO

Intervenção recomendada a realizar

Data avaliação

Analisar potencial para melhoria do abastecimento de água

Analisar contaminação sobre abastecimento de água

Registar Escala | Histórico

Quando a água é de rede privada, requer especial atenção da nossa parte .
Os conhecimentos sobre os riscos de contaminação, fatores de contaminação, sintomas que possam surgir... determinam se a família é capaz de adequar os cuidados de acordo com a fonte de abastecimento, mantendo sempre a água potável .

ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR... E AGORA ?

Programa de Saúde Familiar _ DIMENSÃO ESTRUTURAL

Ambiente Biológico → Relacionado com o animal doméstico.

Registar Escala | Histórico

GRUPOS

Sistema de abastecimento de água

ITEMS DO GRUPO

Intervenção recomendada a realizar

Data avaliação

Analisar potencial para melhoria do abastecimento de água

Analisar contaminação sobre abastecimento de água

Registar Escala | Histórico

Programa de Saúde Familiar_ DIMENSÃO FUNCIONAL_ PROCESSO FAMILIAR

Dimensão funcional	"... alude primordialmente aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho de funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema, e dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades..."
Processo familiar	"... centra-se nos padrões de interação..." "... padrão transacional que decorre das interações contínuas que se vão desenvolvendo entre os membros da família..."



Comunicação Familiar
Coping Familiar
Interação de Papéis
Relação Dinâmica
Crenças Familiares

Programa de Saúde Familiar_ DIMENSÃO FUNCIONAL_ PROCESSO FAMILIAR

Comunicação Familiar
Coping Familiar
Interação de Papéis
Relação Dinâmica
Crenças Familiares



Programa de Saúde Familiar_ DIMENSÃO FUNCIONAL_ PROCESSO FAMILIAR

Comunicação Familiar
Coping Familiar
Interação de Papéis
Relação Dinâmica
Crenças Familiares

Existe uma comunicação constante entre os membros da família, que muitas vezes determina a forma como os elementos da família percebem a realidade e a constroem (Figueiredo, 2012).

		+	+	+	
Comunicação Funcional	Quanto na família expressa cada um os sentimentos				Não efetiva
	Variação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (se não especificar)	+Sim +Não	+Sim +Não	+Sim +Não	
	Averbas da família relativamente à expressão dos sentimentos dos membros (se não especificar)	+Sim +Não	+Sim +Não	+Sim +Não	
Comunicação verbal/não verbal	Respecto aos sentimentos de cada um, tem na família (se não especificar) (se não especificar)				
	Todos na família são claros e directos na expressão, se não, em qual compreensão de forma clara e que se está ao dispor (se não especificar)	+Sim +Não	+Sim +Não	+Sim +Não	
	Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) (se não especificar)	+Sim +Não	+Sim +Não	+Sim +Não	
Comunicação Dinâmica	Variação dos membros sobre a forma como se comunicam na família (se não especificar)	+Sim +Não	+Sim +Não	+Sim +Não	Eficaz
	Respecto aos membros da família, como cada um se expressa (se não especificar) (se não especificar)				

Programa de Saúde Familiar _ DIMENSÃO FUNCIONAL_ PROCESSO FAMILIAR

Comunicação Familiar

Coping Familiar

Interação de Papéis

Relação Dinâmica

Crenças Familiares

... Comportamentos de mobilização de estratégias e recursos que permitem a manutenção do funcionamento familiar, dando resposta a fatores de stress...

... As crises são percecionadas como oportunidade de mudança... e a capacidade de gestão das estratégias de solução de problemas permitirá ... Evoluir positivamente... Construindo cada família as suas próprias estratégias de coping...

Dimensão: Coping Familiar				
Solução de problemas	Quem na família expressa mais os sentimentos			Eficaz Não Eficaz
	Quem na família tem iniciativa para os resolver			
	Existe discussão sobre os problemas da família	*Sim *Não	*Sim *Não	
	Os membros da família estão satisfeitos com a forma como se discutem os problemas <i>(se não especificar)</i>	*Sim *Não	*Sim *Não	
	A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas <i>(se não especificar)</i>	*Sim *Não	*Sim *Não	
	Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas <i>Especificar:</i>	*Sim *Não	*Sim *Não	

Programa de Saúde Familiar _ DIMENSÃO FUNCIONAL_ PROCESSO FAMILIAR

Comunicação Familiar

Coping Familiar**Interação de Papéis**

Relação Dinâmica

Crenças Familiares

...o padrão de interação familiar também se expressa na organização de papéis familiares e interligação dos mesmos, como normalização interacional face às exigências funcionais do sistema familiar, num contexto mediado pelas expectativas familiares

Papel de Provedor	Quem desempenha	*	*	Eficaz
Papel Gestão Financeira	Consenso de Papel <i>(se não especificar)</i>	*Sim *Não	*Sim *Não	Não Eficaz
Papel de Cuidado Doméstico	Conflito de papel <i>(se não especificar)</i>	*Sim *Não	*Sim *Não	(Consenso de papel não /saturação de papel sim)
Papel Recreativo	Saturação de Papel <i>(se não especificar)</i>	*Sim *Não	*Sim *Não	Não conflitual
Papel Parente				Conflitual <i>(se conflito de papel sim)</i>

Programa de Saúde Familiar _ DIMENSÃO FUNCIONAL_ PROCESSO FAMILIAR

Comunicação Familiar

Coping Familiar**Interação de Papéis****Relação Dinâmica**

Crenças Familiares

...Relacionada com a partilha de responsabilidades, sentimentos e emoções, aliada à aptidão para a flexibilidade de papéis... identificação da força e recursos... (Figueiredo, 2012).

Dimensão: Relação Dinâmica				
Influência e Poder	Membros com maior poder na família	*	*	Não disfuncional Disfuncional
	Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros <i>(se não especificar)</i>	*Sim *Não	*Sim *Não	
Aliança e União	Existem na família alianças entre alguns dos seus membros <i>(se não especificar)</i>	*Sim *Não	*Sim *Não	
	Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a unidade <i>(se não especificar)</i>	*Sim *Não	*Sim *Não	

Funcionalidade da Família - Perceção dos membros - APSAR Familiar de 3membros		
Família altamente funcional	*	*
Família com moderada disfunção	*	*
Família com disfunção acentuada (em pelo menos 1 dos membros da família)	*	*

Condição Adequabilidade da Família - FADES II		
Condição	Adequabilidade	Tipo de Família
*Alimentada	*Alta	*Alta ou moderada
*Separada	*Moderada	*Equilibrada
*Alta	*Baixa	*Alta ou baixa
*Baixa	*Baixa	*Baixa

ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR... E AGORA?

Programa de Saúde Familiar

ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR... E AGORA?

Programa de Saúde Familiar

The screenshot displays the 'Análise de Custos' (Cost Analysis) window. The interface includes a top menu bar, a left sidebar with a project tree, and a main workspace divided into several panes. The top pane shows a table of cost items with columns for 'Item', 'Descrição', 'Valor', and 'Unidade'. The middle pane shows a table of cost items with columns for 'Item', 'Descrição', 'Valor', and 'Unidade'. The bottom pane shows a table of cost items with columns for 'Item', 'Descrição', 'Valor', and 'Unidade'. The left sidebar contains a tree view of the project structure. The right sidebar contains a list of cost items. The bottom status bar shows the current date and time.



ANEXO IX – Matriz documental (MDAIF)

Nº FAMÍLIA_____

APRESENTAÇÃO DA FAMÍLIA

Membro Sigla		
Idade		
Profissão		
Instrução/escolaridade		
Origem do rendimento familiar		
Patologias		
Diagnósticos Individuais		
Questões		

COMPOSIÇÃO FAMILIAR: GENOGRAMA

Com quem vivem, Filhos, idade, relação, genro ou noras, netos ou netas, idades, profissões, vivem perto, irmãos, relação com eles, quem apoia quando precisam.

Tipo de Família	Ciclo Vital (Relvas, 1996)						
Casal Família nuclear Família reconstruída Família Monoparental Coabitação Família institucional Comuna Unipessoal Família Alargada Outra: _____	Formação do Casal Família com Filhos Pequenos Família com Filhos na Escola Família com Filhos Adolescentes Família com Filhos Adultos						
ECOMAPA							
<u>Para cada elemento da família, mencionar o tipo de vínculo nos seguintes aspetos:</u>							
	Trabalho	Escola	Inst.Saude	Religião	IPSS	Lazer/Cultura	Amigos
Vínculo forte							
Vínculo Intermedio							
Vínculo fraco							
Notas:							

Algumas questões:

- Com quem vive?
- Qual o grau de parentesco com essas pessoas?
- Como descreve a sua relação com essas pessoas?
- Eles dão suporte quando vocês precisam ?
- Quando precisam de algo, a quem recorrem?
- Quando querem desabafar, com quem falam?
- Costumam diariamente ter contacto com quem ?
- Tem alguma pessoa que, apesar de não pertencer à sua família de sangue, a considere como alguém muito importante, quase como família? E como é a sua relação com ela?

Família Extensa	Tipo Contacto	Intensidade de Contacto	Função das relações
Nome: Parentesco:	Pessoal Telefónico Carta/e-mail _____	Diário Semanal Mensal _____	Companhia Social Apoio Emocional Guia cognitivo e conselhos Ajuda material e de serviço Acesso a novos contactos
Nome: Parentesco:	Pessoal Telefónico Carta/e-mail _____	Diário Semanal Mensal _____	Companhia Social Apoio Emocional Guia cognitivo e conselhos Ajuda material e de serviço Acesso a novos contactos
Nome: Parentesco:	Pessoal Telefónico Carta/e-mail _____	Diário Semanal Mensal _____	Companhia Social Apoio Emocional Guia cognitivo e conselhos Ajuda material e de serviço Acesso a novos contactos
Nome: Parentesco:	Pessoal Telefónico Carta/e-mail _____	Diário Semanal Mensal _____	Companhia Social Apoio Emocional Guia cognitivo e conselhos Ajuda material e de serviço Acesso a novos contactos
Nome: Parentesco:	Pessoal Telefónico Carta/e-mail _____	Diário Semanal Mensal _____	Companhia Social Apoio Emocional Guia cognitivo e conselhos Ajuda material e de serviço Acesso a novos contactos

Dimensão estrutural de Contexto Com religião: ____ (qual? _____) Sem religião: ____

- Costuma frequentar instituições de saúde, instituições religiosas, instituições/atividades de lazer e cultura ou conviver com amigos?
- Qual a frequência que as frequenta?
- Sente que possui um vínculo/ligação forte, muito forte ou médio com cada uma delas?
- Sente que essa relação lhe traz benefício, quer para si, quer para a sua família?

Outro	completo não completo		
Eletricidade	Sim Não	Higiene Habitação ^	Sim Não
Habitação conservada	Sim Não	Ventilação	Sim Não
Luz natural	Sim Não	Barreiras Arquitetônicas	Sim* Não

Questões:

- Em relação à sua habitação, considera-a com boas condições?
- Possui todos os eletrodomésticos que necessita para o seu dia-a-dia?
- O tamanho chega para o vosso quotidiano?
- Considera que, na sua habitação, há alguma característica que cause dificuldade no seu quotidiano? Como, por exemplo, o pavimento, o tipo de entrada, presença de degraus, ... Que tipo de estratégia utiliza para que possa omitir essa dificuldade?
- Gás canalizado?
 - Gás canalizado (Possui o conhecimento se: sabe que cuidados deve ter; como utilizar e manusear; referenciar à manutenção (quando necessário) o equipamento de gás)
 - è Gás botija (Possui o conhecimento se: sabe que cuidados deve ter; como utilizar, manusear e reabastecer (se necessário); enviar para a manutenção (quando necessário) o equipamento de gás)

Sistema de abastecimento (* se SIM e NÃO avaliar a área de atenção Abastecimento de água)		
Abastecimento de água	Utilização da rede privada para consumo humano	Serviço de tratamento de resíduos
Não tem Rede pública Rede privada (furo/poço) Rede mista	Sim* Não Controlo da qualidade da água: Sim Não*	Rede pública Fossa séptica Não tem

Ambiente Biológico		
Animal de estimação	Sim Qual:	Não
Vacinação	Sim	Não
Desparasitação	Sim	Não
Higiene do animal	Sim	Não
Higiene do local circundante	Sim	Não
Animal está dentro de casa	Sim	Não
Observações:		
Transição Familiar		

DIAGNÓSTICOS / FOCOS / INTERVENÇÕES DA DIMENSÃO ESTRUTURAL DIMENSÃO ESTRUTURAL

FOCO: RENDIMENTO FAMILIAR		
[Sclínico: Avaliar gestão do rendimento]		
Dimensões	Dado Diagnóstico	Juízo
Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares	Sim Não	Demonstrado Não Demonstrado
Diagnóstico: Rendimento Familiar Não Insuficiente / Insuficiente		

Data	Intervenções
Data	Atividades que concretizam as intervenções
Data	Avaliação dos resultados de intervenção

FOCO: EDIFÍCIO RESIDENCIAL [Sclínico : Avaliar habitação; Avaliar conhecimento sobre habitação]		
Dimensões	Dado Diagnóstico	Juízo
Graffar grau 4 ou 5^	Sim Não	-----
Higiene da habitação*	Sim Não	-----
Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não segura^	Sim Não	Demonstrado Não Demonstrado
Conhecimento sobre governo da casa*	Sim Não	
Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional*	Sim Não	

Diagnóstico*: Edifício residencial Seguro/Não Seguro
Diagnóstico^: Edifício residencial Não negligenciado/Negligenciado

Precaução de Segurança		
[Sclínico: Avaliar precaução de segurança; Avaliar as medidas de precaução de segurança]		
Dimensões	Dados de Diagnóstico	Juízo
Barreiras arquitectónicas	Sim Não	-----
Gás doméstico	Sim Não	-----
Aquecimento	Sim Não	-----
Conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento	Sim Não	Demonstrado Não Demonstrado
Conhecimento sobre utilização de equipamento	Sim Não	
Conhecimento sobre manutenção de equipamento eléctrico	Sim Não	
Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	Sim Não	
Diagnóstico: Precaução de segurança demonstrada/não demonstrada		

Abastecimento de água		
[Sclínico: Avaliar abastecimento de água]		
Dimensões	Dados Diagnósticos	Juízos
Utilização da água de rede privada para consumo e não efetua o controle da	Sim Não	Demonstrado Não Demonstrado

qualidade		
Conhecimento sobre controle da qualidade da água	Sim Não	
Conhecimento sobre estratégia de manutenção da qualidade da água	Sim Não	
Diagnóstico: Abastecimento de água adequado/não adequado		

Animal Doméstico		
Dimensões	Dados Diagnósticos	Juízos
Vacinação do animal	Sim Não	-----
Desparasitação	Sim Não	-----
Conhecimento sobre a vacinação do animal	Sim Não	Demonstrado Não Demonstrado
Conhecimento sobre serviços da comunidade	Sim Não	
Conhecimento sobre desparasitação de animal doméstico	Sim Não	
Diagnóstico: Animal doméstico Não Negligenciado/negligenciado		

B-DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

FOCO: SATISFAÇÃO CONJUGAL

Dimensões	Dados concretização	Dado Diagnóstico		Juízo
		Sr. A	Sra. B	
Relação Dinâmica	Satisfação do casal com a divisão/partilha de tarefas <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Não disfuncional Disfuncional
	Satisfação do casal com o tempo que passam juntos <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	
	Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimento <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	
Comunicação	O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um	Sim Não	Sim Não	Não Eficaz Eficaz
	O casal consegue chegar a um acordo quando há discordância	Sim Não	Sim Não	
	Satisfação com o padrão de comunicação <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	
Interação sexual	Satisfação do casal com o padrão da sexualidade <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Não Adequada Adequada
	Conhecimento sobre a sexualidade	Sim Não	Sim Não	
Função sexual	Disfunções sexuais: Perturbação do desejo sexual Disfunção erétil Disfunção da ejaculação Perturbação do orgasmo Dispareunia Vaginismo	Sim Não	Sim Não	Não Comprometida Comprometida

	Outra			
	Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	Sim Não	Sim Não	

Algumas questões:

RELAÇÃO DINÂMICA

Como costumam dividir as tarefas em casa?

Estão satisfeitos com a forma como dividem as tarefas domésticas?

Sentem que o tempo que passam juntos, a dois, vos deixa satisfeitos?

De 1 a 10 quanto gostariam de passar mais tempo juntos?

Vocês conseguem falar um com o outro e dizerem o que sentem?

Quando um de vocês sente algo, fala com o outro?

Sentem-se satisfeitos assim ?

COMUNICAÇÃO DO CASAL

Normalmente falam entre vocês sobre os vossos medos e receios?

Falam das expectativas futuras?

Quando existe uma discussão, conseguem chegar a um acordo?.

Estão satisfeitos com a forma como comunicam?

INTERAÇÃO SEXUAL

Como casal, mantém relações sexuais?

Uma das complicações da diabetes é muitas vezes refletida na atividade sexual, sentem isso?

Desde quando notaram isso ?

Isso influenciou a vossa relação?

Diagnóstico: Satisfação Conjugal (foco) mantida (Verde)/não mantida (vermelho)

C- DIMENSÃO FUNCIONAL

MEMBRO DA FAMÍLIA DEPENDENTE:

PRESTADOR DE CUIDADOS:

DEPENDÊNCIA EM:

- Autocuidado Higiene
- Autocuidado Vestuário
- Autocuidado Comer
- Autocuidado Beber
- Autocuidado Ir ao sanitário
- Autocuidado Comportamento sono-reposo
- Autocuidado Atividade de lazer
- Autocuidado Atividade Física
- Autocuidado Gestão do Regime Terapêutico
- Autovigilância Sim
- Autoadministração de medicamentos

FOCO: PAPEL PRESTADOR DE CUIDADOS (PC)		
Dimensão: Conhecimento do Papel		
Dados de Caracterização	Prestador de cuidados	
Autocuidado Higiene	Quem: _____	
- Conhecimento do PC sobre importância de estimular independência	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre técnica de banho	Sim	Não
- Aprendizagem da habilidade do PC sobre técnica de banho	Sim	Não
- Aprendizagem do PC sobre técnica de lavagem e dentes	Sim	Não
- Aprendizagem do PC sobre técnica de fio dentário	Sim	Não
- Aprendizagem de habilidades do PC sobre a utilização do uso de fio dentário	Sim	Não
- Conhecimento do PC da periodicidade da lavagem dos dentes	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre higiene do cabelo (lavar, escovar e pentear)	Sim	Não
- Aprendizagem de habilidades do PC sobre higiene do cabelo	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre a técnica fanerotomia	Sim	Não
- Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica fenerotomia	Sim	Não

Autocuidado Vestuário	Quem: _____	
- Conhecimento do PC para estimular a independência	Sim	Não
- Conhecimento do PC da adequação do clima	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre a técnica do vestir	Sim	Não
- Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de vestir	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre técnica para despir	Sim	Não
- Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de despir	Sim	Não
Autocuidado Comer	Quem: _____	
- Conhecimento do PC para estimular a independência	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre padrão alimentar adequado	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre a preparação dos alimentos	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre técnica de alimentação (oral e SNG)	Sim	Não
- Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de alimentação	Sim	Não
Autocuidado Beber	Quem: _____	
- Conhecimento do PC para estimular a independência	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre padrão da ingestão de líquidos adequado	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre técnica de administração de líquidos	Sim	Não
- Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de administração de líquidos	Sim	Não
Autocuidado Ir ao Sanitário	Quem: _____	
- Conhecimento do PC para estimular a independência	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre equipamentos adaptativos	Sim	Não
- Aprendizagem de habilidades do PC sobre equipamentos adaptativos	Sim	Não
Autocuidado comportamento do sono - repouso	Quem: _____	

- Conhecimento do PC para estimular a independência	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre a importância de um sono reparador	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre as horas de sono e repouso	Sim	Não
Autocuidado de atividade recreativa	Sim	Não
- Conhecimento do PC para estimular a independência	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre a importância de manter atividades de lazer	Sim	Não
Autocuidado atividade física	Quem: _____	
- Conhecimento do PC para estimular a independência	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre padrão do exercício adequado	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)	Sim	Não
- Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre equipamentos adaptativos	Sim	Não
- Aprendizagem de habilidades do PC sobre equipamentos adaptativos	Sim	Não
Autocuidado gestão do regime terapêutico	Quem: _____	
- Conhecimento do PC para estimular a independência	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre a fisiopatologia da doença	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre medidas de prevenção de complicações	Sim	Não
- Conhecimento do PC sobre regime medicamentoso	Sim	Não
Juízo Demonstrado Não demonstrado		
Dimensão: Comportamentos de adesão		
- O PC estimula a independência do membro da família dependente	Sim	- Não
- O PC promove higiene adequada ao membro da família dependente	Sim	- Não

- O PC promove vestuário adequado ao membro da família dependente	Sim	- Não
- O PC promove a ingestão nutricional adequada membro da família dependente	Sim	- Não
- A família adquiriu equipamento adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente	Sim	- Não
- O PC promove comportamento de sono/repouso adequado ao membro da família dependente	Sim	- Não
- O PC promove atividade recreativas adequadas ao membro da família dependente	Sim	- Não
- O PC promove padrão de exercício adequado membro da família dependente	Sim	- Não
- O PC assiste o membro da família dependente na autovigilância	Sim	- Não
Juízo Demonstrado Não demonstrado		
Consenso do Papel	Sim	- Não
Conflitos do papel	Sim	- Não
Saturação do Papel	Sim	- Não
• Pode, por favor, explicar-me como é que faz para garantir o AC da sua mãe, por exemplo, na para dar banho (higiene). (... , vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento sono-repouso, atividade recreativa, atividade física, gestão do regime terapêutico, habilidades sobre autovigilância, autoadministração de medicamentos) • Como é que se sente ao realizar este papel de PC? • Todos os elementos da sua família estão de acordo face ao papel que a Srª tem no cuidar da Srª ? • Sente que há algum fator que esteja a dificultar o seu papel como prestador de cuidados? • Por exemplo, sente que haja uma saturação (psicológica, emocional, social, econômica), conflitos de interesses (quando há uma expectativa da família que não é compatível com o desempenho do seu papel)? • Tem alguém que a apoie? • Como decidiram quem ia encarregar-se das coisas da sua mãe? O papel de cuidadora foi assumido por si, ou foi algo decidido pela família?		

- Como tem dividido a partilha/divisão de tarefas quanto à prestação de cuidados? Quais as principais necessidades da sua mãe?
- A senhora tem conhecimentos sobre como dar banho, alimentar, preparar medicação, etc? Aprendeu como ?
- Descreva o seu dia?
- Que alterações gostaria de poder fazer no seu dia a dia?.
- Como se sente por estar a cuidar dela ? (r/ saturação do papel).
- O seu estado de saúde teve alguma alteração devido a ser prestador de cuidados?
- Sente que os valores da diabetes alteraram desde então?
- Os seus planos, que já tinha anteriormente feito, foram alterados com esta alteração de papel?
- Vida social, tem ?
- Impacto financeiro, tem tido mais gastos?
- Qual a posição da sua família, quanto ao fato de estar a ser cuidador?
- Eles ajudam?
- Qual a expectativa deles quanto ao que podem fazer?
- Que sentimentos associa a estar a cuidar dela?
- Que sentimentos demonstra o familiar por ver que você está a cuidar dele?
- Como se sente, sente-se sobrecarregada?

Diagnóstico: Papel prestador de cuidados (foco) Adequado (verde) /não adequado (vermelho)

DIMENSÃO FUNCIONAL

Escala de Readaptação social de Holmes e Rabe _____

FOCO: PROCESSO FAMILIAR					
Dimensões	Dados concretização	Dado Diagnóstico			Juízo
		A	B	C	
Dimensão: Comunicação Familiar					
Comunicação Emocional	Quem na família expressa mais os sentimentos				Não Eficaz Eficaz
	Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos membros <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Impacto que os sentimentos de cada um tem na família <u>Se não favorável (F.), especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
Comunicação verbal/não verbal	Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada compreende de forma clara o que os outros dizem <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Todos na família se expressão claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
Comunicação	Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família	Sim Não	Sim Não	Sim Não	

Circular	<u>Se não especificar:</u>				
	Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa <u>Se não favorável (F.), especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	

Algumas questões:

COMUNICAÇÃO EMOCIONAL

Quem na família expressa mais sentimentos?

Sente-se satisfeita relativamente ao modo que ambos expressam os sentimentos?

No vosso dia -a - dia, relacionando com a diabetes, vocês tiverem que alterar determinados hábitos.

Vocês conversam sobre isso?

Concordaram que alimentação tinha que mudar ?

Expressaram a vontade ou não vontade de mudar ?

COMUNICAÇÃO VERBAL/ NÃO VERBAL

Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, cada um, compreende de forma clara o que os outros dizem?

Todos na família se expressam claramente quando se comunicam (verbal e não verbal) com os outros?

COMUNICAÇÃO CIRCULAR

Sentem que a forma como comunicam é favorável ou não ?

Quando diz que não quer mudar os seus hábitos alimentares, e hábitos de exercício, e a sua esposa quer, como acha que isso tem impacto na vossa relação? E mesmo na família?

Dimensão: *Coping* Familiar

Solução de	Quem na família expressa mais os sentimentos				Não Eficaz Eficaz
	Quem na família tem iniciativa para os resolver				
	Existe discussão sobre os problemas da família	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Os membros da família estão satisfeitos com a forma como	Sim Não	Sim Não	Sim Não	

problemas	se discutam os problemas <u>Se não especificar:</u>				
	A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas <u>Especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
Algumas questões: Quais são os problemas que agora enfrentam? Como pensam que podem resolver as vossas preocupações? Quem na família identifica mais rápido os problemas? Quem tem a iniciativa de resolver os problemas? Ficam felizes por conseguir resolver os problemas? Costumam discutir os problemas em família? Costuma recorrer a outros para a ajudar a resolver os problemas? Ajudam-se uns aos outros em tempos de dificuldades? Sentem que podem exprimir a vossa opinião em família, livremente? As decisões de família , tem em conta a opinião de todos? As responsabilidades são divididas por todos?					
Dimensão: Papéis Familiares - Interações de papéis					
Papel de Provador	Quem desempenha				Eficaz Não Eficaz (Consenso de papel não /saturação e papel sim)
	Consenso de Papel <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Conflitos de papel <u>Se sim especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Saturação de Papel <u>Se sim especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
Papel Gestão	Quem desempenha				Não conflitual Conflitual

Financeira	Consenso de Papel <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	(Se conflito de papel sim)
	Conflitos de papel <u>Se sim especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Saturação de Papel <u>Se sim especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
Papel de Cuidado Doméstico	Quem desempenha				
	Consenso de Papel <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Conflitos de papel <u>Se sim especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Saturação de Papel <u>Se sim especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
Papel Recreativo	Quem desempenha				
	Consenso de Papel <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Conflitos de papel <u>Se sim especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Saturação de Papel <u>Se sim especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
Papel Parente	Quem desempenha				
	Consenso de Papel <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Conflitos de papel	Sim	Sim	Sim	

	<u>Se sim especificar:</u>	Não	Não	Não	
	Saturação de Papel	Sim	Sim	Sim	
	<u>Se sim especificar:</u>	Não	Não	Não	

Algumas questões:

Papel de cuidado doméstico

Face às tarefas domésticas, quem colabora ?

Quem cozinha ?

Acha que o ter o papel de cozinhar ajuda no controle da diabetes?

E se fosse ao contrário, a vossa diabetes estaria mais controlada?

Ambos participam ou há algum que prevalece com mais atividades?

Papel recreativo

Quem estimula a família a praticar atividades de lazer, lúdicas ou recreativas?

Tem amigos com quem conviva ?

Quem marca as atividades?

Papel de parente

Quem faz a ligação com os outros familiares e mantém a consolidação dos laços familiares?

Dimensão: Relação Dinâmica

Influência e Poder	Membro com maior poder na família				
	Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
Aliança e Uniões	Existem na família alianças entre alguns dos seus membros <u>Se sim especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	
	Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união <u>Se não especificar:</u>	Sim Não	Sim Não	Sim Não	

Coesão e Adaptabilidade da família - FACES II (Caso se aplique)

Coesão	Adaptabilidade	Tipo de Família
Desmembrada	Rígida	Muito equilibrada
Separada	Estruturada	Equilibrada
Ligada	Flexível	Meio-termo
Muito Ligada	Muito flexível	Extrema

Funcionalidade da Família - Percepção dos membros - APGAR Familiar de Smilkstein

	A	B	C	D	E
Família altamente funcional					
Família com moderada disfunção					
Família com disfunção acentuada					
Diagnóstico: Processo Familiar (foco) não disfuncional (verde)/disfuncional (vermelho)					



esep
Escola Superior de
Enfermagem do Porto

código de validação: 008a944628d4

NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Marta Pinheiro de Oliveira** participou no **NursID Spring School 2023**, realizado de 8 a 12 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

Seminário 7 - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar - 8h

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino da Almeida • 4200-072 Porto • Portugal • Tel.: 226 079 800 • Fax: 226 106 337 • esep@esenf.pt • www.esenf.pt

ANEXO XI - Comprovativo como orador no NursID Spring School 2023

MOD.75.00



NURSID SPRING SCHOOL 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Marta Oliveira** proferiu o painel com o tema *Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias Nucleares com Membros do Casal Portadores de DM Tipo 2* no Seminário de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar integrado na NursID Spring School 2023, realizado no dia 9 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora



ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida // 4200-072 Porto // Tel: 225 073 500 // Fax: 225 096 337 // esep@esep.pt // www.esep.pt

ANEXO XII - Comprovativo de participação no XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas

**XV Encontro do Dia Internacional da Família:
Famílias e mudanças demográficas**



Certificado

Certifica-se que **Marta Pinheiro de Oliveira**, nascido(a) a 1984-03-02, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 12563421, participou no **XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas**, no dia 15 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato *online*.

Coimbra, 15 de maio de 2023

Pel'A Comissão Organizadora

Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

O Presidente da ESEnfC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600031583
Certificado nº C002041-909/2023

ANEXO XIII - Comprovativo de autora de uma Scoping Review “Fatores da Sexualidade que Influenciam a Satisfação Conjugal: Scoping Review”

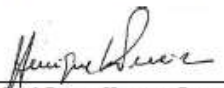


Certificado

Certifica-se que a Comunicação Oral “Fatores da Sexualidade que Influenciam a Satisfação Conjugal: uma Scoping Review” da autoria de Maria João Ferreira da Silva, Carla Alexandra Silva Alves, Marta Pinheiro de Oliveira, Susana Mónica Almeida Silva e Maria Henriqueta Figueiredo foi apresentada por Maria João Ferreira da Silva na “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração” realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 21 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID


Prof. Doutora Liliana Mota

Organização:

