



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

FAMÍLIAS UNIPESSOAIS COM ELEMENTO IDOSO:
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA
ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

SINGLE-PERSON FAMILIES WITH AN ELDERLY
ELEMENT: EVALUATION AND INTERVENTION BY THE
COMMUNITY HEALTH NURSE SPECIALIST IN THE FIELD
OF FAMILY HEALTH

Relatório definitivo

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Andreia Filipa Monteiro Rodrigues

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

FAMÍLIAS UNIPESOAIS COM ELEMENTO
IDOSO: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório de estágio orientado pela Professora
Doutora Maria de Ftima de Araújo Lopes Elias e
coorientado pela Mestre Ana Isabel Vilar.

Porto, 2025

PENSAMENTO

«Eu sou eu e a minha circunstância, e se não a salvo a ela, não me salvo a mim.»

José Ortega e Gasset, *Meditaciones del Quijote*, 1914.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Filipe, meu braço direito na vida, por toda a compreensão e apoio demonstrado; ao meu filho Henrique, a luz no meu caminho, pela maturidade demonstrada em todo este processo apesar da sua tenra idade; e aos meus pais e família, por acreditarem sempre em mim.

AGRADECIMENTO

A todos os que me acompanharam nesta caminhada e me iluminaram o caminho:

À Professora Doutora Maria de Fátima de Araújo Lopes Elias, que orientou este processo, pelo conhecimento, empatia, disponibilidade, apoio e motivação que sempre me transmitiu.

À Mestre Ana Isabel Vilar, coorientadora deste processo (mas não menos importante), pelos mesmos motivos. Muito obrigada às duas por tornarem esta caminhada possível.

Ao coordenador da USF, ao enfermeiro cooperante e toda a equipa, pela sua disponibilidade, orientação, simpatia e motivação que sempre me deram.

À minha equipa de trabalho, pela paciência, apoio e ajuda durante todo este tempo.

Aos meus companheiros nesta estrada, colegas deste mestrado, por toda a ajuda e encorajamento.

RESUMO

Este relatório tem por finalidade produzir uma análise descritiva e crítica do percurso construído ao longo dos estágios de natureza profissional Módulo I e II, que decorreu numa Unidade de Saúde Familiar, e de que forma contribuiu para o desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Na perspetiva sistémica, a família é um sistema dinâmico e interativo, capaz de se auto-organizar para fazer frente a crises. As transições na última fase desse ciclo são desafiantes, pois envolvem mudanças na organização familiar, nos papéis e nas regras dos seus membros, podendo gerar dificuldades de adaptação; especialmente nos agregados unipessoais. Foram delineados objetivos de prestação de cuidados a famílias unipessoais com elemento idoso, enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; e promovida a liderança e colaboração em processos de intervenção na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Os referenciais teóricos que serviram como referência ao processo de decisão e planificação de cuidados foram o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e a Teoria das Transições. Avaliou-se individualmente o elemento de cada família. Nas seis famílias avaliadas, sobressaíram os diagnósticos Precaução de Segurança Não Demonstrada, Processo Familiar Disfuncional e Autocuidado Atividade Física Comprometido. Ambos contribuíram para o aperfeiçoamento das competências para prestar cuidados a famílias unipessoais com pessoa idosa. Como contributo para a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar foi planeada e realizada uma sessão de formação em serviço dirigida ao Plano de Acompanhamento Interno.

Palavras-chave: Saúde da Família, Enfermagem Familiar, Famílias Unipessoais, Envelhecimento

ABSTRACT

This report aims to provide a descriptive and critical analysis of the trajectory built throughout the professional internships, Module I and II, which took place in a Family Health Unit, and how they contributed to the development of competencies in Community Nursing, specifically in the field of Family Health Nursing. From a systemic perspective, the family is a dynamic and interactive system capable of self-organizing to cope with crises. Transitions in the final stage of this cycle are particularly challenging, as they involve changes in family organization, roles, and rules among its members, potentially leading to adaptation difficulties—especially in single-person households. Objectives were outlined for providing care to single-person households with an elderly member, considering them as a unit of care throughout the life cycle and at different levels of prevention. Additionally, leadership and collaboration were promoted in intervention processes within the scope of Family Health Nursing. The theoretical frameworks that guided the decision-making and care planning process were the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention and the Theory of Transitions. Each family member was individually assessed. Among the six families evaluated, the most prevalent diagnoses were *Undemonstrated Safety Precaution*, *Dysfunctional Family Process*, and *Impaired Physical Activity Self-Care*. These assessments contributed to enhancing competencies in providing care to single-person households with an elderly individual. As a contribution to leadership and collaboration in intervention processes within Family Health Nursing, an in-service training session was planned and conducted, focused on the Internal Monitoring Plan.

Keywords: Family Health, Family Nursing, Single-Person Households, *Aging*

CHAVE DE SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AGG – Avaliação Geriátrica Global

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

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

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEECESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar

EFS – Entrevista Familiar Sistémica

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

GERMI – Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

IDG – Índice de Desempenho Global

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MECESF – Mestrado em Enfermagem Comunitária da Área da Enfermagem de Saúde Familiar

MiM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

MMSE – Mini-Mental State Examination

MNA – Mini Nutritional Assessment

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAI – Plano de Auditoria Interna

SI – Sistemas de Informação

SPMS – Sistemas Partilhados do Ministério da Saúde

TUG – Timed Up and Go

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1 CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	20
1.1 Caracterização da unidade funcional	20
1.2 Caraterização da lista de famílias do enfermeiro cooperante	25
1.3 Seleção das famílias para prestação de cuidados	29
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	32
2.1 Conceito de família na perspetiva da enfermagem de saúde familiar	32
2.2 O processo de envelhecimento: vulnerabilidade e riscos para a saúde	35
2.3 Famílias unipessoais com elemento idoso	42
3 DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	49
3.1 Prestação de cuidados à família como unidade de cuidado	49
3.2 Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	102
3.2.1 Mobilização de recursos necessários para a prestação de cuidados às famílias	103
3.2.2 Gestão do sistema de cuidados de saúde familiar aos diferentes níveis de prevenção	103
4 CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	115
CONCLUSÃO	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXOS	161

ANEXO I – Escala de Graffar adaptado

ANEXO II – Escala de Tinetti de E1

ANEXO III – Mini Nutritional Assessment MNA de E1

ANEXO IV – Escala de Tinnetti de A3

ANEXO V – Mini Nutritional Assessment MNA de A3

ANEXO VI – A família 2

ANEXO VII – A família 4

ANEXO VIII – A família 5

ANEXO IX – A família 6

ANEXO X – Questionário diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem

ANEXO XI – Respostas ao questionário diagnóstico das necessidades formativas

ANEXO XII – Plano de formação em serviço

ANEXO XIII – Apresentação da formação em serviço “Família unipessoal com elemento idoso: avaliação e intervenção do enfermeiro de família.”

ANEXO XIV – Questionário da avaliação global da formação

ANEXO XV – Questionário da consolidação de conhecimento

ANEXO XVI – Respostas ao questionário da consolidação de conhecimento

ANEXO XVII – Programa de comunicações orais do Dia Internacional da Família de 15 de maio de 2024

ANEXO XVIII – Certificado de participação no International Congress Family Health (ICFH’25)

ÍNDICE de QUADROS

QUADRO 1 – Notação social (Graffar Adaptado) das 60 famílias.....	27
QUADRO 2 – Avaliação e intervenção na área de atenção Prevenção de Segurança da Família 1.....	63
QUADRO 3 – Avaliação da Área de atenção Processo Familiar, área Coping Familiar da família 1.....	65
QUADRO 4 – Avaliação da Área de atenção Processo Familiar, área Interação de Papeis Familiares da Família, Item Papel Recreativo da família 1.....	69
QUADRO 5 – Avaliação e intervenção no foco Risco de Queda de E1.....	71
QUADRO 6 – Avaliação e intervenção no foco Medo de E1.....	72
QUADRO 7 – Avaliação e intervenção no foco Autocuidado atividade física de E1.....	73
QUADRO 8 – Avaliação e intervenção no foco Cognição de E1.....	74
QUADRO 9 – Avaliação e intervenção no foco Nutrição de E1	76
QUADRO 10 – Avaliação e intervenção no foco Gestão do regime terapêutico de E1.....	77
QUADRO 11 – Avaliação e intervenção no foco Depressão/Solidão de E1.....	78
QUADRO 12 – Avaliação e intervenção na área de atenção Prevenção de Segurança da Família 3.....	82
QUADRO 13 – Avaliação e intervenção no Foco de atenção Processo Familiar, dimensão Interação de Papeis Familiares da Família, Item Papel Recreativo, na família 3.....	84
QUADRO 14 – Avaliação e intervenção no foco Risco de queda de A3.....	88
QUADRO 15 – Avaliação e intervenção no foco Medo de A3.....	90

QUADRO 16 – Avaliação e intervenção no foco Autocuidado atividade física de A3.....	91
QUADRO 17 – Avaliação e intervenção no foco Cognição de A3.....	92
QUADRO 18 – Avaliação e intervenção no foco nutrição de A3.....	93
QUADRO 19 – Avaliação e intervenção no foco gestão do regime terapêutico de A3.....	94
QUADRO 20 – Avaliação e intervenção no foco Depressão/Solidão de A3.....	96
QUADRO 21 – Avaliação e intervenção no foco Sono de A3.....	97
QUADRO 22 – Evolução das respostas à questão “Quais as opções que considera úteis para a colheita de informação útil para o enfermeiro de família na abordagem de uma família unipessoal?”	111
QUADRO 23 – Evolução das respostas à questão “Na sua opinião, quais as principais dificuldades sentidas pelas famílias unipessoais com elemento idoso?”.....	108
QUADRO 24 – Evolução das respostas à questão “Na sua opinião, de que forma o enfermeiro de família pode intervir nas famílias unipessoais com elemento idoso?”.....	112
QUADRO 25 – Evolução das respostas à questão “Como se considera no que respeita ao conhecimento de serviços sociais e recursos comunitários existentes na área geográfica de influência da USF?”	113
QUADRO 26 – Competências demonstradas no âmbito da unidade de competência 1.1 a 1.8.....	117
QUADRO 27 – Competências demonstradas relativas às unidades de competência 2.1 e 2.2.....	121

ÍNDICE de GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Agregados domésticos privados (N.º) por tipo de agregado no município.....	30
GRÁFICO 2 – Evolução dos diagnósticos de enfermagem no Foco Prevenção de Segurança da Dimensão Estrutural.....	99
GRÁFICO 3 – Evolução dos diagnósticos de enfermagem no Foco Dimensão Funcional.....	100
GRÁFICO 4 – Evolução dos diagnósticos de enfermagem individuais.....	101
GRÁFICO 5 – Avaliação de perceção de competências na utilização das dimensões operativas da dimensão estrutural do MDAIF.....	109
GRÁFICO 6 – Avaliação de perceção de competências na utilização das dimensões operativas da dimensão funcional do MDAIF	109
GRÁFICO 7 – Respostas à questão “Relativamente à formação, de que forma esta contribuiu para a sua prestação de cuidados a esta tipologia de família?”	114

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Pirâmide etária da população inscrita na USF.....	23
FIGURA 2 – Pirâmide etária quinquenal (2019-2023) dos utentes inscritos na lista do enfermeiro cooperante.....	25
FIGURA 3 – Diagrama das três dimensões avaliativas fundamentais do MDAIF.....	50
FIGURA 4 – Genograma com Psicofigura de Mitchell da família 1.....	61
FIGURA 5 – Ecomapa da família 1.....	62
FIGURA 6 – Genograma com Psicofigura de Mitchell da família 3.....	80
FIGURA 7 – Ecomapa da família 3.....	81

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório tem como objetivo apresentar e descrever as atividades desenvolvidas no decorrer das unidades curriculares referentes aos Estágios de Natureza Profissional – Módulo I e II do 3º Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Saúde Familiar (MECESF) da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo I decorreu de 16 de abril de 2024 a 21 de junho de 2024 e o Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II decorreu de 16 de setembro a 24 de janeiro de 2025. Essas unidades curriculares tiveram lugar numa Unidade de Saúde Familiar (USF) modelo B sob orientação de um enfermeiro cooperante, especialista em enfermagem de saúde comunitária com a vertente de enfermagem de saúde familiar, mestre em enfermagem comunitária e doutor em enfermagem. É ainda objetivo retratar as competências relativas ao exercício profissional especializado adquiridas durante o processo de aprendizagem no MECESF, e assim fazer prova dos conhecimentos adquiridos durante este processo, tal como previsto pela Ordem dos Enfermeiros (OE), bem como o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), respetivamente OE (2019a) e OE (2018). O Regulamento n.º 428/2018 determina as competências específicas do EEECESF. Estas competências são: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (p. 19355). As competências específicas definidas neste regulamento serviram de mote à formulação dos objetivos gerais e específicos que nortearam o desenvolvimento da componente clínica do MECESF, nomeadamente:

- 1) Cuidar da família e seus elementos, enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;

1.1) Avaliar as famílias utilizando a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), identificando as necessidades em cuidados da família;

1.2) Avaliar e intervir de forma individual no que concerne às necessidades de saúde do elemento da família, tendo como referência o modelo da Teoria das Transições;

1.3) Responder eficazmente às necessidades em cuidados das famílias, atendendo às suas características específicas;

1.4) Registrar e monitorizar as intervenções de enfermagem e avaliar a evolução das famílias;

2) Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar;

2.1) Participar nas estratégias institucionais de governação clínica da USF;

2.2) Promover a articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família;

2.3) Promover o conhecimento e articulação com os recursos comunitários, ampliando a base de recursos de apoio utilizados para dar resposta às necessidades das famílias.

O perfil de competências específicas do EEECESF centra-se na família enquanto alvo dos cuidados e na complexidade das interações familiares, capacitando a família para a mobilização dos seus recursos internos e externos, com vista à manutenção da saúde dos seus membros e à sua autonomia (Figueiredo, 2012; OE, 2018). Já em 2015 a OE descrevia o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (ESF):

“O enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, compilando dados sobre cada família que permitam a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família (...) realizando a avaliação familiar nas

dimensões estrutural, desenvolvimento e funcional, implementando intervenções de modo a promover mudanças no funcionamento familiar” (Regulamento nº 367/2015, p.17386-17386).

A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) é uma área disciplinar com conhecimento próprio, que se tem vindo a desenvolver a partir de modelos e teorias, sendo o seu objeto de estudo, a família (Figueiredo, 2012). O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial operativo e teórico em que a família é alvo e contexto de cuidados, tendo por base o pensamento sistémico e como fonte teórica, o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na família de Wright e Leahey (2012). A sua matriz operativa permite a ligação das várias fases do processo de enfermagem, sendo um instrumento orientador da prática, na área de ESF (Figueiredo, 2012).

O conceito de família, por esta ser uma unidade basilar da sociedade, tem sofrido mudanças ao longo do tempo, influenciado pelas mudanças de paradigmas sociológicos, psicológicos e legais (Figueiredo, 2023b; Rodrigues, 2020). Para interpretar o conceito de família procura-se o contributo de várias áreas do conhecimento, tais como a biologia, psicologia, sociologia, antropologia social e demografia. O indivíduo, sendo um ser biopsicossocial, faz parte da cultura do meio em que se insere e reflete as suas particularidades (Figueiredo, 2023b; Spínola & Figueiredo, 2023). A autora do referencial MDAIF define família como unidade multisistémica, auto-organizativa, dinâmica, complexa, em constante interação com o meio e contexto em que se insere, sendo uma unidade transformadora de todos os seus elementos e promotora da sua autonomia e hábitos de saúde (Figueiredo, 2012). Assim sendo, a família, que é composta por indivíduos, deve ser interpretada à luz do contexto social e cultural onde se insere (Hintz, 2001; Spínola & Figueiredo, 2023). Assim, segundo a análise sistémica da família, os cuidados centram-se tanto na família como unidade sistémica, como nos seus membros individualmente (Rodrigues, 2020). Na opinião de Hintz (2001), para avaliar a evolução da família ao longo do tempo, devem ser considerados elementos como o lugar em que se inserem, ciclo vital familiar, os papéis familiares, relações de parentesco,

demografia, vida privada, relações estado-família, transmissão de bens e rituais de passagem.

A Organização das Nações Unidas (ONU) emitiu um documento em que as projeções indicam que na população mundial total, o grupo etário de pessoas com 60 anos ou mais de idade atingiu 14% em 2023 e deve alcançar 30% da população total em 2100 (ONU, 2024). Em 2020, na maioria dos países europeus essa proporção aumentou em média 30% (ONU, 2020). Na análise comparativa realizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), entre os resultados dos Censos de 2011 e 2021 em Portugal, verificou-se que o grupo etário da população residente com idade igual ou superior a 65 anos continuou a crescer (INE, 2023a). A ONU (2020) verificou que em 2017, a quantidade média de famílias unipessoais a nível mundial era de 12%, com tendência a aumentar. Também em Portugal, os últimos dados do Instituto Nacional de Estatística mostram que os agregados domésticos unipessoais são já o segundo tipo de agregado familiar mais comum no país, com um total de 1027871 agregados (INE, 2022a). Nos Censos de 2021, o INE fez uma análise descritiva das estruturas familiares e das suas características socioeconómicas, da qual emergiu um retrato em que, do total de agregados domésticos privados, 24,8% das famílias são agregados domésticos privados unipessoais, e 12,5% são agregados unipessoais com membro idoso com 65 ou mais anos (INE, 2023b). De acordo com a mesma fonte, na generalidade, os agregados unipessoais são femininos (61,4%), com 65 ou mais anos (60,1%), não ativas (67,3%), maioritariamente reformadas (57,3%), e com uma escolaridade que não ultrapassa o ensino básico (64,9%). Diferentes estatísticas da ONU demonstram que esta é uma tendência mundial, e que a percentagem de mulheres com mais de 60 anos a viver sozinha é superior à percentagem de homens (ONU, 2017, 2020). Dados do Eurostat (2024) indicam que o aumento do número de famílias unipessoais é também uma tendência entre os adultos mais novos. A tendência da sociedade atual para a individualização, independência pessoal e procura de melhores oportunidades laborais, tem feito emergir e aumentar as famílias unipessoais com indivíduos jovens, tendo maior expressão em centros urbanos (Kim et al., 2024).

Na opinião de Santos et al. (2019) e Santos e Cândido (2017), as causas para os idosos viverem sós, dividem-se em causas pessoais, familiares e económicas. As causas familiares identificadas prendem-se com a viuvez, ou morte de outro familiar com quem vivia, separação do cônjuge e abandono. Como motivos pessoais surge o morar só como escolha, busca de autonomia e individualidade, celibato e visão do viver só como uma oportunidade de recomeço. O fator económico mais relevante para a decisão individual de morar só, prende-se com a capacidade económica para fazer frente às despesas. As famílias com um elemento, independentemente da idade, sentem mais dificuldades no dia a dia, comparativamente aos agregados familiares com mais elementos (INE, 2022b). Viver só acarreta alterações psicossociais como *stress*, depressão, alteração do sono e labilidade emocional, e como forma de fazer frente às dificuldades inerentes a residir só, os idosos procuram o apoio de familiares, manter-se ativos física e socialmente, e o conforto espiritual que obtêm através da prática religiosa (Santos & Cândido, 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS) adverte que a satisfação das necessidades de saúde de um idoso é fortemente influenciada pelo género, pois as mulheres idosas tendem a ter pior perceção de saúde e vêm menos necessidades de saúde serem atendidas, apesar de terem maior expectativa de vida (OMS, 2020). Diversos estudos evidenciam que quanto maior o rendimento económico e a escolaridade do idoso, maior é a probabilidade de deter maior poder de compra e capacidade de cuidar de si próprio e, conseqüentemente, de valorizar e decidir preservar a sua privacidade e independência e optar por constituir um agregado familiar unipessoal, mantendo nesse processo a sua rede social e de apoio próprios (Abe et al., 2023; Persequino et al., 2017).

As alterações demográficas que se fizeram sentir nas décadas anteriores, como a entrada das mulheres no mercado de trabalho, entre outras, criaram um distanciamento intergeracional e diminuição de apoio aos idosos. As amizades nestas idades são essenciais para o suporte emocional e moral, e reduzir a sensação de solidão, pelo que a diminuição de contacto social e de número de amigos que costuma acontecer com o avançar da idade é preocupante, pelo papel protetor de prevenção da depressão que se vai perdendo (OMS, 2019). As redes sociais dos casais de pessoas idosas são constituídas predominantemente por laços

familiares sólidos e duradouros, com as quais mantêm contacto frequente. Através delas recebem apoio emocional e informação essencial para se adaptarem às rápidas mudanças no mundo atual. No entanto, os idosos pertencentes a famílias unipessoais, quer por via do divórcio ou por não terem constituído família, têm tendência de não ter tantos laços familiares e ter redes sociais com mais diversidade, com a inclusão de relações de amizade e vizinhança (da Silva, 2015).

A OMS, em colaboração com as Organização das Nações Unidas (ONU), definiu um plano de ação global intitulado “Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas (2021-2030)”, que perspetiva a promoção da qualidade de vida dos idosos, das suas famílias e das comunidades a que pertencem, através da promoção das capacidades das pessoas idosas na comunidade; e de cuidados de saúde primários de qualidade e sustentados, centrados na pessoa idosa, que respondam às necessidades desta população específica (OMS, 2022). No mesmo documento a prevê que os cuidados de saúde primários irão ter uma procura maior, sendo necessário mais profissionais de saúde, e todos os setores da sociedade deverão trabalhar em conjunto de forma a permitir um envelhecimento saudável da população, ou seja, criação e manutenção das capacidades funcionais dos indivíduos, de forma a potenciar os contributos das pessoas idosas na sua própria família, nas comunidades locais, e na sociedade em geral.

1 CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A descrição do contexto de desenvolvimento dos Estágios de Natureza Profissional Módulo I e Módulo II subdivide-se em caraterização da unidade funcional, caraterização das famílias da lista do enfermeiro cooperante e seleção das famílias para prestação de cuidados. Tem como finalidade conhecer mais profundamente as características da USF onde foram desenvolvidos os estágios, e da lista de utentes do enfermeiro cooperante, assim como fazer a caraterização de 60 famílias dessa lista, clarificando as informações que suportam e justificam a tomada de decisão relativa à temática e à seleção das famílias para prestação de cuidados a desenvolver na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II. Para tal elaborei um instrumento de colheita de dados na plataforma *Google forms*®. As informações relativas aos dados da USF foram retiradas a partir da plataforma Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) e Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF®) do Ministério da Saúde de Portugal.

1.1 Caracterização da unidade funcional

O estágio decorreu numa unidade de saúde que iniciou a sua atividade como USF modelo B há mais de 16 anos, de acordo com disposto no Despacho Normativo nº10/2007 e no Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, que estabeleceu o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF. Este Decreto-Lei regulamentou a implementação destas unidades e definiu-as como unidades funcionais com autonomia organizativa constituídas por equipas multiprofissionais com a missão de prestar cuidados de saúde personalizados, globais e contínuos à população da sua área de abrangência, garantindo assim a sua acessibilidade aos cuidados de saúde primários. Posteriormente regeu-se de acordo com alterações

previstas no Decreto-Lei 73/2017 de 16 de agosto, nomeadamente no que se refere à carteira básica de serviços, plano de ação e compromisso assistencial, e, presentemente, segundo o disposto no Decreto-lei nº 103/2023, de sete de novembro, que aprovou o regime de dedicação plena e a generalização das USF modelo B. A unidade de saúde está sob alçada administrativa de uma Unidade Local de Saúde (ULS) na zona norte do país, conforme disposto no Decreto-Lei nº102/2023 de sete de novembro, com intuito de melhorar a articulação entre todos os níveis de prestação de cuidados, e apostar nos cuidados de saúde primários como a base do sistema para obtenção de ganhos em saúde.

As USF gozam de autonomia na organização e gestão de recursos e serviços, assim como na seleção da equipa profissional que a constitui. Contratualizam anualmente indicadores relativamente à prestação de cuidados de saúde com vista à promoção da saúde, prevenção de doença e gestão da doença crónica. A avaliação das USF é, segundo os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), realizada através do valor do seu Índice de Desempenho Global (IDG), calculado a partir dos indicadores previamente contratualizados pela sua equipa multiprofissional (SPMS, 2020). No documento Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) está patente que as USF modelo B são unidades de prestação de cuidados de saúde de proximidade baseadas no trabalho em equipa multiprofissional, com o objetivo de reforçar a eficiência, eficácia e acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários, obtendo deste modo ganhos em saúde. Possuem ainda um modelo de incentivos que visa potenciar e premiar o desempenho individual e coletivo (SPMS, 2024).

A coordenação da unidade é levada a cabo por um médico e o conselho técnico é constituído por três elementos, um médico, um enfermeiro e um administrativo. O Conselho geral é composto por todos os elementos da equipa multiprofissional, completando assim os órgãos de gestão da USF, conforme diretrizes emanadas no Decreto-Lei 73/2017 de 21 de junho. A missão da unidade é garantir a acessibilidade, a prestação de cuidados de saúde personalizados de qualidade à população inscrita de forma global e contínua. A sua visão é ser uma unidade de excelência, diferenciada, com padrões de qualidade técnico profissional, criando

deste modo mais e melhor saúde, satisfação e confiança na população que serve. Os valores que movem os elementos desta unidade são a cooperação, solidariedade, autonomia, conciliação, cooperação, articulação, gestão participativa, ética, excelência, dedicação, humanismo e valorização profissional.

A sua equipa é constituída por oito equipas de saúde familiar, tendo oito médicos, oito enfermeiros e seis secretários clínicos. Da equipa de enfermeiros da unidade fazem parte cinco elementos com especialidade, sendo que dois são Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária da área da Enfermagem Saúde Familiar. A unidade conta ainda com a colaboração de 3 médicos internos de Medicina Geral e Familiar. Os enfermeiros organizam as suas atividades segundo a metodologia de enfermeiro de família, conforme Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto do Ministério da Saúde. Cada enfermeiro tem em média 1800 utentes distribuídos na sua lista partilhada com o médico, tendo cada equipa uma média de 750 famílias.

A USF articula-se com as restantes unidades da ULS, particularmente com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) da ULS, com vista à obtenção de cuidados de saúde mais abrangentes para os seus utentes. Também estabelece parcerias com a junta de freguesia local, ao abrigo do Decreto-Lei nº 23/2019 de 30 de janeiro, revisto pelo Decreto-Lei n.º 84-E/2022 de 14 de dezembro, que concretiza o quadro de transferência de competências do domínio da saúde para os órgãos e entidades intermunicipais. Segundo este Decreto-Lei, e conforme descrito na alínea e), a finalidade é criar parcerias estratégicas entre serviços de saúde e câmara municipal de modo a potenciar estilos de vida saudável, os programas de prevenção de doença e o envelhecimento ativo da população residente numa determinada população.

A área geográfica de abrangência da unidade corresponde a uma freguesia urbana com alta densidade populacional, composta por um misto de zonas residenciais de classes sociais alta, média e baixa.

Na Figura 1 apresentam-se alguns indicadores relacionados com as características da população inscrita na USF.

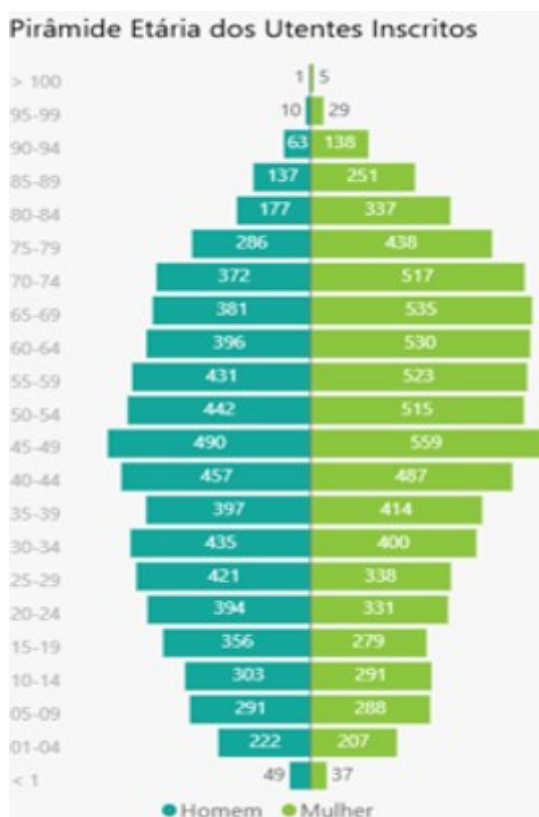


Figura 1 – Pirâmide etária da população inscrita na USF

Fonte: BI-CSP (acedido em 31/10/2024)

Conforme mostra a Figura 1, a pirâmide etária da unidade é do tipo estacionário moderno, o que evidencia uma população com esperança de vida elevada e com taxas relativamente baixas de natalidade e mortalidade (Ribeiro, 2023). Nota-se uma diferença de género de mais 950 mulheres que homens no total da população inscrita.

Existem 3656 utentes com idade superior ou igual a 65 anos, o que representa 26% da população inscrita. Na população de idosos inscritos à data da recolha de dados, o índice de dependência de idosos (número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa) de 42,28%. Segundo a OMS, (2022) estas são também as pessoas que apresentam maior propensão para serem portadores de doença crónica, comorbilidade e dependência e por essa razão são uma franja da

população mais vulnerável. Estão registados 1727 utentes com idade inferior a 15 anos, o que corresponde a 12,31% da população inscrita, sendo que os idosos com 75 anos ou mais são o grupo etário mais representativo. O índice de dependência total é de 62,25% e denota um encargo significativo da população em idade ativa (idosos e jovens). O índice de envelhecimento (número de pessoas com 65 ou mais anos para cada 100 pessoas com idade menor que 15 anos) da população da USF aponta para que existam quase 212 idosos para cada 100 jovens. De acordo com dados do INE (2023a), este valor é superior ao índice de envelhecimento de Portugal em 2022 (185,6 idosos para cada 100 jovens), retratando que a população inscrita na USF é mais envelhecida do que a média nacional. A USF possui 13960 utentes inscritos, com uma média de 1800 utentes por lista, perfazendo um total de 18.951,5 unidades ponderadas.

As áreas de intervenção e atuação da USF estão de acordo com a Portaria nº 1368/2007 onde é definida a carteira básica de serviços das USF, e com as diretrizes patentes no Plano Nacional de Saúde emanado em 2021 pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2021). Como tal, são áreas prioritárias, a promoção da saúde, vigilância e prevenção da doença nas diferentes fases da vida; acompanhamento clínico em situações de doença crónica e múltiplas patologias; prestação de cuidados de saúde em situação de doença aguda; cuidados de saúde no domicílio e interligação e colaboração em rede com outros setores e serviços, com diferentes níveis de diferenciação. A carteira de serviços da USF inclui consultas domiciliárias, consultas não programadas e consultas programadas que abrangem os seguintes programas de saúde ao longo do ciclo vital: Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Programa de Saúde Materna, Programa de Saúde Infantil e Juvenil, Programa de Saúde do Adulto, Programa de Saúde do Idoso, Programa de Vigilância da Diabetes Mellitus, Programa de Vigilância da Hipertensão Arterial, Programa de Rastreio Oncológico, Programa de Doenças do Aparelho Respiratório, Programa de Cuidados a Doentes Dependentes no Domicílio e Tratamentos de Feridas.

Em 2024 a USF deliberou a criação de um Plano de Auditoria Interna (PAI) dirigido à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito da

visitação domiciliar de enfermagem. O seu foco é a melhoria da qualidade dos cuidados prestados de visitas domiciliárias de enfermagem a utentes com mais de 75 anos, através da avaliação da gestão do regime terapêutico, autocuidado e processo familiar, segundo o MDAIF.

1.2 Caraterização da lista de famílias do enfermeiro cooperante

A informação obtida através do MIM@UF® evidencia que a lista do enfermeiro cooperante compreende 1884 utentes, que integram um total de 833 famílias, sendo por isso uma lista sobredimensionada comparativamente aos valores recomendados pela OE (2019b) para o cálculo para as dotações seguras dos cuidados de enfermagem. De acordo com a mesma fonte, a dotação segura para as USF é um enfermeiro por cada 350 famílias, um enfermeiro por 1.550 clientes, ou 1917 unidades ponderadas. No que concerne aos tipos de família existem 381 famílias unipessoais nesta lista, o que perfaz 39% do total, sendo por isso o tipo de família mais representado.

A Figura 2 representa a pirâmide etária quinquenal dos utentes inscritos na lista do enfermeiro cooperante relativa ao último quinquénio.

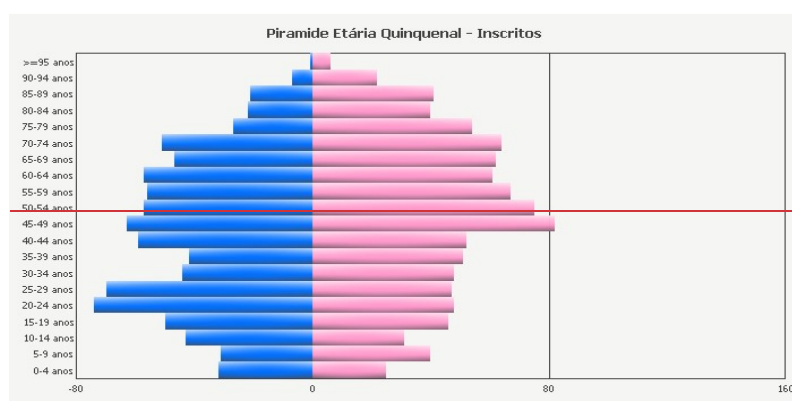


Figura 2 – Pirâmide etária quinquenal (2019-2023) dos utentes inscritos na lista do enfermeiro cooperante

Fonte: MIM@UF® (acedido em 30/04/2024)

Esta figura permite perceber que 24,7% dos utentes da referida lista são idosos, sendo que 12,8% deles têm 75 ou mais anos. O MIM@UF® faculta ainda a lista dos problemas de saúde mais codificados no SClínico-CSP® segundo o International Classification of Primary Care (ICPC). Segundo esses dados, os quatro problemas de saúde mais codificados na lista do enfermeiro cooperante são a alteração do metabolismo dos lípidos, excesso de peso, medicina preventiva/de acompanhamento geral e perturbação depressiva.

Para a seleção das 60 famílias da lista do enfermeiro cooperante foi utilizada uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. As informações colhidas no questionário efetuado à amostra de 60 famílias dessa lista consideraram o tipo de família, subsistemas familiares, aplicação da escalar de Graffar Adaptado (Amaro, 2001), presença de doenças crónicas e de elemento dependente. A informação foi obtida em contexto de consulta presencial, de entre aqueles que tinham consultas agendadas na unidade de saúde; e consulta telefónica, selecionados de uma lista de utentes com idades distintas com a vacinação contra o tétano e difteria em atraso. Os dados foram colhidos com o consentimento dos inquiridos, depois de informados acerca da confidencialidade dos dados e do objetivo da sua colheita. Recorreu-se à consulta telefónica como forma de colher informação que permitisse fazer uma caracterização mais representativa da lista do enfermeiro orientador cooperante, pois os dias definidos para estágio, semanalmente, correspondem maioritariamente aos dias em que são realizadas as consultas de equipa dos programas de saúde de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, provocando deste modo um viés da informação obtida. Assim, optou-se por contactar telefonicamente algumas famílias com programas associados de Saúde Materna e Saúde Infantil e Planeamento Familiar. Os dados foram registados no registo clínico da família, na plataforma informática em uso na USF, o SClínico-CSP® do SPMS, EPE versão 4.0.5. Tanto no contexto presencial, como no contacto telefónico, apenas um elemento de cada família foi questionado de forma a obter a informação necessária para a sua avaliação.

Avaliando os tipos de família, o mais prevalente foi a família nuclear (36,7%), seguida da unipessoal (35%), da alargada (11,7%), o casal e família monoparental

liderada por mulher, ambos com 5%, e a família reconstituída e coabitação, cada uma com 3,3% do total. No que toca às famílias nucleares avaliadas, 72,7% delas eram famílias com filhos adultos, nas quais, 75% dos filhos já não residiam com os pais. Das restantes famílias nucleares, 13,5% são famílias com filhos na escola, 9% de casais e casais com filhos pequenos e 4,5% de casais com filhos adolescentes. Relativamente aos subsistemas familiares, 38,3% das famílias avaliadas têm subsistema individual, 23% só têm subsistema conjugal, 10% têm subsistemas parental e filial e 16,7% têm subsistemas conjugal, parental, filial e fraternal. Apenas em 3,3% das famílias se encontram os subsistemas conjugal e parental, os subsistemas conjugal, parental e filial, e os subsistemas parental, filial e fraternal. O subsistema fraternal só foi identificado em 1,7% das famílias.

Só fazendo a avaliação das características das famílias se podem conhecer as suas forças, dificuldades, ou prever algumas situações de risco. Nesta avaliação inclui-se a escala de notação social da família (Graffar Adaptado) adaptada por Amaro (2001), tal como se vê em anexo (ANEXO I), com vista à identificação da classe social e condições socioeconómicas tal como sugerido na matriz operativa MDAIF (Figueiredo, 2012). Os dados introduzidos na escala dizem respeito ao elemento da família com maior rendimento, e incluem a profissão, instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência da família. O Quadro 1 evidencia as frequências relativas de todos os itens avaliados, permitindo ter uma melhor perceção das suas características.

Quadro 1 – Notação social (Graffar Adaptado) das 60 famílias.

Notação social da família (Graffar adaptado)		Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Profissão	Grau I	2	3,3
	Grau II	16	26,7
	Grau III	20	33,3
	Grau IV	14	23,3

	Grau V	8	13,3
Instrução	Grau I	13	21,7
	Grau II	8	13,3
	Grau III	13	21,7
	Grau IV	22	36,7
	Grau V	4	6,7
Origem do rendimento familiar	Grau I	2	3,3
	Grau II	17	28,3
	Grau III	33	55
	Grau IV	4	6,7
	Grau V	4	6,7
Tipo de habitação	Grau I		
	Grau II	17	28,3
	Grau III	37	61,7
	Grau IV	6	10
	Grau V		
Local de residência	Grau I	2	3,3
	Grau II	24	40
	Grau III	25	41,7
	Grau IV	9	15
	Grau V		
Posição social	Classe alta	3	5
	Classe média alta	21	35
	Classe média	24	40
	Classe média baixa	9	15
	Classe baixa	3	5

Questionando as famílias relativamente ao facto de algum dos seus membros ter uma ou mais doenças crónicas diagnosticadas, 66,7% responderam sim. Relativamente às doenças crónicas referidas pelos inquiridos, as mais prevalentes foram a HTA (38,3%), DM 2 (26,7%), dislipidemia (8,3%), doença cardíaca (10%), e outras, como a DPOC, esquizofrenia, asma, lúpus, artrite reumatoide, doença renal, doença hepática e hipotireoidismo. Outro dado relevante é que 42,5% das pessoas que foram diagnosticadas com doença crónica têm mais do que uma doença crónica (verificados através dos dados registados no SClinico-CSP®), sendo a associação mais prevalente a de HTA e DM 2 com 5% do total.

1.3 Seleção das famílias para prestação de cuidados

A informação obtida através da análise efetuada à lista do enfermeiro cooperante através de dados recolhidos no MIM@UF® permite perceber que nesta lista as famílias unipessoais são o tipo de família dominante. Relativamente à amostra das 60 famílias avaliadas são as segundas mais expressivas, facto que pode estar associado à forma como foram selecionadas as 60 famílias. Os dados demográficos da área geográfica abrangida pela USF do Censos de 2021, demonstrados no Gráfico 1, suportam os dados anteriores, tornando-se evidente um predomínio, com tendência de subida nos próximos anos, das famílias unipessoais, não só na área geográfica de influência da USF, como em todo o país.

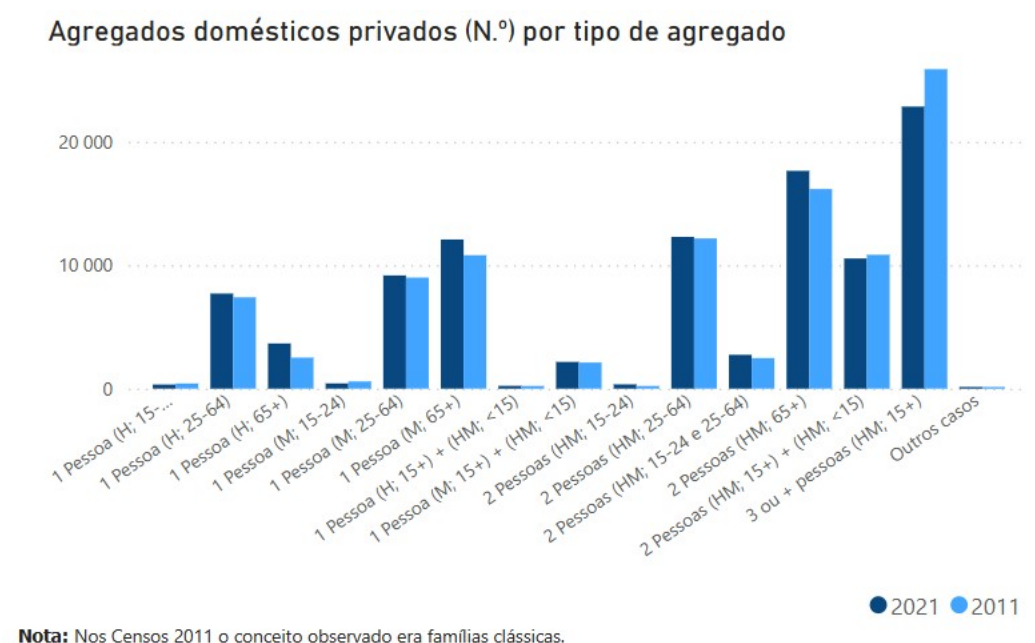


Gráfico 1 – Agregados domésticos privados (N.º) por tipo de agregado no município

Fonte: INE (2023b) acedido em 05/5/2024

O Gráfico 1 permite clarificar que nos dez anos que medearam os Censos 2011 e 2021, os agregados unipessoais constituídos por pessoa idosa (≥ 65 anos), quer femininos quer masculinos, e os agregados constituídos por duas pessoas (homem e mulher) com ≥ 65 anos foram o tipo de agregado familiar que registaram um crescimento mais significativo no município em causa.

Com base nos dados já explanados da lista do enfermeiro cooperante e no PAI da unidade referido anteriormente, decidiu-se o tema famílias unipessoais com elemento idoso: avaliação e intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar como temática para o estágio de natureza profissional - módulo II do MECESF. Definiram-se como critérios de seleção que o elemento seja idoso com 75 ou mais anos, seja família unipessoal e resida na área geográfica de influência da USF, num total de seis famílias. A identificação das famílias foi conseguida através da plataforma informática SClínico-CSP® de onde se obteve uma listagem dos utentes com 75 ou mais anos, e de entre os quais foram assinalados os que cumpriam esses critérios. De seguida, foram feitos contactos telefónicos e seis

famílias aceitaram a intervenção de enfermagem proposta depois de serem informados acerca dos objetivos. A única família unipessoal da lista com elemento masculino que aceitou participar acabou por desistir no fim da primeira consulta por falta de disposição para continuar o processo de cuidados, tendo sido contactada outra família em sua substituição.

A finalidade das intervenções foi prestar cuidados às famílias unipessoais com elementos idosos, empoderando-os para a mobilização dos seus recursos, forças e ligações aos seus sistemas mais amplos, promovendo o envelhecimento ativo, a diminuição da vulnerabilidade, e a melhoria das condições de saúde dessas famílias. Também se pretende contribuir para o aumento da consciencialização das dificuldades que este tipo de família enfrenta e promover o estabelecimento de redes de apoio através da articulação de recursos de saúde e/ou sociais como forma de lhes dar resposta. As atividades serão desenvolvidas no sentido de aperfeiçoar competências especializadas de abordagem sistémica de saúde familiar ao nível da prevenção e capacitação conforme o disposto no Regulamento nº367/2015 da OE, e apoiada em práticas baseadas em evidência científica (Regulamento n.º 428/2018 da OE).

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A evidência analisada e sistematizada nos diferentes capítulos deste enquadramento teórico pretende contribuir para uma abordagem estruturada e eficaz na prática de enfermagem em saúde familiar, pois permite alicerçar o processo de cuidados na melhor e mais recente evidência científica. Ele permite uma análise crítico-reflexiva das principais necessidades de saúde dentro de um determinado contexto, direciona a colheita de dados relevantes e sugere intervenções adequadas, além de possibilitar a avaliação dos cuidados prestados. O Enquadramento teórico encontra-se estruturado em três subcapítulos que abordam os temas considerados mais preponderantes para a tomada de decisão na prestação de cuidados às famílias unipessoais e modelos teóricos que nortearam as práticas. Pretendeu-se que a informação fosse abordada no sentido dos temas gerais para os mais específicos. No primeiro subcapítulo faz-se uma abordagem ao conceito de família na perspetiva da enfermagem de saúde familiar, modelos teóricos que nortearam a prática e o papel do Enfermeiro EEECESF. O segundo subcapítulo diz respeito ao processo de envelhecimento e suas repercussões biológicas, psicológicas, pessoais e familiares. O terceiro subcapítulo debruça-se sobre as famílias unipessoais com elemento idoso, particularmente as constituídas por elemento feminino, e os desafios que enfrentam no processo de envelhecimento.

2.1 Conceito de família na perspetiva da enfermagem de saúde familiar

Os cuidados de enfermagem à família baseiam-se na relação entre família e enfermeiro, sendo “um processo interpessoal, significativo e terapêutico” que é desenvolvido juntamente com a família, preconizando o envolvimento dos seus membros (Figueiredo, 2012, p. 69). A mesma autora defende que a família, por meio

dos seus valores e crenças, desempenha um papel crucial na promoção da saúde de seus membros, sendo uma das suas responsabilidades a promoção ativa da saúde, através de atividades que fortalecem os laços familiares, enquanto contribui para a manutenção e/ou recuperação da saúde dos seus membros. Além disso, a família tem a capacidade de mobilizar tanto recursos internos quanto externos para se adaptar às situações de transição sejam elas normativas ou não; essa flexibilidade e integração de recursos é o que lhe confere um papel preponderante como unidade de suporte e gestão da saúde de seus membros (Figueiredo, 2023a). O International Council of Nurses (ICN) em 2023, define a família como um grupo social ou coletivo formado por indivíduos conectados por laços de sangue, afinidade, vínculos emocionais ou legais, que é compreendido como um sistema cuja totalidade vai além da simples soma de seus membros. No Regulamento nº 367/2015, de 29 de junho, a OE, caracteriza a família como um sistema com funções sociais, sendo um ambiente fundamental de apoio à vida e ao bem-estar de seus membros (OE, 2015). Daí a importância de os enfermeiros compreenderem claramente o conceito de família e utilizarem um modelo de avaliação familiar que facilite a identificação das suas forças, capacidades e necessidades, o que permite um planeamento e ajuste eficaz das intervenções dirigidas à família (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012). Segundo Rodrigues et al. (2024), é essencial desenvolver um papel colaborativo e compreender a estrutura e a dinâmica de cada família, tendo em consideração o contexto social, cultural e económico em que se insere. Como unidade básica da sociedade, o papel da família repercute-se nas suas componentes social e socioeconómica (Frericks & Gurín, 2023). Na opinião da *International Family Nursing Association* (IFNA), as famílias possuem interações, cultura, recursos, e forças próprias, que influenciam as suas crenças em saúde, ações e objetivos; e têm competência para transformar a sua saúde e qualidade de vida (IFNA, 2013). O enfermeiro desempenha, pois, um papel fundamental no apoio à mobilização de recursos internos e externos da família, e possibilita que esta e seus membros reconheçam as suas necessidades em saúde e adotem medidas alinhadas com os seus objetivos de saúde, valores e crenças (Figueiredo et al., 2023a).

As interações sociais entre familiares, amigos, instituições e outros agentes possibilitam a compreensão de como o indivíduo e a sua família constroem vínculos e preservam a sua identidade no meio social, tornando possível entender de que forma o sistema familiar ajusta as suas ações diante das suas necessidades específicas (Figueiredo et al., 2023a). Como resultado, o fortalecimento dessas relações contribui para a promoção da saúde, aumentando a capacidade de enfrentar eventos críticos e aceder aos recursos necessários.

Vítor et al., (2023) indica que as funções da rede social podem incluir: companhia social, que envolve a realização de atividades conjuntas ou a simples presença; apoio emocional, promovendo emoções positivas por meio de compreensão, empatia e incentivo; orientação cognitiva e aconselhamento, que abrange a troca de informações, validação de expectativas e exploração de modelos de relacionamento; regulação social, reforçando a responsabilidade em papéis familiares e sociais; auxílio material, prestação de serviços em áreas específicas do funcionamento familiar; e ampliação de contatos, facilitando conexões sociais e a formação de novas redes. Com o passar do tempo, a evolução das redes sociais e das relações individuais e familiares tornam-se um processo co-evolutivo que as famílias experimentam no decorrer das transições do seu ciclo vital e acarretam alterações dos padrões familiares (Figueiredo, 2012).

Meleis (2010) categorizou as transições individuais em quatro tipos: desenvolvimentais, situacionais, de saúde-doença e organizacionais. Para ela, as transições desenvolvimentais estão relacionadas a processos de crescimento e mudança, tanto individuais quanto familiares, nas quais se insere o processo de envelhecimento. As transições situacionais dizem respeito às modificações nos papéis já exercidos, bem como às alterações nas dinâmicas familiares, tal como os familiares que cuidam membros da família e viuvez, uma vez que o cônjuge frequentemente passa a assumir os papéis que antes eram desempenhados pelo parceiro. As transições entre saúde e doença referem-se à passagem de um estado de bem-estar para um estado de doença, enquanto as transições organizacionais envolvem transformações sociais, ambientais, políticas, económicas e dentro das próprias organizações. Meleis (2000) destaca a importância da compreensão de que

essas diversas transições podem acontecer na população idosa, e conhecer as suas implicações, é fundamental para orientar os profissionais de saúde na prestação de cuidados preventivos tanto para os idosos quanto para suas famílias, dado que as transições saúde-doença podem influenciar a autonomia e independência. Estas transições podem ser simultâneas e, no caso de uma família unipessoal, torna-se mais difícil a adaptação e superação destas etapas, necessitando muitas vezes do apoio da família extensa, redes sociais e instituições para esse efeito.

É seguro dizer que a problemática do envelhecimento populacional e o aumento de prevalência de famílias unipessoais com membro idoso é transversal a todo o país, com tendência a aumentar no futuro próximo (INE, 2023b). O Enfermeiro EEECESF tem a oportunidade de se assumir como um agente de transformação social, tornando visíveis as dificuldades e limitações que estas famílias enfrentam com base regular, facilitando a sua autonomia na adaptação a processos de saúde/doença e gerindo os cuidados de saúde e recursos internos e externos da família, tal como o preconizado no documento relativo aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, o Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho.

2.2 O processo de envelhecimento: vulnerabilidade e riscos para a saúde

O processo de envelhecimento deixa os idosos mais expostos ao stress ambiental e biopsicossocial; por isso, é importante identificar aspetos que concorrem para a sua vulnerabilidade, como a fragilidade orgânica do indivíduo, atitudes e comportamentos, hábitos culturais e políticas sociais e de saúde da comunidade em que este se insere, para que se possa intervir atempadamente na prevenção da doença (Barbosa et al., 2017). A vulnerabilidade individual instala-se com o passar do tempo, à medida que as alterações físicas, bioquímicas, psicológicas e funcionais, procedentes do processo de envelhecimento, se acumulam e começam a dificultar a adaptação ao meio físico e social em que as pessoas se encontram

inseridas, sendo particularmente evidente acima dos 80 anos (Cabral et al., 2019; Lourenço et al., 2019). Este conceito é fundamental para a compreensão das particularidades que o cuidado na população idosa exige, e pode traduzir-se como um conjunto de fatores, individuais e coletivos, que conduzem a uma menor capacidade de a pessoa fazer frente às dificuldades da vida diária, aumentando a sua suscetibilidade à doença e/ou à morte (Barbosa et al., 2017).

O grau de dependência funcional dos idosos está fortemente correlacionado com a vulnerabilidade individual e poder de decisão sobre a própria vida, podendo comprometer a autonomia, na medida em que interfere com a capacidade da pessoa idosa realizar atividades de vida diária sem ajuda, e dificulta a manutenção de atividades sociais (Daniels et al., 2012; del Duca, 2009). A sensação de vulnerabilidade pode resultar num desejo de superproteção do idoso por parte dos seus familiares, limitando a sua independência, liberdade, participação social e sentimento de ser individual, podendo fazer aumentar o risco do surgimento de sintomas depressivos, que têm prevalência significativa em Portugal (Oliveira et al., 2020). Adultos mais velhos, que apresentem níveis altos de sintomas depressivos, foram associados a casos de diminuição do volume cerebral, pior memória episódica, maior probabilidade de sofrer enfarte silencioso e perda de funções mentais e físicas ligadas à idade (Cabral et al., 2019; Zeki et al., 2018). Para Zeki et al. (2018) o diagnóstico precoce é a melhor forma de evitar a sua progressão para a depressão e consequente diminuição de qualidade de vida e saúde da pessoa. A idade também exerce um efeito no rendimento cognitivo, particularmente visível na velocidade de processamento de informação, na memória e função executiva, comprometendo o desempenho cognitivo, que está comprovadamente associado ao aumento do risco de incapacidade, demência e mortalidade, em pessoas mais idosas (Alzheimer's Association, 2021; Cancino et al. 2018). Realizar atividade física melhora o bem-estar psicológico pela via da redução do *stress* e melhoria da autoconfiança e autoestima. É um bom auxiliar no tratamento da depressão em idosos, pois estes podem escolher que atividades realizam, aumentando a sua noção de controlo sobre o meio ambiente e interação social, criando desta forma relações positivas com os outros (Ramos et al. 2019).

O sono desempenha um papel crucial na saúde física e mental, mas muitas pessoas enfrentam problemas relacionados com a sua quantidade ou qualidade, sobretudo as mais idosas. Um sono de qualidade beneficia áreas como saúde cardiovascular, mental, cognição, imunidade e regulação hormonal. Alguns distúrbios do sono como insónia, apneia e problemas circadianos podem agravar condições médicas e psiquiátricas. A higiene do sono, que inclui práticas como manter horários regulares, evitar cafeína, álcool e exposição à luz no final do dia, é a abordagem mais eficaz para melhorar o sono a longo prazo, trazendo benefícios significativos para a saúde (Baranwal et al., 2023).

Estudos demonstram que a capacidade para realizar as atividades de vida diária com maior componente social, como as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): utilizar transportes, fazer compras, lavar roupa ou utilizar meios de comunicação, é particularmente sensível ao processo de envelhecimento, pelo que a necessidade de contratação de pessoas ou instituições para a prestação destes serviços representa uma sobrecarga adicional nos seus recursos económicos (del Duca, 2009). Os fatores económicos e de educação desempenham um papel protetor na saúde dos idosos, pois idosos com melhores níveis económicos e de educação relatam menos limitações nas atividades de vida diárias (Fuino et al. 2020; Sánchez-García et al., 2019). Um maior nível de escolaridade está associado a maiores recursos adaptativos dos sujeitos para enfrentarem os desafios do dia a dia, uma maior procura de saúde a nível preventivo e manutenção de estilos de vida saudáveis (Bandeem-Roche et al., 2015; Oliveira et al. 2020).

O aumento da dependência física do idoso também influencia outros aspetos da sua vida e da sua família, uma vez que se torna necessário que se dispense mais tempo e recursos financeiros para suprir essas necessidades, sendo este um dos motivos para a importância da avaliação funcional periódica dos idosos (Barbosa et al., 2017). Em 2020, o Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) publicou um documento cujo objetivo “é conhecer com mais precisão o estado do idoso e os seus problemas, possibilitando uma resposta mais completa e adequada dos profissionais e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida para o idoso” (GERMI, 2020, p.3). Este documento propõe a

Avaliação Geriátrica Global (AGG) para uma compreensão mais detalhada do estado de saúde do idoso e das suas necessidades, possibilitando que os profissionais ofereçam cuidados mais eficazes e personalizados, o que contribui para uma melhor qualidade de vida. A AGG deverá ser realizada por uma equipa multiprofissional com periodicidade anual, ou bianual a todos os idosos com idade superior a 75 anos, ou com idade superior a 65 anos em situações de risco (luto, alterações do modo de vida, diminuição funcional, doença crónica, comorbilidade, polimedicação, falta de apoio social e institucionalização). Nesta avaliação está preconizado exame clínico, exames complementares de diagnóstico, avaliação física (marcha e equilíbrio, capacidade física, estado nutricional), avaliação mental (cognitiva, funcional, autonomia, afetiva, independência) e avaliação social (família, recursos económicos, redes social e meio onde reside). Os instrumentos aconselhados pelo GERMI (2020) para fazer estas avaliações são: Escala de Katz, Escala de Lawton & Brody, Classificação funcional da marcha de Holden, Escala de depressão geriátrica de Yesavage – versão curta, Mini-mental state examination (MMSE) de Folstein e o Mini-nutritional assessment (MNA). Assim, a AAG permite identificar problemas, elaborar e coordenar planos de cuidados, intervenções, e serviços que vão de encontro às necessidades e dificuldades sentidas pela pessoa idosa (GERMI, 2020). Neste sentido, o EEECESF tem um papel determinante na coordenação dos recursos de saúde, sociais e comunitários, ajudando a alavancar os recursos necessários aos cuidados e servindo como elo de ligação entre eles.

Conforme constatado no estudo desenvolvido por Manfredi e colaboradores (2019), a prevalência global de pré-fragilidade e de fragilidade entre os europeus é elevada. A prevalência da fragilidade foi de 7,7% (variando entre 3,0% na Suíça e 15,6% em Portugal). A magnitude do problema e as implicações individuais, familiares e sociais fazem da fragilidade um dos grandes desafios para os serviços de saúde, no século XXI. Um dos modelos mais frequentemente utilizado para definir fragilidade é o de Fried et al. (2001), que a estabelece como uma síndrome clínica definida pela diminuição da capacidade funcional e energia física e resistência reduzida ao *stress*. Para Milcent (2024), a fragilidade é um fator relevante para compreender o impacto nos custos de saúde devido ao seu efeito sobre a mortalidade, sendo especialmente expressivo na população idosa. Além disso, ela destaca-se como um

indicador dos gastos com saúde, não apenas em adultos mais velhos, mas também ao longo de toda a vida (Milcent, 2024). Sousa-Santos et al. (2018) conduziu um estudo numa população idosa portuguesa cujos dados concluíram que 21,5% é frágil e 54,3% é pré-frágil, sendo que nos idosos classificados como pré-frágeis ou frágeis, 76,7% apresentaram fraqueza e 48,6% exaustão. Nos idosos classificados como pré-frágeis ou frágeis os resultados evidenciaram correlação entre a fragilidade e a idade superior a 75 anos, ter obesidade, desnutrição ou risco de desnutrição, viver sozinho, ter menor escolaridade, não trabalhar e ter baixa autopercepção do estado de saúde (Park et al., 2024; Sousa-Santos et al., 2018). De acordo com o projeto Nutrition Up 65, integrado no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), da DGS; 14,5% dos idosos têm risco de desnutrição e 1,3% estão efetivamente desnutridos (Amaral et al., 2016). A desnutrição está relacionada com declínio e compromisso cognitivo, especialmente evidente entre os idosos (Carey et al., 2024; Sun et al., 2021). As alterações fisiológicas, provocadas pelo avançar da idade e perda progressiva de massa óssea e muscular, dificultam a mastigação e interferem com a deglutição e absorção nutricional. Mais ainda, a diminuição dos sentidos do olfato, paladar, visão e tato, a dificuldade motora que interfere com a capacidade de preparar refeições, isolamento social e diminuição da capacidade económica, concorrem para o risco de desnutrição e, por esta via, de vulnerabilidade individual (Bardon et al., 2021; Jesus et al., 2017; Luis-Pérez et al., 2021; Pacheco et al., 2020). Como este pode ser um fator de risco de saúde modificável, é importante que se encetem esforços no sentido de tornar mais fácil o acesso dos idosos aos alimentos, particularmente daqueles que dispõem de menores recursos económicos (Saenz, & Avila, 2023). A insegurança alimentar é bastante prevalente entre os adultos mais velhos e demonstrou estar associada a vários fatores de risco importantes como a obesidade, o *stress*, sintomas depressivos e pior função cognitiva, afetando particularmente a sua capacidade de execução de tarefas e manutenção de comportamentos de saúde (Lu et al., 2023; Na et al., 2020; Saenz, & Avila, 2023).

Bishop e Wang (2018) referem que tanto a insegurança alimentar, quanto a existência de comorbilidades, foram identificadas como precursoras da limitação funcional em idosos e vão interferir negativamente na sua capacidade para realizar

as suas atividades de vida diária. Esta associação também se estende a níveis mais elevados de inflamação e ativação do sistema imunológico, contribuindo para um aumento da morbilidade, assim como desempenha um papel na progressão da doença para limitações funcionais nas pessoas mais idosas. A existência de risco nutricional e comorbilidade, é preditor do surgimento de complicações de saúde e pode ser potenciada pela utilização de alguns medicamentos ou de associações de múltiplos fármacos, o que pode fazer aumentar também a existência de efeitos adversos medicamentosos e de vulnerabilidade (Gómez Aguirre, 2017; Jesus et al. 2017). Há muito que se sabe que o fator idade faz aumentar o risco de doenças crónicas e da comorbilidade (Tan et al., 2024). Apesar do maior contributo para a comorbilidade ter origem nas características biológicas pessoais, o estilo de vida, o macroambiente e as redes interpessoais, também contribuem para esse efeito. Chen et al (2022) identificaram padrões de comorbilidade e uma possível relação entre doenças crónicas, como exemplo, a hipertensão correlacionou-se fortemente com DM 2, artrite reumatoide, osteoporose, doença ocular e perda auditiva. A polimedicação, dificuldades no andar e o desequilíbrio, menor acuidade auditiva e visual, são fatores de risco que provocam um grau de incapacidade na pessoa idosa, gerando alterações funcionais, e um aumento significativo da possibilidade de haver trauma por causas externas, como as quedas (Vale et al., 2020).

As quedas, que a OMS (2021) define como o contacto involuntário entre o corpo e solo, são eventos críticos frequentes na população idosa, que ocorrem em diferentes contextos (hospital, na comunidade e nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas), e que se associam com o medo de cair. Anualmente, em todo o mundo, morrem 684.000 pessoas em resultado de uma queda, e estima-se que 172 milhões fiquem com limitações a curto ou longo prazo; o que representa um sofrimento humano substancial (OMS, 2021). As quedas na população idosa são um problema de saúde pública por apresentarem grande impacto na morbilidade, na mortalidade e nos custos socioeconómicos inerentes (OMS, 2021). Para além disso, muitos indivíduos que caem têm falta de confiança no andar e desenvolvem medo de cair novamente (Vale et al, 2020). Após um evento de queda, 41.5% dos idosos residentes na comunidade desenvolve medo de cair, particularmente as mulheres; desses, 41,7% irá cair novamente num espaço de 24 meses, pelo que se conclui

que o próprio medo de cair é em si um elemento que aumenta o risco de queda (Lavedàn et al., 2018). A Organização Mundial da Saúde (2021), sistematiza os fatores de risco de queda em quatro grupos: biológicos (idade, sexo, alterações da marcha e equilíbrio, défices sensoriais, declínio funcional, entre outros), comportamentais (como o consumo excessivo de álcool, polimedicação e estilo de vida sedentário), socioeconómicos (ex. baixo nível de escolaridade, baixa literacia e fraca condição económica), e fatores ambientais (como calçado inadequado, fraca iluminação, piso irregular e escorregadio, presença de degraus, tapetes, entre outros). Em contexto comunitário, os idosos têm maior probabilidade de cair dentro ou nas imediações das suas casas, onde as quedas nas escadas e casa de banho estão associadas a maior risco de lesão (Blanchet & Edwards, 2018). Existem estratégias que têm mostrado efeito positivo na prevenção das alterações decorrentes do declínio funcional, tal como o treino de equilíbrio e força. Para isso, é fundamental que as alterações funcionais sejam precocemente identificadas (Suijker et al., 2014). As pessoas com idade mais avançada necessitam de mecanismos adaptativos, com recurso a estratégias internas e externas, como forma de dar resposta às dificuldades que enfrentam nesta fase da vida. Esta capacidade de adaptação reside no acesso a recursos que lhe conferem autonomia e independência e que influenciam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (da Silva-Ferreira et al., 2021). A OMS (2021) associa o mais alto nível de recomendação para prevenção de queda no domicílio ao treino de marcha, treino de equilíbrio, treino funcional, Tai Chi, avaliação do espaço doméstico dos grupos de alto risco e intervenção com vista à remoção dos perigos. Em um nível de recomendação mais baixo encontramos a redução de medicação psicotrópica. Suijker et al. (2014) menciona ainda que os idosos com poucas ou nenhuma alteração funcional são os que mais beneficiam com estas ações preventivas, pois a intervenção precoce permite prevenir o surgimento de incapacidade funcional.

Para um idoso de idade avançada se manter saudável concorrem uma multiplicidade de fatores, como a condição física e mental, o suporte social, a existência de doenças crónicas mal controladas e a independência económica (Jesus et al., 2017). Este fato tem servido de alavanca para a implementação de políticas públicas que promovem o envelhecimento ativo, manutenção de capacidade funcional e

prevenção de doenças (Barbosa et al., 2017). Por este motivo, em associação com a OMS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2020) criou um programa Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 centrado em mudar a forma como a população mundial pensa e age em relação ao envelhecimento; garantir a promoção das capacidades das pessoas idosas pelas comunidades onde residem; proporcionar cuidados de saúde primários centrados na pessoa e adequados à sua idade e o acesso a cuidados de longo prazo de qualidade às pessoas idosas que dele necessitem. Na mesma linha, a República Portuguesa (2024) emitiu o Plano de Ação do envelhecimento Ativo e Saudável (2023-2026) em que o Plano de Ação, apoiado em seis pilares mestres, pretende impulsionar a melhoria das condições de vida dos portugueses, maximizando a sua longevidade com qualidade de vida. O compromisso principal é o de manutenção ou recuperação da autonomia, melhorando deste modo as oportunidades económicas e sociais e a qualidade de vida dos cidadãos.

2.3 Famílias unipessoais com elemento idoso

À luz do aumento da representatividade das famílias unipessoais constituídas por pessoas idosas no panorama familiar mundial, a OMS (2022) prevê que estas constituam um desafio acrescido ao qual os serviços de saúde e sociais precisem dar resposta no futuro. O EEECESF poderá desempenhar um papel de relevo na prevenção e gestão da doença e no trabalho em rede com as famílias, instituições e comunidade.

A avaliação da vulnerabilidade familiar não deve ser restrita à avaliação de saúde ou capacidade funcional, ela deve incluir também as características sociais e relacionais. Esta informação pode ser extremamente útil para os profissionais de saúde, na medida em que se torna um recurso eficaz na determinação de pontos fortes ou fragilidades familiares (Amendola et al., 2017).

Fuino et al. (2020) refere que as famílias unipessoais com membros idosos apresentam níveis mais altos de limitação funcional do que aquelas compostas por mais que um elemento dessa faixa etária. As tarefas mais afetadas são as de cuidado pessoal e de cuidado doméstico, pelo que, estas famílias, requerem mais serviços profissionais dedicados a esse efeito, como os cuidadores informais, serviços de apoio domiciliário ou serviços domésticos privados contratados. A viuvez e a mudança no *status* familiar podem gerar dificuldades, sendo que o suporte afetivo e material dos filhos é esperado pelos idosos e essencial para manter a autonomia, o sentimento de segurança e promover o envelhecimento saudável (Perseguino et al., 2017). À medida que envelhecem, os indivíduos experimentam uma redução das suas interações sociais, pois há pouco estímulo para a manutenção ou criação de novos vínculos. As relações sociais que se estabelecem em espaços de convívio onde se praticam atividades de aprendizagem, religiosas, voluntariado ou atividade física, tornam-se importantes núcleos relacionais (Oliveira et al. 2020). Um nível mais elevado de perceção de apoio social e melhor desempenho cognitivo estão intimamente relacionados com níveis mais baixos de sintomas depressivos na população idosa (Cancino et al., 2018; Woo & Bae, 2021). Além disso, uma boa rede de suporte social está diretamente relacionada com melhores condições de saúde, diminuição de sentimentos de solidão, insegurança, perceções mais positivas sobre a vida e melhor sentimento de bem-estar. Esta relação é particularmente evidente naqueles que vão perdendo a sua rede social devido à morte de familiares e amigos e, assim, se vêm mais sozinhos (Cancino et al., 2018). Já em 1979, Berkman e Syme se debruçavam acerca do tema das redes sociais e relatavam que elas compreendem as relações sociais e refletem a dimensão, profundidade e diversidade dos laços sociais de cada pessoa.

A forma como as famílias extensas culturalmente cuidam dos seus laços sociais e afetivos, está diretamente relacionada com a probabilidade de pedido de cuidados informais aos membros da família extensa ou instituições, por parte das famílias unipessoais. Idosos de países como a Espanha ou a Itália, em que a assistência dos elementos da família extensa é maior, recorrem menos aos de cuidados informais (Fuino et al., 2020). Porém, a perspetiva contemporânea indica uma diminuição do reconhecimento da importância da família extensa, especialmente no que diz

respeito aos seus membros mais afastados, como tios, primos, sobrinhos e avós (Gössling et al., 2019). O avanço da tecnologia e dos *mídia* sociais, embora torne a comunicação mais acessível, gera um paradoxo entre conexão e isolamento, reduzindo as interações presenciais e enfraquecendo os laços emocionais (Vicku et al., 2025). Ao refletirmos sobre a vida familiar, ela tende a ser influenciada pelas relações mais próximas. Para a maioria, esses vínculos desempenham um papel essencial na construção da identidade pessoal e continuam a ser um ponto central na vida com o passar do tempo. Ao analisarmos as nossas experiências familiares, podemos ter a impressão de que as principais decisões de vida são tomadas de forma independente ou com o apoio de familiares e amigos próximos. No entanto, é fundamental reconhecer a influência do contexto social e cultural em que estamos inseridos (Baker, 2020). A família extensa desempenha um papel fundamental no desenvolvimento sociocultural do indivíduo, exercendo uma influência significativa na construção da personalidade e do comportamento. O suporte emocional e material que oferece, aliado aos valores sociais transmitidos, contribui de forma essencial para a formação e crescimento pessoal (Kang, 2019; Vicku et al., 2025).

É preocupante que fatores como a solidão, isolamento social e vulnerabilidade social sejam muito prevalentes na população idosa, pois estão relacionados com efeitos na morbidade e mortalidade individual, comparáveis aos efeitos do tabagismo, obesidade e consumo de álcool (Freedman & Nicolle, 2020). Vários estudos evidenciam a associação entre as relações sociais escassas ou disfuncionais e maior suscetibilidade para escolhas de vida pouco saudáveis, tais como comportamentos sedentários e tabagismo (Gimm et al., 2023; Zang et al., 2024b). A prevalência de insónia e doenças crónicas como arteriosclerose hipertensão, diabetes *mellitus* tipo 2 também foram correlacionadas com a falta de relações sociais positivas e, coletivamente, todos estes fatores contribuem para o aumento do risco de acidente vascular cerebral (Qi et al., 2023; Tan et al., 2024; Zhang et al., 2024b). Num estudo de 2015, Cacioppo et al. constataram que a solidão é também responsável por níveis mais elevados de proteína C reativa e profundos efeitos no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, o que conduz a níveis mais elevados de cortisol e catecolaminas na corrente sanguínea. Estas, por sua vez vão alterar o equilíbrio de alguns processos fisiológicos como o inflamatório, da glicose, imunidade, apoptose

celular, cardiovascular e reprodutivo (Cacioppo et al., 2015; Kelly et al., 2021). Os resultados da meta-análise desenvolvida por Meng et al. (2024) demonstram uma relação relevante entre isolamento social, falta de apoio social, rede social, solidão e o risco mais elevado de acidente vascular cerebral e mortalidade pós-AVC. Nela, os autores ressaltam a grande importância da identificação e intervenção precoces direcionadas a estes aspetos, no sentido da prevenção destas situações indesejáveis e debilitantes.

Apesar dos termos isolamento social e solidão aparentemente se referirem à mesma coisa, na verdade são conceitos interligados, mas distintos, e cada um deles desempenha influência própria e direta no dia-a-dia das pessoas (Barnes et al., 2022). Shumaker e Brownell, estudaram o isolamento social na década de 80, e definiram que, para ele ocorrer, deve verificar-se a inexistência ou um valor muito baixo de interações sociais (Shumaker & Brownell, 1984). A solidão é definida pela National Academies Press (2020) como um sentimento subjetivo que é caracterizada pelo sentimento de isolamento social, ou sensação de descontentamento e desamparo relativamente à sua rede social. Freedman e Nicolle (2020) testaram várias abordagens distintas para mitigar o isolamento social e a solidão, como a criação de um regime de exercícios e lazer, terapias psicológicas, facilitação social, serviços sociais e de saúde, terapia animal, desenvolvimento de habilidades e amizades, com evidência de eficácia limitada. Face à complexidade deste fenómeno, recomendam uma abordagem centrada na pessoa para que possam ser encontradas as intervenções mais eficazes e adequadas a cada caso. Por todos estes motivos, Meng et al. (2024), identificam como prioritária a elaboração de políticas públicas de saúde, que se devem concentrar na manutenção e construção de redes de apoio social para diminuir o sentimento de isolamento das populações, conseguindo desta forma a redução das taxas de doença crónica, prevenção de inflamação a longo prazo, diminuição dos comportamentos pouco saudáveis e de incidência de acidente vascular cerebral. Portugal tem encetado esforços nesse sentido, visíveis na Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (DGS, 2017) e no Decreto-Lei nº 23/2019 de 30 de janeiro, criadores e potenciadores de sinergias entre os serviço de saúde, serviços municipais e comunidade, em prol da gestão articulada e integrada da prestação de cuidados de

saúde primários, com vista à promoção de estilos de vida saudáveis, envelhecimento ativo, prevenção da doença e obtenção de ganhos em saúde da população.

As mulheres com mais de 80 anos de idade são mais propensas a apresentar maior fragilidade individual e níveis de limitações funcionais, dependência, comorbilidade, excesso de peso, osteoporose, risco de queda com fratura, doença mental, cancro e doenças do sistema musculoesquelético do que os homens da mesma idade, e as suas condições de saúde e recursos económicos são também, normalmente, mais frágeis (Barbosa et al., 2017; Fuino et al., 2020; Junior et al., 2019; Vale et al., 2020). No estudo realizado por Junior et al. (2019) em idosos a residir na comunidade, apenas as mulheres apresentaram perda de peso não intencional e fadiga. Outros estudos demonstraram que as mulheres estão mais suscetíveis a desenvolver problemas de saúde como diminuição de força muscular, fragilidade óssea, sofrer de discriminação e violência as quais contribuem para uma maior fragilidade psicológica e isolamento social, o que as torna mais vulneráveis, especialmente aquelas que são viúvas ou com um nível de instrução mais baixa (Barbosa et al., 2017; Cabral et al., 2019; Vale et al., 2020). O mesmo acontece com o rendimento económico que tem impacto em diferentes aspetos da vida e de várias dimensões da saúde. (Cancino et al., 2018). Residir sozinho também influencia negativamente a sensação de bem-estar, particularmente nas mulheres, com idade mais avançada, com menor escolaridade e menor rendimento económico (Zhou et al., 2015).

As viúvas que residem sozinhas cuidam menos da sua saúde e apresentam maiores níveis de isolamento social, stresse psicossocial, diminuição do suporte social e material um risco de dependência 2,5 vezes maior (Barbosa et al., 2017; Santos et al., 2019). Para Santos et al. (2019) uma forma de evitar esta situação será criar uma rede estruturada de suporte social, onde as idosas que residam sozinhas convivam com outras pessoas e que estimule a aprendizagem de novos conhecimentos e capacidades. As mulheres vivem mais, têm menores taxas de mortalidade por causas externas, buscam mais os serviços de saúde e estão menos expostas a riscos ocupacionais, além de consumirem menos álcool e tabaco (Junior et al. 2019). Num estudo levado a cabo por Barnes et al. (2022), os indivíduos que refriram sentimento de solidão ou isolamento social eram, mais frequentemente,

peessoas com mais idade, do sexo feminino, com maior incidência de depressão, menor qualidade de vida e que consumiam mais recursos de saúde, levando ao aumento dos custos com os cuidados de saúde.

Pessoas que residem sozinhas e tenham 80 ou mais anos, dependência nas atividades de vida diárias e sintomas de depressão, apresentam uma maior vulnerabilidade, pelo que é relevante que sejam identificadas de modo a poderem receber um acompanhamento adequado e personalizado, à medida das suas necessidades, pelos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, de forma a poder prevenir ou atrasar o seu declínio funcional e morte precoce (Cabral et al., 2019; GERMI, 2020). Para tal, a utilização de uma visão holística na abordagem a famílias vulneráveis, apoiada em políticas públicas, de saúde e sociais, é indispensável; pelo que urge criar modelos de intervenção e políticas públicas para as práticas organizacionais que incentive o potencial humano, fortaleça os vínculos familiares e comunitários e assegurem ao mesmo tempo a sua proteção social (Oliveira et al., 2021)

Tal como demonstrado pela literatura científica até aqui apresentada, todos estes elementos concorrem de forma interligada para os níveis de saúde pessoal, e o desequilíbrio de um deles cria um efeito de retroalimentação que vai potenciar o desequilíbrio de outros elementos, acrescentando de forma cumulativa, efeitos nefastos na saúde. Determinar e agir antecipadamente nas necessidades/riscos em saúde, que poderão surgir, é fundamental para as famílias unipessoais, pois qualquer dificuldade ou limitação põe em risco a sua capacidade de se auto-organizar, agir e tomar decisões de forma autónoma. Fatores ambientais, como as características do domicílio; e sociais, como as redes sociais; são modificáveis e podem contribuir para uma melhoria quantificável da qualidade de vida das pessoas que constituem famílias unipessoais, obtendo ganhos em saúde e diminuindo consequentemente gastos desnecessários.

Os cuidados de saúde primários precisam tem em atenção a complexidade as condições sociais, demográficas, psicológicas e culturais das famílias unipessoais constituídas por pessoas idosas para que possam intervir adequadamente (Mendes, et al., 2024). O EEECESF, enquanto prestador de cuidados à família e seus

membros ao longo do ciclo vital nos diferentes níveis de prevenção, deve determinar as suas características e necessidades específicas de cuidados, capacitar a família para mobilizar os seus recursos à prestação de cuidados, articulando intervenções com a equipa multiprofissional, outras equipas de saúde e com os recursos comunitários (OE, 2018). Esta é uma oportunidade para o EEECESF assumir um papel mais preponderante e interventivo na gestão dos cuidados a estas famílias, de forma a evidenciar os ganhos em saúde relacionados com a sua intervenção.

3 DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Este capítulo tem como objetivo apresentar a prestação de cuidados à família enquanto alvo dos cuidados de enfermagem, organizada de acordo com as Competências Específicas do EEECESF, conforme estabelecido em regulamento próprio (OE, 2018). Essas competências são: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e ao nível dos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF”, conforme disposto no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho p. 19355.

3.1 Prestação de cuidados à família como unidade de cuidado

É fundamental que o EEECESF consiga estabelecer uma relação com a família que favoreça seu funcionamento e capacitação ao longo do ciclo vital, promovendo a saúde e prevenindo a doença dos seus membros. Para isso, torna-se essencial que o EEECESF esteja na posse dos conhecimentos técnicos e científicos mais atuais, de forma a otimizar a obtenção de dados relevantes, a implementar a intervenção familiar direcionada às necessidades específicas das famílias e cada um dos seus membros, e a monitorização dos resultados. A seleção das famílias para a prestação de cuidados teve em consideração as famílias unipessoais com elemento idoso presentes na lista do enfermeiro cooperante, à data do início do estágio de natureza profissional com relatório – módulo II. Para proceder à sua seleção definiram-se os seguintes critérios de inclusão: ter a residência em área geográfica de intervenção da USF; e ser família unipessoal com idoso com 75 ou mais anos. A documentação foi feita no processo de saúde individual e familiar, segundo a linguagem padronizada

do sistema de informação (SI) SClinico-CSP®, versão 4.3.0 do SPMS (2024), em uso na USF onde decorreu o estágio.

As consultas de enfermagem foram realizadas segundo os princípios orientadores do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e conforme o Código Deontológico de Enfermagem (OE, 2015). No início da primeira consulta, foi explicado à família o objetivo da prestação de cuidados e solicitada autorização verbal para intervenção, garantido o sigilo e a confidencialidade de todas as informações obtidas ao longo das consultas. Além disso, foram modificados os dados que pudessem identificar os integrantes das famílias, sendo cada família numerada de um a seis, enquanto os membros foram identificados por uma letra e número correspondente ao número da sua família.

A metodologia adotada para a abordagem familiar foi a entrevista familiar sistémica (EFS), tendo como referencial teórico o MDAIF que integra três dimensões avaliativas fundamentais, cada uma delas contendo as suas dimensões operativas próprias, conforme indicado na Figura 3.

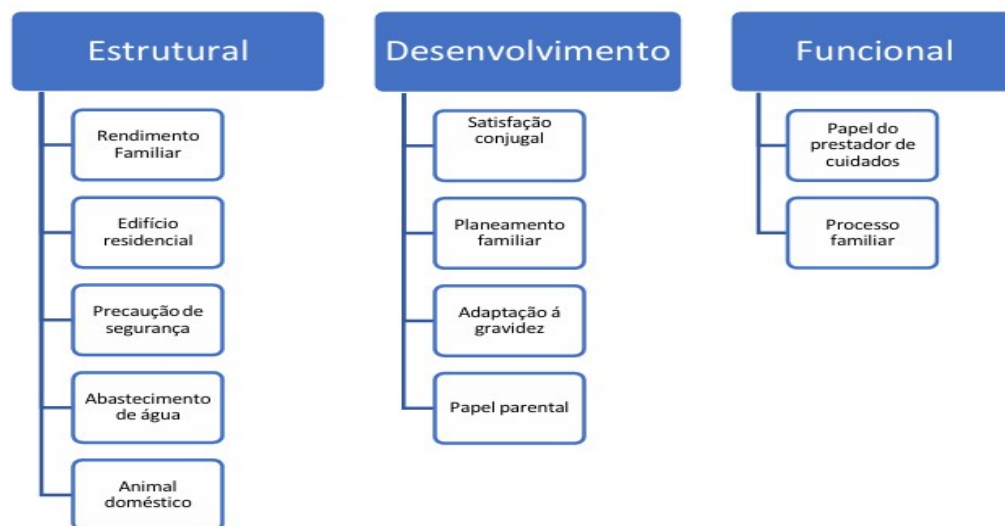


Figura 3 – Diagrama das três dimensões avaliativas fundamentais do MDAIF

Fonte: (Figueiredo, 2012, p.104).

Utilizaram-se vários instrumentos de avaliação e intervenção familiar e individual, que possibilitaram a colheita de dados sobre a família e seus membros, assim como a intervenção direcionada às necessidades identificadas. Durante o processo de prestação de cuidados foram levadas em conta as particularidades de cada família e seu elemento. Para tal, foram selecionadas e utilizadas as ferramentas que se julgaram as mais adequadas para, por um lado, facilitar a colheita de dados e, por outro, permitir a implementação das intervenções necessárias para alcançar ganhos em saúde nestas famílias. Foram utilizados o Genograma (Bowen, 1993), a Psicofigura de Mitchell, o Ecomapa (Hartman, 1975) e a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) (Amaro, 2001).

O Genograma é um instrumento complexo de avaliação e representação gráfica da constituição familiar e vínculos entre os membros, relativo a, no mínimo, três gerações, funcionando como um sistema de registo e organização de dados que permite a compreensão mais aprofundada da família (McGoldrick et al., 2020). Como instrumento gráfico, o Genograma facilita a visualização e compreensão de processos complexos de saúde-doença no contexto psicossocial, ao fornecer história biomédica e psicossocial da família, podendo também auxiliar na seleção e formulação de estratégias terapêuticas e na criação de hipóteses acerca do padrão de eventos familiares e fontes de resiliência ao longo das gerações (Figueiredo, 2012; McGoldrick et al., 2020; Santos, 2019). Ao ver-se representado no Genograma, o indivíduo consegue compreender melhor os padrões transgeracionais e as relações entre fatores hereditários e processos de saúde-doença, situando problemas atuais em um contexto evolutivo e histórico próprio e familiar (Muniz & Eisenstein, 2009). Assim, o Genograma é mais do que um meio de colheita de dados, podendo ser utilizado como importante ferramenta no processo terapêutico. A Psicofigura de Mitchell ilustra as relações intrafamiliares conforme percebidas pelos próprios membros da família, permitindo que os familiares conectem as figuras representativas dos membros com linhas que representam os diferentes tipos de relações e vínculos emocionais e relacionais, e pode ser incorporada no Genograma na avaliação familiar (Figueiredo et al., 2023a). Deste modo, o Genograma com Psicofigura de Mitchell torna-se uma ferramenta de avaliação familiar extremamente rica, permitindo a exploração detalhada de aspetos estruturais, relacionais e da

trajetória de vida da família, possibilitando a identificação de padrões inter e multigeracionais, que podem indicar tendências de acontecimentos futuros, como a violência doméstica e maus-tratos. Por ser flexível e dinâmico permite a atualização contínua das informações familiares privilegiando as áreas com maior necessidade de atenção (Figueiredo et al., 2023a).

Segundo Correia (2017), o Ecomapa surge em 1975, criado por Ann Hartman, como uma ferramenta destinada a registar graficamente as redes sociais de apoio de um indivíduo e suas interações. Este tem o formato de diagrama legendado e representa os vínculos da família com pessoas e sistemas além do núcleo familiar, ilustrando a relação desta com o ambiente externo (Wright & Leahey, 2012). Assim como o Genograma, o Ecomapa tem um forte impacto visual e seu propósito é revelar as interações da família e dos seus membros com os sistemas mais amplos.

A Escala de Graffar foi desenvolvida em 1956 por Graffar e, posteriormente, adaptada para a população portuguesa por Amaro em 1990 e por ele atualizada em 2001. Para Silva (2021), esta ferramenta permite identificar a classe social das famílias e avaliar condições de risco, além de observar mudanças nos comportamentos de saúde e no desenvolvimento psicossocial, identificando se esses fatores limitam o acesso aos serviços de saúde e afetam o bem-estar das famílias. Dessa forma, “a caracterização familiar é realizada por meio da avaliação de diversos aspetos, como: a profissão, o nível de instrução, a origem do rendimento familiar, o tipo de moradia e o local de residência” (Figueiredo, 2012, p. 194-195). A posição social da família é encontrada através do somatório das pontuações obtidas, dependendo se são usados três, quatro ou os cinco itens acima descritos, e pode ter como resultados uma lista que vai da posição V Classe Baixa, IV Classe Média Baixa, III Classe Média, II Classe Média Alta e I Classe Alta. Um estatuto socioeconómico mais baixo associa-se a maiores dificuldades de acesso a recursos materiais, económicos, sociais e políticos (Figueiredo et al., 2023b).

Utilizou-se a EFS como ferramenta para prestação de cuidados envolvendo a família alargada. Os seus fundamentos centrais emanam da Teoria Geral dos Sistemas e da Teoria da Comunicação e apoia-se nos conceitos de totalidade, causalidade circular, reciprocidade, multicausalidade e na ideia de que, ao comunicar, as

pessoas expressam suas percepções sobre o mundo. Os seus três princípios centrais compreendem: *Neutralidade*, que requer que o profissional evite julgamentos sobre os membros da família e seus comportamentos; *Hipotetização*, que consiste em criar uma hipótese sem atribuir-lhe um valor de verdade ou falsidade, a qual será confirmada ou refutada ao longo do processo; *Circularidade*, que envolve o questionamento circular, buscando respostas que possibilitem enriquecer ou revisar a hipótese inicial, incentivando o membro da família unipessoal e cada membro da família alargada a expressar sua visão sobre as dinâmicas familiares (Zordan et al., 2012).

Conforme explica Figueiredo (2022), a EFS começa pelo acolhimento dos membros da família, momento em que é essencial criar um ambiente terapêutico e estabelecer uma relação positiva com a família. Seguidamente, identificam-se e exploram-se as suas necessidades, permitindo ao enfermeiro compreender de que forma a interação familiar pode estar na origem de dificuldades que possam existir, perceber que soluções já foram previamente tentadas e definir objetivos terapêuticos nesse sentido. Na posse dessas informações, e sendo necessário, o enfermeiro passa à etapa de intervenção, que será direcionada conforme o problema identificado em conjunto com a família, finalizando com a avaliação dos resultados alcançados.

As técnicas utilizadas, para avaliar e intervir no contexto familiar, permitiram melhorar a compreensão e as dinâmicas da família com a família extensa, com base nas suas próprias perspetivas e narrativas. A viuvez e a mudança no status familiar podem gerar dificuldades e o suporte afetivo e material dos filhos é esperado pelos idosos e essencial para manter a autonomia e promover o envelhecimento saudável. A abordagem sistémica entre os idosos que vivem sós e os seus filhos, auxilia na criação de estratégias para melhorar a qualidade de vida familiar (Persequino et al., 2017). Essas técnicas possibilitaram tanto a intervenção direta na família quanto a nomeação de diagnósticos. O uso de questões lineares visou criar um ambiente favorável à identificação de dificuldades e à mudança e, ao mesmo tempo, facilitando o reforço dos laços entre as famílias unipessoais com elemento idoso e os seus filhos (Figueiredo, 2012; Zordan et al., 2012). Como forma de promover novas perspetivas e novos padrões de resposta, foram utilizadas perguntas estratégicas e

reflexivas (Figueiredo, 2012). A técnica de questionamento circular apoia-se nos princípios de circularidade e neutralidade e explora as interações entre os membros da família, incluindo o seu contexto, percepções e sentimentos. Foi utilizada como recurso de obtenção de dados que confirmaram, ou não, as hipóteses iniciais (Zordan et al., 2012). Wright e Leahey (2012) identificam quatro tipos fundamentais de perguntas circulares na prática clínica de enfermagem: perguntas diferenciais (focam-se nas diferenças entre os membros da família em termos de relacionamentos, ideias ou crenças, incentivando a reflexão sobre essas variações); perguntas comportamentais (visam explorar a circularidade dos comportamentos entre os membros da família, ou seja, como o comportamento de uma pessoa influencia o de outra); perguntas hipotéticas (facilitam a análise das percepções familiares sobre possíveis alternativas e escolhas para o futuro) e perguntas de tríade (permitem a exploração das percepções entre membros da família, com um terceiro membro observando e comentando o relacionamento entre outros dois, enriquecendo a compreensão das dinâmicas familiares). Figueiredo (2022) refere, para além dessas, as perguntas de *coping*, que avaliam como a família lida com os problemas em diferentes situações, e as perguntas de escala, que ajudam o enfermeiro a medir o compromisso dos membros da família em alcançar os objetivos definidos. Essas ferramentas auxiliam na compreensão e fortalecimento do suporte familiar.

Na prestação de cuidados às famílias utilizaram-se também várias técnicas de intervenção ativa, como a metáfora, reenquadramento, conotação positiva, pergunta milagre e ritual terapêutico.

A metáfora é uma ferramenta utilizada na EFS para facilitar a compreensão, promover a reflexão e transmitir conceitos complexos de uma forma acessível à compreensão dos membros da família, explorar emoções, promover novas perspetivas, facilitar a comunicação dentro do sistema familiar e gerar novos comportamentos através da comparação entre o conteúdo da metáfora e a associação de ideias, memórias e sensações. Possibilita, desta forma, abordar questões que possam gerar desconforto na família, e fortalecer a relação entre estas e o profissional de saúde (Angus, 2018; Cossio et al., 2020; Tay, 2010). Esta técnica

geralmente utiliza linguagem verbal figurativa e simbólica, expressa através de histórias, poemas ou memórias que a família possa interpretar e compreender o contexto de significados difíceis de entender ou expressar. Deste modo, a relação entre o profissional de saúde e a família que cuida sai fortalecida (Angus, 2018; Cossio et al., 2020; Lichtenberg, 2009).

O reenquadramento, é uma forma de interpretar o sintoma e permite a interrupção dos ciclos de *feedback* positivo, provocando maior flexibilidade no sistema familiar porque auxilia os membros da família a associarem o sintoma a algo positivo no sentido da harmonização das relações familiares (Figueiredo, 2022). Esta técnica de intervenção familiar sistémica busca modificar a perceção dos membros da família sobre um determinado problema, promovendo, desta forma, a procura de mudança. Baseia-se em três princípios fundamentais: alterar a visão do problema, passando de uma perspetiva individual para uma que envolva todo o sistema familiar; transformar o significado de algo negativo em algo positivo ou normativo; e comunicar o reenquadramento de forma que o sistema familiar o compreenda de modo congruente com a nova perspetiva adotada. Assim, o reenquadramento oferece uma nova interpretação dos fatos, promovendo a aceitação de uma nova visão pela família (Figueiredo, 2022; Weeks & D'Aniello, 2017).

A conotação positiva é uma técnica que visa motivar os membros da família a atribuir um novo significado ao sintoma, promovendo a coesão familiar (Williams & Auburn, 2016). Ela direciona a atenção para a construção de uma visão mais positiva do problema, ajudando a alterar o sentido atribuído ao evento. A técnica de reenquadramento positivo permite adotar uma perspetiva sistémica sobre a família e seus comportamentos, frequentemente precedendo a prescrição paradoxal para que a família continue em seu funcionamento atual (Bischof et al. 2019; Constantine et al., 1984).

O ritual é uma necessidade humana e ocorrência comum em todas as sociedades, e tem sido fundamental para os conceitos e práticas da terapia familiar (Jolliffe, 2024). Todas as famílias possuem rituais no seu dia a dia, os quais desempenham um papel essencial na sua dinâmica, fortalecendo o sentimento de pertença entre os membros, promovendo desta forma a coesão familiar. A introdução de um ritual tem

como propósito estabelecer novas regras que vão criar um contexto diferenciado. Os rituais co-construídos devem ser descritos com precisão, especificando detalhadamente as ações a serem realizadas, por quem, em que momento e em qual sequência. Geralmente, a realização do ritual envolve atividades que alteram comportamentos consideradas pelo profissional, como potenciais fontes de disfunção no funcionamento familiar (Figueiredo & Dias, 2023; Wolin & Bennet, 1984). Na ótica de Figueiredo e Dias (2023), o uso de rituais terapêuticos ao longo do processo de cuidados permite a criação de novos padrões familiares e tem-se mostrado eficaz na manutenção e desenvolvimento de práticas dentro do sistema familiar, que ajudam a fortalecer a inter-relação e a capacidade dos membros da família para resolver problemas identificados.

A estratégia de intervenção ativa da pergunta milagre, que consiste em convidar cada membro da família a imaginar um cenário ideal no qual o problema tenha sido solucionado de maneira milagrosa. Nesse exercício, cada participante é encorajado a descrever como seria a vida familiar nesse contexto, enfatizando as transformações positivas resultantes. Essa abordagem tem como objetivo ampliar a perspectiva da família sobre suas possibilidades e reforçar a esperança de que a mudança é viável (Miller et al., 2018).

Já em 1987, Epstein alertava para a necessidade fundamental de realizar uma avaliação multidisciplinar do idoso nos domínios em que apresenta déficits — físico, mental, funcional e social — de forma a desenvolver e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções que atendam às suas necessidades, incapacidades e problemas. Defendia que isto seria particularmente importante em momentos de risco como o luto ou perda significativa, doença grave, ou alterações do modo de vida, pois permite uma visão mais ampla e informada acerca das capacidades dessa pessoa, e ajudar a evitar institucionalizações desnecessárias e frequentemente irreversíveis. Deste modo, torna-se mais fácil a adoção de condutas preventivas, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos idosos (Epstein, 1987). Atualmente, preconiza-se a avaliação global antes do surgimento dos déficits, conhecida como Avaliação Geriátrica Global (AGG) (GERMI, 2020). O seu objectivo é atender adequadamente às necessidades e incapacidades do idoso, através da

criação e coordenação de planos de cuidados, intervenções e serviços, orientados para os seus problemas específicos (Epstein, 1987). Na AGG são utilizadas escalas padronizadas de simples implementação, fiáveis e cuja aplicação é bem aceite pelos idosos (Dorner, 2024). Estão incluídas as escalas de Katz - Actividades Básicas da Vida Diária (ABVD) (Katz, 1963); Lawton & Brody - Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Lawton & Brody, 1969); Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta (Yesavage et al., 1982); o Mini-Mental State Examination de Folstein (Folstein et al. (1975); a Classificação Funcional da Marcha de Holden (Holden et al., 1986) e o Mini Nutritional Assessment (Rubenstein et al., 2001). Sendo uma ferramenta universalmente utilizada em geriatria, a sua aplicação permite a uniformidade de comparação e leitura dos resultados obtidos com as intervenções clínicas (Dorner, 2024).

A escala de Katz (1963) é utilizada para avaliar a autonomia do idoso na realização das ABVD, que incluem: tomar banho, vestir-se, usar a sanita, transferir-se entre cama e cadeira/cadeira de rodas, controlar esfíncteres e alimentar-se. As informações podem ser colhidas por meio de observação direta do idoso e/ou entrevistas realizadas ao próprio, a familiares ou cuidadores. Cada ABVD é pontuada como Dependência (0) ou Independência (1). Caso o idoso recuse, ou não esteja habituado a realizar determinada atividade, deve ser considerada Dependência nessa função (Apóstolo, 2013). A soma da pontuação final varia entre 0 (Dependência total) e 6 pontos (Independência total) (GERMI, 2020).

A Escala de Lawton & Brody (1969), validada para o contexto português por Araújo et al. (2008), avalia a autonomia do idoso nas AIVD, necessárias para viver de forma independente na comunidade, como usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, lavar roupa, usar meios de transporte, gerir a medicação e lidar com finanças. A avaliação é feita por questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. Cada AIVD é avaliada de forma policotómica de forma a discriminar melhor a capacidade funcional, sendo pontuada: dependente (0), ou independente (1). A pontuação final, entre 0 e 8, reflete o número de atividades em que o idoso é independente.

O Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein et al. (1975), é um questionário de aplicação direta ao idoso que avalia funções cognitivas como orientação espacial e temporal, memória imediata e recente, atenção, cálculo, linguagem e habilidade construtiva. As questões devem ser realizadas da forma sequencial prevista no questionário e, por cada resposta correta, é atribuído um ponto. Morgado et al. (2010) reajustou os pontos de corte para a população portuguesa tendo em consideração os diferentes níveis de escolaridade e idade. A interpretação da pontuação depende da idade e do nível educacional segundo coortes, quanto mais alta for a pontuação conseguida, melhor será o desempenho cognitivo da pessoa. Caso se verifique uma pontuação abaixo da nota mínima da coorte, poderá ser indício de um processo de demência que deverá ser avaliada pelo seu médico de família.

A Classificação Funcional da Marcha de Holden (Holden et al., 1984), divide-se em seis categorias e permite verificar o grau de autonomia na marcha de uma pessoa dependendo do tipo de ajuda física ou supervisão necessária e do tipo de superfícies. Esta informação pode ser adquirida por observação direta da marcha e questionário ao idoso, familiares ou cuidadores. Segundo a OE (2016b), tem como objetivo categorizar de forma detalhada o suporte físico necessário à marcha e poderá ser aplicado, sobretudo, se forem detetadas alterações neurológicas ou alteração de funcionalidade dos membros inferiores.

O teste Timed Up and Go (TUG) de Podsiadlo (1991), é um teste rápido, confiável, barato, fácil de executar, validado amplamente em diversas populações (Coelho-Junior et al., 2018). Nele, a pessoa senta-se numa cadeira com braços, levanta-se e caminha 3 metros até uma marca no chão e regressa à cadeira, sentando-se novamente. O exercício é cronometrado e inicia após comando verbal do profissional que está a aplicar o teste com os objetivos de avaliar a mobilidade, o equilíbrio, a capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, e o risco de quedas em idosos (OE, 2016b). Foi validado para a população portuguesa por Rodrigues et al. (2023).

A escala de Tinetti (Tinetti, 1986), validada para Portugal por Petiz (2001), classifica o equilíbrio através da avaliação de diferentes aspetos da marcha como a

velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados, usando um sistema de pontuação padronizado (Apóstolo, 2013; Scura et al., 2023; Tinetti, 1986). Esta escala é confiável e deverá ser utilizada como ferramenta de avaliação mesmo nos elementos idosos com maiores compromissos de mobilidade, tal como os doentes com Parkinson (Laurent et al., 2023).

O Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST), desenvolvido por Mackenzie em 2017, é um instrumento composto por 25 itens que avaliam aspetos relacionados com a segurança, funcionalidade e mobilidade nas residências de idosos, sendo elaborado com base nos principais fatores de risco para quedas neste ambiente (MaCkenzie, 2019). Apesar de ainda não ter sido validado ou traduzido para português, foi utilizado no contexto de estágio para avaliação dos fatores ambientais relacionados com quedas.

O Mini Nutritional Assessment (MNA) (Rubenstein et al., 2001), é utilizado para a deteção do estado nutricional em pessoas idosas. Foi validado para a população portuguesa por Loureiro (2004). A avaliação é iniciada preenchendo a secção “triagem”, e só se preenche o resto do questionário se a pontuação obtida nessa secção for igual ou inferior a 11. A pontuação máxima é de 30 pontos. Se a pontuação total somar mais de 24 pontos, o estado nutricional do indivíduo é normal; se estiver entre 17 e 23,5 pontos, inclusive, está em risco de desnutrição; pontuações inferiores a 17 pontos são indicadoras de desnutrição e deverá ser feita articulação com um profissional da área da nutrição para acompanhamento especializado.

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta (Yesavage et al., 1982), é um questionário com 15 perguntas de resposta dicotómica (Sim ou Não) aplicado de forma direta, para identificar depressão em idosos através da avaliação de aspetos cognitivos e comportamentais. Cada resposta indicativa de depressão soma 1 ponto. A soma final resulta na correspondência a uma de três categorias: sem depressão, depressão ligeira e depressão grave. Apóstolo et al. (2014) validaram este documento para Portugal.

Por todas as famílias serem unipessoais, optou-se por avaliar a solidão com recurso à Escala UCLA-Loneliness validada para idosos portugueses (Pocinho et al., 2010), como instrumento dedicado à avaliação deste construto. Esta ferramenta é constituída como questionário de aplicação direta, projetada para captar a perceção individual de solidão e isolamento social, fornecendo uma medida confiável e válida sobre esse aspeto emocional e social. Na versão original, desenvolvida por Russell et al. (1978), o instrumento contempla 20 itens, na versão portuguesa, a escala integra 16 itens. Cada item oferece quatro opções de resposta, que variam de "nunca" a "frequentemente". Quanto maior for a pontuação obtida no somatório total, maior é a perceção de solidão do idoso, sendo que o ponto de corte validado para a população portuguesa é 32 (Pocinho et al., 2010).

Na descrição do processo de prestação de cuidados à família serão referidas as informações consideradas relevantes, resultantes da colheita de dados, tendo por base o MDAIF, o tipo de família e sua composição, família extensa, sistemas mais amplos e respetiva posição social. Seguidamente, serão abordadas as áreas de atenção avaliadas as dimensões Estrutural e Funcional, de acordo com os critérios de diagnóstico e a necessidade da família. Por último, serão apresentados os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, seus objetivos e a avaliação dos seus resultados. De forma a facilitar a avaliação dos resultados obtidos durante o processo de intervenção familiar, será elaborado um resumo para cada dimensão avaliativa, no qual serão apresentados os diagnósticos identificados e o seu progresso ao longo das consultas.

A família 1

A família 1 é uma família unipessoal constituída pelo elemento E1. As quatro consultas realizadas demoraram cerca de uma hora, das quais três ocorreram em contexto domiciliário e uma consulta foi feita via telefone (durante período de internamento de E1). Colocaram-se questões lineares simples de forma a obter as

informações que permitem caracterizar as relações, vínculos e os laços que permitem construir o Genograma da família com Psicofigura de Mitchell e Ecomapa.

A família 1 é constituída por E1, pessoa do sexo feminino de 83 anos, com seis anos de escolaridade, reformada e viúva há 7 anos. Tem duas filhas, atualmente com 61 e 59 anos que sempre residiram muito perto dela e que, há data da primeira consulta, tinham recentemente anunciado que iriam mudar-se para outra zona do país. Na Figura 4, apresenta-se o Genograma da família 1, onde consta a composição da família e sua constituição geracional.

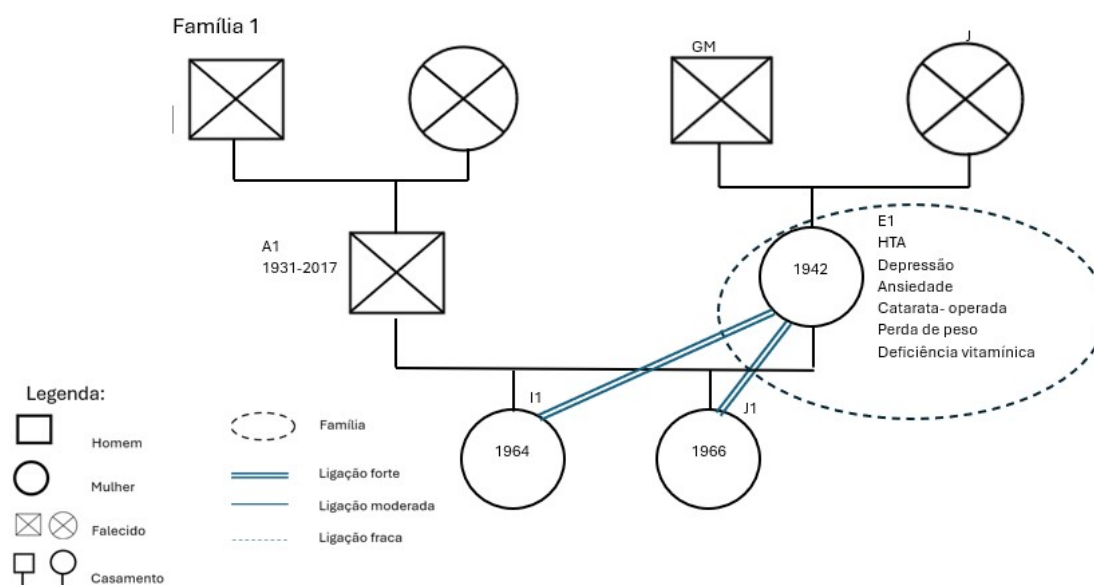


Figura 4 – Genograma com Psicofigura de Mitchell da família 1

Família Extensa

Os únicos elementos da família extensa são I1 e J1, com as quais tem um vínculo forte. Estas não constituíram família e E1 não tem outros parentes próximos com quem tenha contacto. E1 tem com as filhas contacto telefónico semanal, cuja relação tem as funções (ainda que limitadas), de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos e regulação social.

Sistemas mais amplos

O Ecomapa da família 1, representado na Figura 5, mostra que E1 tem alguma diversidade de ligações sociais, com os vínculos mais fortes a estenderem-se ao grupo de amigos e vizinhos. Admite que depois do anúncio das filhas sobre a mudança de residência, se tem refugiado em casa e está agora a receber apoio instrumental de amigas e dos vizinhos no que toca a fazer as compras de mercearia e medicamentos. Refere que costumava passar bastante tempo em convívio com as amigas no café e no cabeleireiro, mas agora ocupa o seu tempo a ver televisão. Tem recebido visitas de forma esporádica das amigas, cabeleireira e semanalmente por parte dos vizinhos.

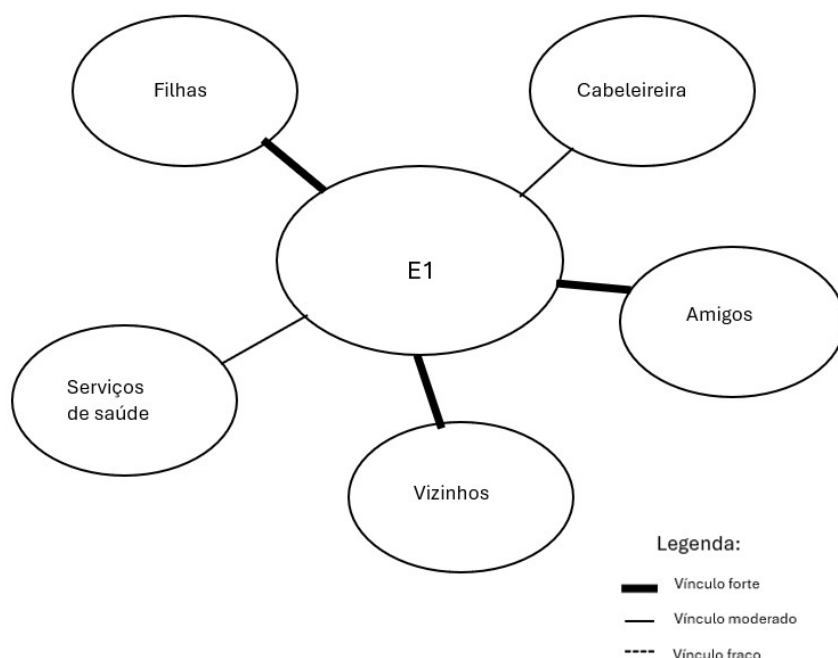


Figura 5 – Ecomapa da família 1

Classe Social

A pontuação obtida na versão adaptada da escala de Graffar (Profissão – 4 operária semi-qualificada; Instrução – 4 6 anos de escolaridade; Origem do rendimento familiar – 3 reformada; Tipo de habitação – 3 casa em bom estado de conservação, com cozinha, casa de banho e eletrodomésticos essenciais; Local de residência – 2

zona urbana de elevado valor monetário), perfazendo um total de 16 pontos, indica que a família tem como posição social a Classe Média.

Dimensão Estrutural

Relativamente à avaliação das áreas de atenção relativas às dimensões operativas próprias da Dimensão Estrutural (Rendimento Familiar–3 e Conhecimento e Capacidade Demonstrada sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares, Edifício Residencial–3 e Higiene da Habitação Presente: realizada por empregada de limpeza 2X semana, Abastecimento de Água - rede pública e Animal Doméstico – inexistente). A Precaução de Segurança, encontrava-se comprometida devido à presença de barreiras arquitetónicas no edifício e desconhecimento acerca de estratégias adaptativas. A residência não tem dispositivos a gás e dispõe de aquecimento local elétrico, demonstrando E1 conhecimento acerca da sua utilização. Deste modo, foram enunciados os diagnósticos: **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado e Abastecimento de Água Adequado**, que constituem recursos e forças da família. Por outro lado, o diagnóstico **Precaução de Segurança Não Demonstrada** necessitou de intervenção, tal com descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Avaliação e intervenção na área de atenção Precaução de Segurança da família 1

Foco	Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica	Existência de barreiras arquitetónicas: existência de um lanço de 5 escadas com barras laterais de apoio, na entrada da habitação. E1 tem medo de cair nas escadas. Divisões com muita mobília e espaço de circulação limitado em algumas áreas. Existência de tapetes pequenos não aderentes na casa de banho, quarto, sala e cozinha. Casa de banho com chuveiro, base de duche com tapete antiderrapante e barra de apoio e ambientes com pouca iluminação. E1 tem conhecimento da forma correta de utilizar as escadas, mas não

	tem conhecimento sobre outras estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas.
Diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada Conhecimento Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Intervenções	Ensinar sobre precaução de segurança
	Incentivar remoção das barreiras arquitetónicas móveis
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas: remoção ou fixação dos tapetes, importância dos espaços desimpedidos e com boa iluminação; Apoiar na escolha das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas que E1 prefere; Incentivar progressos.	
Avaliação de resultados: E1 perdeu o medo de cair, vai ao jardim e utiliza as escadas de forma segura. Tem conhecimento dos riscos, mas ainda não fez alteração às barreiras arquitetónicas.	
Diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas

Dimensão Funcional

Foram avaliadas as subáreas Coping Familiar, Papéis Familiares e Relação Dinâmica na área Processo Familiar incluindo os sistemas mais amplos, pois trata-se de uma família unipessoal que tem medo de sair de casa e precisa de ajuda para desempenhar todos os papéis inerentes à função de uma família.

Relativamente ao coping familiar, que avalia de que forma a família lida com os seus problemas; E1 é quem toma a iniciativa para a resolução de problemas. Refere existir discussão com as filhas acerca dos problemas da família, mas não está satisfeita da forma como isso se processa desde que as filhas decidiram ir morar

longe. Existe utilização de recursos externos, com recurso a amigas e casal de vizinhos para realização de tarefas, cabeleireira como fonte de conselhos e instituições comunitárias (A mutualista). Tem experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas, como o recurso ao apoio das filhas e amigas no luto pelo seu esposo. A família, com o apoio da família extensa não tem sido autossuficiente na tomada de decisão e resolução dos problemas que surgem, pelo que se criou o diagnóstico **Coping Familiar Não Eficaz**.

Quanto aos Papeis Familiares, que permite determinar de que forma ocorre a interação de papéis na dinâmica da família, E1 desempenha o papel de provedor, papel de gestão financeira e papel de parente com consenso e sem conflito ou saturação de papel. O papel de cuidado doméstico é desempenhado pela empregada doméstica contratada. Quanto ao papel recreativo, E1 desempenha com consenso e sem conflito, mas revela saturação do papel pois deixou de sair de casa com a progressão da depressão (que ela associa com a mudança das filhas para outra zona do país) e do aumento do medo de queda. Não tem interesse em estar com ninguém. Refere que com as filhas perto seria tudo mais fácil e podia conviver mais. Entende que não é uma atitude benéfica para ela, mas não consegue encetar por um caminho de mudança, pelo que se determinou o diagnóstico de **Processo Familiar Disfuncional** relacionado com **Coping familiar não Eficaz** e **Interação de Papeis Não Eficaz** manifestado por **Papel Recreativo Não Eficaz**. Nos Quadros 3 e 4, é apresentada a atividade diagnóstica e intervenções realizadas.

Quadro 3 – Avaliação da Área de atenção Processo Familiar, área Coping Familiar da família 1

Foco	Processo Familiar	
	Coping Familiar	
	Solução de problemas Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica	Resultados
	<i>Quando está perante um problema, quem tem a</i>	<i>E1: “Sou eu que tomo a iniciativa, sempre fui desenrascada. Agora que me tenho sentido</i>

	<i>iniciativa de o resolver e como costuma lidar com ele?</i> <i>Costuma recorrer a alguém para ajudar a tomar decisões relativas a essas situações? Se sim, a quem recorre?</i> <i>Quando enfrenta dificuldades, procura apoio fora da família, como amigos, vizinhos, profissionais de saúde ou instituições?</i> <i>Pode dar-me um exemplo de um problema que enfrentou, e como lidou com essa situação?</i> <i>Olhando para trás, há algo que faria de forma diferente na resolução de situações difíceis que aconteceram no</i>	<i>mais triste acho que tenho mais dificuldade em lidar com tudo e sinto que não tenho tanto apoio, apesar de falar ao telefone com as minhas filhas e pessoas que me são queridas. É mais fácil falar quando estamos com a pessoa, pelo menos para mim.”</i> <i>E1: “Quando tinha dúvidas ou precisava de alguma opinião falava mais com as minhas filhas. Às vezes também pedia o conselho dos amigos.”</i> <i>E1: “Sim, sei que posso contar com os amigos, mas também não os quero chatear muito, também têm os seus problemas. Com as minhas filhas também, mas só através de telefone. Também tenho procurado ajuda médica para a minha depressão e ansiedade, mas tem sido difícil controlar o problema, sinto que está a piorar. Já recorri à Mutualista, mas agora não tenho procurado nada, nem lá, nem noutros sítios.”</i> <i>E1: “O pior problema que enfrentei ultimamente foi as minhas filhas terem mudado para outra zona do país. Acho que nem cheguei a lidar com isso porque não percebo porque tomaram essa decisão. Foi nessa altura que a minha depressão piorou muito, porque me comecei a sentir mais sozinha e desamparada.”</i> <i>E1: “Olhe, nessa situação gostava de ter conseguido aceitar a decisão delas, seria mais fácil para mim e para elas.”</i>
--	---	---

	<i>passado?</i>	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Não Eficaz	
Resultados Desejados	Melhorar o processo de coping da família 1	
Intervenções	Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família	
	Promover a comunicação expressiva das emoções;	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
Utilizar a técnica de Reenquadramento para intervir no processo de coping:		
E: Pelo que percebi, associa a mudança das suas filhas ao sentimento de maior depressão e desamparo, estou certa?		
E1: Sim, é isso. Foi a partir daí que parece que começou tudo a desmoronar.		
E: Disse-me antes que as suas filhas moram sozinhas há muitos anos e não vinham muito a sua casa. Sugiro que pense um pouco e me conte o que mudou no seu dia-a-dia desde então.		
E1: O que mudou?...Estou muito deprimida, sinto-me mais sozinha, não saio de casa nem para o jardim porque comecei a ter medo de cair... tenho recebido mais as minhas amigas e vizinhos cá em casa e telefonam-me mais.		
E: Também me lembro que disse que eles estavam a ajudà-la em algumas coisas, é verdade?		
E1: Sim, é verdade.		
E: Parece-me que isso mostra que tem bons amigos e vizinhos, e uma boa rede de apoio, pois isto mostra que gostam de si e estão preocupados consigo. O que acha disto?		
E1: ...Pensando assim...sim, parece que sim. E vendo bem, como as minhas filhas já não vinham muito cá, e prometeram que vinham todos os meses, talvez nem seja assim tão diferente do que acontecia antes.		
E: Também falou que começou a ter medo de cair, quer falar um pouco mais sobre isso?		
E1: Sei que não tenho muito motivo para sentir tanto medo, não sei porquê.		
E: Acha que este medo ter surgido após a notícia da viagem das suas filhas é coincidência?		
E1: Pois, não é. Acho que o meu medo é o de cair e ficar com sequelas e desamparada.		
E: E acha que poderia contar com os amigos e vizinhos nessa situação?		
E1: Agora vendo bem, parece que se preocupam comigo.		

E: Parece-me que chegou a uma conclusão positiva, fico feliz por si, pense nisso.

E1: Sim, vou pensar.

Incentivar progressos.

Avaliação de resultados: E1 começou a aceitar a decisão das filhas de irem morar noutra zona do país, percebe que pode contar com a ajuda dos sistemas mais amplos e começou a procurar ativamente soluções para os problemas. Começou a fazer as suas compras e ir ao cabeleireiro.

Diagnóstico

Coping Familiar Eficaz

Quadro 4 – Avaliação da Área de atenção Processo Familiar, área Interação de Papéis Familiares da Família, Item Papel Recreativo da família 1.

Foco	Processo Familiar / Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item Papel Recreativo	Atividade diagnóstica	Resultados
	Com que frequência se dedica a atividades de lazer?	E1: “Antes, quando as minhas filhas estavam aqui, saía várias vezes por semana e encontrava-me com as minhas amigas no café para sociabilizar. Agora já há algum tempo que não tenho saído. “
	Que atividades recreativas costuma realizar (ex.: passeios, jogos, viagens)?	E1: “Tenho visto televisão, mas já sem grande vontade, é só desgraças que se vê. Também recebo as minhas amigas de vez em quando e também converso com a cabeleireira por telefone e com os meus vizinhos de vez em quando.”
	Quem as organiza e decide o que fazer?	E1: “Antes era eu, agora depende mais se eles têm tempo para me visitarem”.
	Está satisfeita com a qualidade e a quantidade de tempo que dedica ao lazer? Porquê?	E1: “Não, sinto que me faz falta sociabilizar e que é importante para nos sentirmos bem, mas não tenho sentido vontade nem tenho cabeça para isso.”
	Existe algo que gostaria de mudar nos momentos recreativos?	E1: “Gostava de voltar a poder sair de casa e conviver com elas, passear um pouco, até parece que já estou a perder algumas forças”.
Diagnóstico	Considera que existe algum obstáculo que impeça a realização de atividades recreativas? Se sim, qual?	E1: “Sim, tenho medo de cair e muito pouca vontade de estar em espaços com muito barulho”.
	Papel Recreativo Não Eficaz	

Resultados Desejados	Que E1 comece a conviver semanalmente com as amigas/vizinhos.
Intervenções	Intervir no medo de queda
	Promover a comunicação expressiva das emoções;
	Elogiar progressos.
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>	
Utilizar a técnica de Reenquadramento conforme descrito.	
Avaliação de resultados: E1 Tem tomado café com as amigas e realizou o seu jantar de aniversário com elas. Tem planos para passear e passar tempo com as filhas no próximo mês, quando estiverem de visita.	
Diagnóstico	Papel Recreativo Eficaz

No fim da intervenção do EEECESF o status do diagnóstico passa a **Processo Familiar Não Disfuncional** relacionado com **Coping familiar Eficaz** e **Interação de Papeis Eficaz**, passando a representar uma força para a família.

Intervenção individual E1

E1 tem antecedentes de HTA, Depressão e Ansiedade. E1 encontra-se **sem déficit cognitivo** (MMSE score 22 – literacia 3-6 anos- Morgado et al., 2010) é **independente na realização das ABVD** (score 6 na Escala de Katz), tem **dependência ligeira nas AIVD** – para aquisição de bens essenciais (score 7 na escala de Lawton & Brody). Para dar resposta a estas necessidades nas AIVD, E1 tem apoio dos sistemas mais amplos. Tem **marcha independente – é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, inclinadas ou escadas** (categoria 5 na Classificação Funcional da Marcha de Holden) e demonstra estar **sem equilíbrio corporal e dinâmico comprometido** (escala de Tinetti). A avaliação e intervenções propostas para o foco Risco de Queda e medo de queda são as que se apresentam em seguida nos Quadros 5 e 6.

Quadro 5 – Avaliação e intervenção no foco Risco de Queda de E1.

Foco	Risco de queda	
Atividade Diagnóstica	Teste TUG (31 segundos) alto risco de queda; Sem equilíbrio corporal e dinâmico comprometido (Anexo II); Tem antecedentes de queda há uns anos, por tropeçar no tapete da sala e tem medo de cair: “depois de ter caído no tapete também comecei a ter medo um pouco de medo das escadas, não sei explicar, há anos que não caio.” Home Fast assessment: uso de calçado adequado, sem luz de presença, base de duche antiderrapante (com barras de apoio), existência de tapetes pequenos não aderentes (casa de banho, quarto, sala e cozinha) e ambientes com pouca iluminação. Não tem conhecimento dos fatores de risco de queda	
Diagnósticos	Risco de queda Conhecimento não demonstrado sobre fatores que aumentam o risco de queda	
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre prevenção de queda	
	Incentivar correção de riscos ambientais de queda	
	Incentivar treino de exercícios de Otago duas vezes por semana	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Assistir E1 a identificar e corrigir os riscos ambientais de queda; Incentivar progressos.		
Resultados das intervenções: E1 tem conhecimento sobre fatores de risco de queda, começou a fazer os exercícios de Otago, mas não fez alterações relativas aos riscos ambientais identificados.		
Diagnósticos	Risco de queda Conhecimento demonstrado sobre risco de queda.	

Quadro 6 – Avaliação e intervenção no foco Medo de E1.

Foco	Medo
Atividade Diagnóstica	E1 não tem utilizado as escadas, com medo de cair, atou um fio ao trinco da porta de entrada e puxa-o do andar de cima para abrir a porta a visitas. Pelo mesmo motivo confessa que não vai ao jardim; E1 tem perceção de autoeficácia relativamente à utilização das escadas: “eu sei usar bem o corrimão e as escadas, já me ensinaram e nunca caí ali. Talvez tenha medo de agora já não ter força para me levantar ou de partir uma perna”.
Diagnósticos	Medo de queda/ sem perceção de autoeficácia para lidar com queda
Intervenções Sugeridas	Assistir no medo de queda
	Demonstrar como proceder após queda
	Negociar treino de utilização de escadas
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Consciencializar E1 através do questionamento circular, escuta ativa e empatia que o medo de queda está a impedi-la de estar com as amigas e de aproveitar a totalidade do seu espaço doméstico. <u>Fundamentação:</u> Bandura (1977) propõe o conceito de perceção de autoeficácia, referindo-se à crença que cada pessoa tem na sua capacidade para organizar, executar, alcançar os seus objetivos ou lidar com desafios do seu quotidiano. A autoeficácia tem sido aplicada em diversos contextos da enfermagem, essencialmente com o objetivo de promover a saúde, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e reforçar a segurança do doente; tendo-se revelado fundamental na previsão do bem-estar físico e psicológico, das competências individuais e da gestão do autocuidado (Shorey e Lopez, 2021).	
Avaliação de resultados das intervenções	E1 utiliza as escadas e já não se sente tão preocupada com a eventualidade de uma queda
Diagnóstico	Sem medo de queda/ com perceção de autoeficácia para lidar com queda

O Quadro 7 apresenta a avaliação do foco **Autocuidado atividade física de E1**.

Quadro 7 – Avaliação e intervenção no foco Autocuidado atividade física de E1.

Foco	Autocuidado atividade física
Atividade Diagnóstica	E1 não faz nenhuma atividade física para além da estritamente necessária para circular dentro de casa e cuidar das necessidades fisiológicas básicas, apesar de ter capacidade física para uma vida mais autónoma: “Os meus dias são passados entre o sofá e a cama”.
Diagnóstico	Autocuidado atividade física comprometido.
Intervenções Sugeridas	Incentivar atividade física;
	Ensinar sobre os benefícios da atividade física;
	Demonstrar exercícios de Otago;
	Supervisionar exercícios de Otago;
	Planear atividade física: realizar exercícios de Otago por 30 minutos duas vezes por semana;
	Incentivar adesão ao treino de exercícios;
	Incentivar E1 a planear caminhadas com as amigas;
	Planear caminhadas com as amigas

Fundamentação: O compromisso no equilíbrio é um dos principais fatores que interferem de forma negativa no risco de quedas em idosos (Pacheco Guzmán et al., 2024). Num boletim publicado em 2024, o Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge refere que o mecanismo de lesão mais comum em Portugal nas pessoas com mais de 64 anos tem sido a queda em casa. Foi demonstrado que o uso de exercícios de Otago reduz o risco de quedas nesta população em 64% (Pacheco Guzmán et al., 2024). O Programa de Exercícios Otago (OTAGO) é comumente aplicado para tais fins. É um programa que incorpora exercícios de força de intensidade moderada com foco nos membros inferiores e equilíbrio que devem ser realizados por 30 minutos, pelo menos três vezes por semana (Accident Compensation Corporation [ACC], 2007; Bjerk et al., 2018). Esse tipo de programa é sobremaneira eficiente no aumento do equilíbrio, força muscular dos membros inferiores da marcha, reduzindo desta forma o risco de quedas em idosos, principalmente os que priorizaram os componentes de equilíbrio e força muscular, e por isso de suma importância que os idosos fortaleçam a compreensão do papel do exercício físico na manutenção da sua

capacidade funcional (Hou et al., 2024; Silva et al., 2022).	
Avaliação de resultados das intervenções	E1 começou a fazer caminhadas com as amigas duas vezes por semana e os exercícios de Otago.
Diagnóstico	Autocuidado atividade física não comprometido

Vários estudos científicos e organizações de saúde indicam que a prática regular de atividade física, estimulação cognitiva e um estilo de vida saudável são determinantes para o processo de envelhecimento saudável (OPAS, 2020; Rocha et al., 2023). No caso da pessoa idosa, é benéfico aliar a atividade física à estimulação cognitiva na procura de melhores resultados (Comboureu Donnezan et al., 2018; Gonzalez-Moreno et al., 2022). Nessa mesma linha, foi proposto regime de exercícios mentais que devia repetir diariamente, como se pode ver representado no Quadro 8.

Quadro 8 – Avaliação e intervenção no foco Cognição de E1.

Foco	Cognição	
Atividade Diagnóstica	MMSE (score 22 – literacia 3-6 anos- Morgado et al., 2010)	
Diagnóstico	Sem compromisso cognitivo	
Intervenções Sugeridas	Incentivar treino cognitivo.	
	Planear treino de exercício mental.	
	Implementar treino de exercício mental.	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
Ensinar acerca dos benefícios do treino cognitivo;		
Demonstrar exercícios de treino mental;		
Supervisionar exercícios de treino de exercício mental;		
Incentivar adesão ao treino de exercício mental diário;		
Incentivar e elogiar progressos.		

Fundamentação: Livingston et al., (2020) diz-nos que a prevalência do compromisso cognitivo e demência está a aumentar no grupo etário dos idosos. A capacidade cognitiva tende a diminuir naturalmente com o avanço da idade. Outros fatores como a hipertensão e a hipercolesterolemia também foram associados ao declínio cognitivo em pessoas idosas (Ladecola & Gottesman, 2019; Livingston et al., 2020; Zhang et al., (2024a). Com o tempo, esse processo pode evoluir para um comprometimento cognitivo leve e, em alguns casos, para demência (Morley, 2018). Os déficits cognitivos em idade avançada estão relacionados com a depressão, podendo entre 20 e 50% das pessoas com depressão apresentar também um déficit cognitivo ligeiro (Teixeira et al., 2025). A atividade mental complexa está associada à redução do risco de demência, estudos mostram que o treino cognitivo multidomínio tem o potencial de melhorar a função cognitiva em idosos saudáveis e retardar o declínio cognitivo em indivíduos onde já se manifeste (Chen et al.,2021; Gates & Valenzuela, 2010). Para além dos benefícios na função mental, os resultados de estudo levado a cabo por Chen et al. (2021) concluem ainda que o treino cognitivo também influencia positivamente as funções físicas. É urgente a implementação de estratégias que protejam a função cognitiva a par do avanço da idade tal como o controlo tensional, praticar exercício físico, dieta mediterrânica, viajar, ouvir música, ler, sociabilizar, jogar (Chan et al., 2018; Morley, 2018; Livingston et al., 2020).

Avaliação de resultados das intervenções	E1 iniciou treino de exercício mental diário
Diagnóstico	Sem compromisso cognitivo

O Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (GESI) emitiu em 2023 um Guia prático para a consulta de medicina geral e familiar que remete para a importância do rastreio do consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas (opióides e benzodiazepinas) pelos riscos acrescidos que comportam para o idoso ao nível do risco de queda, anemia, declínio cognitivo, *delirium*, trombocitopenia, doença cardiovascular, alteração da função hepática e neoplasias. Os idosos são o grupo populacional com maior risco de contrair doenças de origem infecciosa, tendo também pior prognóstico na sua recuperação devido à diminuição da imunidade relacionada com o processo de envelhecimento, tendo taxas maiores de morbimortalidade e internamento (Du et al., 2021). Por isso é aconselhada a vacinação contra o tétano (de dez em dez anos), vírus da gripe e vírus SARS-CoV-2 (anual), *streptococcus pneumoniae*, e vírus da varicela (GESI, 2023).

E1 não fuma nem consome bebidas com álcool e tem adesão à vacinação. A tensão arterial avaliada foi de 136/81mmHg, com registo no SClínico-CSP®.

Analisando os registos anteriores no SClínico-CSP®, verifica-se que há vários anos consecutivos que apresenta tensões dentro do padrão esperado, sendo por isso **hipertensa com valores controlados de tensão arterial**. Apresenta um IMC de 28.5, o que indica **excesso de peso**. E1 cozinha a própria comida e admite que não se tem hidratado adequadamente nem tem comido fruta ou legumes diariamente. Relata que desde que se começou a isolar, há aproximadamente um mês, não tem vontade de cozinhar e come muitas vezes sandes ou comida rápida de preparar e pouco variada nutricionalmente. Por isso foi aplicado o Mini-nutricional Assessment, no qual teve score 9 na triagem e avaliação global: 19,5 pelo que está em **risco de desnutrição**. E1 tem **gestão de regime terapêutico comprometido**. Os dados relativos ao diagnóstico e intervenções realizadas como forma de intervir no foco nutrição e gestão do regime terapêutico apresentam-se de seguida nos Quadros 9 e 10.

Quadro 9 – Avaliação e intervenção no foco Nutrição de E1.

Foco	Nutrição	
Atividade Diagnóstica	Alteração dos hábitos alimentares, com diminuição do consumo de água, legumes e fruta em cerca de duas porções por dia; Mini-nutricional Assessment (score 19,5 pontos), em Anexo III.	
Diagnóstico	Risco de desnutrição	
Intervenções Sugeridas	Orientar para alimentação saudável	
	Determinar quais as hortícolas e frutas preferidas por E1	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Fornecer lista de receitas fáceis e simples de executar, que vâ de encontro ao gosto de E1; Incentivar ingestão de água adequada, usando a estratégia da garrafa de 1,5l.		
Avaliação de resultados das intervenções: E1 bebe cerca de 1,5l de água por dia, começou a comer mais fruta e faz uma alimentação mais saudável. Reavaliado Mini-nutricional Assessment após três meses (score 25,5 pontos)		
Diagnóstico	Sem Risco de Desnutrição	

Quadro 10 – Avaliação e intervenção no foco gestão do regime terapêutico E1.

Foco	Gestão do regime terapêutico	
Atividade Diagnóstica	Avaliação do regime medicamentoso: adequado	
	Avaliação do regime alimentar: não adequado	
	Demonstra capacidade para gerir regime dietético	
	Avaliação do regime de exercício: não adequado	
	Demonstra capacidade para gerir e realizar plano de exercício adaptado à sua capacidade funcional	
Diagnóstico	Gestão do regime terapêutico comprometido	
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre complicações de gestão de regime terapêutico ineficaz	
	Assistir na gestão do regime terapêutico	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
O foco Gestão do regime terapêutico foi trabalhado a partir dos nos focos Nutrição e autocuidado atividade física, por isso as atividades planeadas são as que constam nesses focos.		
Avaliação de resultados das intervenções: Avaliação do regime alimentar: adequado e realiza plano de exercício adaptado à sua capacidade funcional.		
Diagnóstico	Gestão do regime terapêutico não comprometido	

Face à referência de sentimentos de tristeza e isolamento no decorrer das consultas foi aplicada a Escala de Depressão de Yesavage – versão curta, na qual pontuou um score de 12, indicando **depressão grave**; e da Escala UCLA-Loneliness, cujo score total de 69, indicativo de **sentimento elevado de solidão**. Avaliado **sono** que se encontra **não alterado**. Os dados relativos ao diagnóstico e intervenções realizadas como forma de intervir neste diagnóstico apresentam-se de seguida no Quadro 11.

Quadro 11 – Avaliação e intervenção no foco Depressão/Solidão de E1.

Foco	Depressão/Solidão
Atividade Diagnóstica	Escala de Depressão de Yesavage – versão curta (score 12 – depressão grave) Toma um antidepressivo prescrito pela médica de família, mas refere que não sente melhorias, tendo, por isso, procurado excessivamente os recursos de saúde Escala UCLA-Loneliness (Score 69 – sentimento elevado de solidão); Discurso de E1: “Estou muito deprimida, sinto-me mais sozinha, não saio de casa nem para o jardim...”
Diagnósticos	Tristeza/solidão elevada
Intervenções Sugeridas	Orientar para serviços de saúde
	Incentivar comunicação de emoções
	Determinar os motivos do sentimento de solidão
	Co-construir uma estratégia que diminua o sentimento de solidão
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Informar a equipa de saúde familiar; Orientar corretamente E1 para recursos de saúde (procura desadequada de consultas); Orientar para serviços de saúde de Psicologia: Programa ADEB – Associação de Apoio aos doentes depressivos e bipolares/Mutualista; Prescrição de ritual terapêutico co-construído: telefonar a uma amiga, filha ou vizinha diariamente e convidar um deles para a visitar semanalmente; Escuta ativa; Incentivar e elogiar progressos. Avaliação de resultados das intervenções: E1 utilizou de forma mais apropriada os recursos de saúde, mas ainda não contactou o serviço de psicologia. Pôs em prática o ritual terapêutico prescrito. Reavaliada após três meses apresenta Escala de Depressão de Yesavage – versão	

curta (score 8 – depressão ligeira) e Escala UCLA-Loneliness (Score 40 – sentimento moderado de solidão).

Diagnósticos

Tristeza (diminuição)/solidão moderada

A família 3

A família 3 é uma família unipessoal constituída por A3 de 96 anos, emigrada para Portugal em idade adulta, e viúva desde 2017, residindo sozinha desde essa altura. O casal teve três filhos, sendo que a filha Cr3 está emigrada há várias décadas e os outros dois filhos moram muito perto. Tem como diagnósticos clínicos artrite reumatoide diagnosticada há décadas (apenas com danos estruturais e funcionais nas mãos) e embolia pulmonar em 2018 resolvida sem sequelas. A3 tem bacharelato e posição social média alta (score 11 na escala de Graffar adaptada).

Foram realizadas quatro consultas no domicílio onde esteve presente A3. Estas consultas decorreram na 4^a, 7^a, 9^a e 12^a semanas com duração média de uma hora. A filha F3 esteve presente na terceira consulta e o filho Cl3 na quarta. Não foi possível fazer mais consultas por A3 se encontrar internada em unidade hospitalar a recuperar de um AVC que ocorreu no início de janeiro de 2025. Na Figura 6 apresenta-se o Genograma da família 3, onde consta a composição da família e sua constituição geracional.

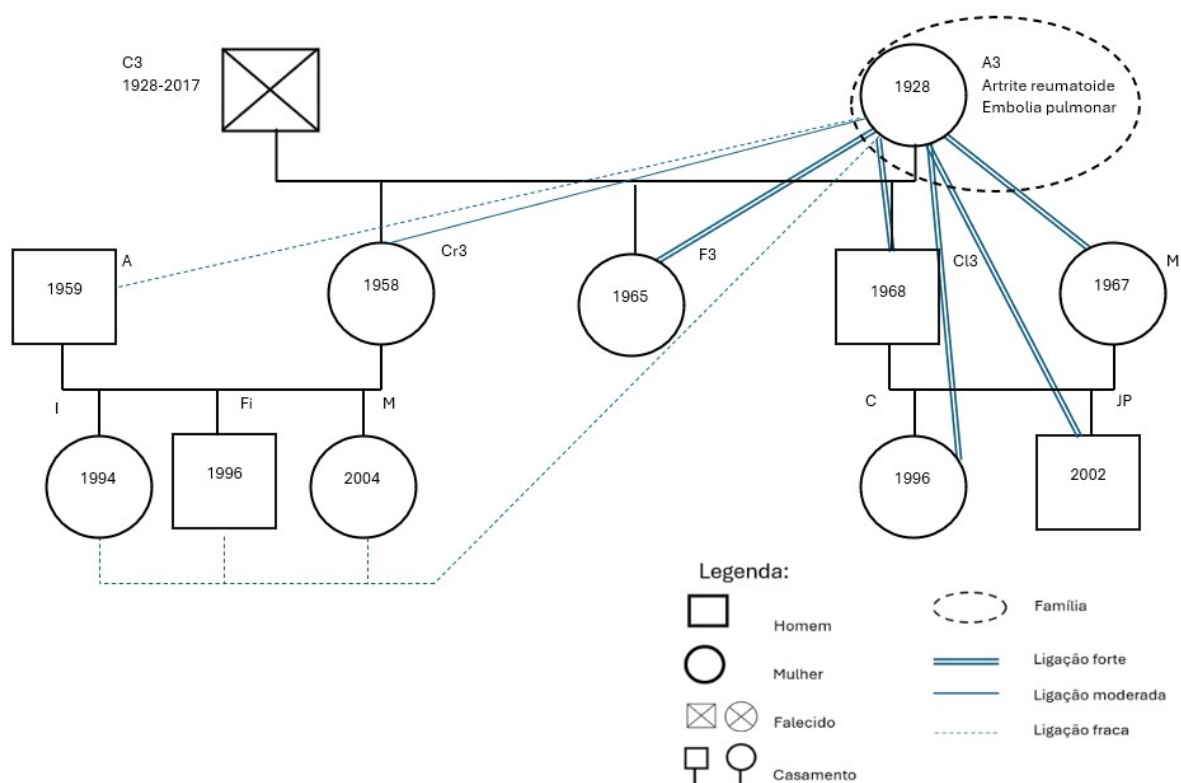


Figura 6 – Genograma com Psicofigura de Mitchell da família 3

Família Extensa

Os elementos da família extensa com os quais existe ligação mais forte é F3 e Cl3 e sua família, com os quais existe contacto pessoal e telefónico diário e cuja relação tem as funções de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviço. Ultimamente, A3 tem sentido que este vínculo está a diminuir “há algum tempo que sinto que as minhas conversas com os meus filhos são sempre a mesma coisa: Como estás hoje? Já almoçaste? Precisas de alguma coisa? Não temos falado de coisas mais pessoais como os nossos sentimentos. Eu entendo, têm o trabalho, a vida é sempre a correr”. Os elementos M, C e JP têm contacto pessoal e telefónico semanal e funcionam como companhia social, apoio emocional e regulação social.

Sistemas mais amplos

O Ecomapa da família 3, representado na figura 5, permite verificar a escassez de ligações sociais com vínculos mais fortes, sendo estes exclusivos a dois filhos e dois netos.

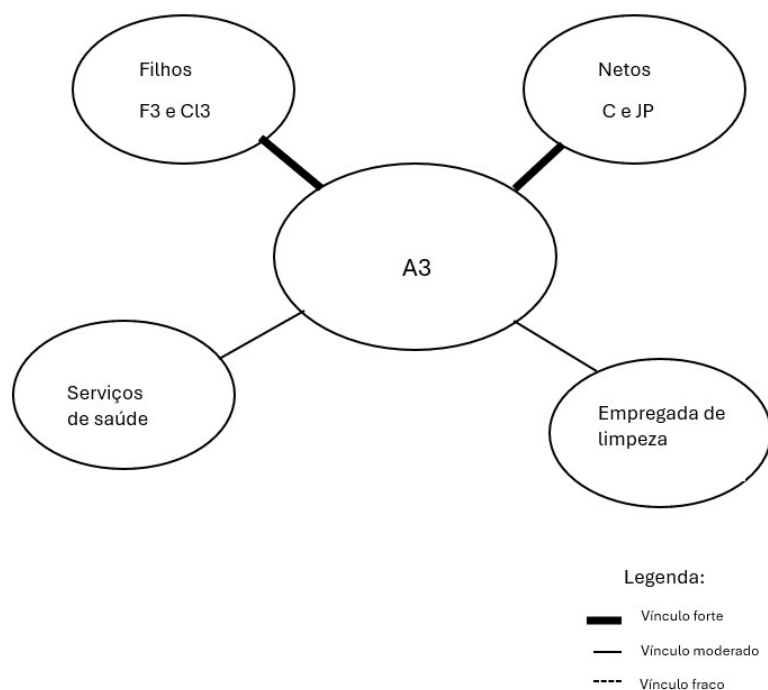


Figura 7 – Ecomapa da família 3

Classe Social

A pontuação obtida na escala de Graffar (Profissão – 2, Instrução – 2, Origem do rendimento familiar – 3, Tipo de habitação – 2, Local de residência – 2), perfazendo um total de 11 pontos, indicativo de que a família tem como posição social a Classe Média Alta.

Dimensão Estrutural

Relativamente à avaliação das áreas de atenção relativas às dimensões operativas da Dimensão Estrutural (Rendimento Familiar–3 e Conhecimento e Capacidade Demonstrada sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares,

Edifício Residencial–2 e Higiene da Habitação Presente: realizada por empregada de limpeza 3X semana, Abastecimento de Água - rede pública e Animal Doméstico – inexistente) Quanto à Precaução de Segurança, como se pode verificar no Quadro 2, esta encontrava-se comprometida, devido à presença de barreiras arquitetónicas no edifício e desconhecimento acerca das estratégias de adaptação. A residência não tem gás e dispõe de aquecimento local elétrico através de radiador, demonstrando A3 conhecimento acerca da sua utilização. Deste modo, foram enunciados os diagnósticos: **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro Não Negligenciado e Abastecimento de Água Adequado**, para os quais não há necessidade de intervenção, constituindo-se como recursos e forças para a família podendo servir como ajuda para lidar com os desafios, na atuação integrada da família e na conquista dos seus objetivos (Gottlieb, 2016). Por outro lado, o diagnóstico **Precaução de Segurança Não Demonstrada** necessitou de intervenção, tal com descrito no Quadro 12.

Quadro 12 – Avaliação e intervenção na área de atenção Precaução de Segurança da Família 3

Foco	A.3- Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica	Existência de barreiras arquitetónicas: pequeno lanço de escadas com barras laterais de apoio à entrada do apartamento; não faz uma utilização correta e segura da barra de apoio existente na lateral das escadas do edifício; existência de tapetes pequenos não aderentes na casa de banho e quarto; casa de banho com chuveiro, base de duche antiderrapante, barra de apoio e cadeira de duche (não utilizada por A3); ambientes bem iluminados, sem tapete na cozinha e zonas de circulação desimpedidas; Conhecimento Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas.
Diagnóstico	Precaução de Segurança Não Demonstrada relacionada com existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação
Intervenções	Ensinar sobre precaução de segurança

	Instruir técnica segura para subir e descer as escadas; Treinar subir e descer as escadas.
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas; Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas como remoção ou fixação dos tapetes soltos; forma correta de utilização da cadeira de duche; Incentivar e elogiar progressos.	
Avaliação de resultados: Foram retirados os tapetes da casa de banho e quarto. A3 não utiliza as barras laterais de apoio. Não foi possível fazer a avaliação do conhecimento acerca das estratégias de adaptação planeada por a utente se encontrar internada em unidade hospitalar.	
Diagnóstico	Precaução de Segurança Não Demonstrada e e conhecimento demonstrado sobre estratégias de adaptação

Dimensão Desenvolvimento - não foi avaliada pois os filhos de A3 já estão perto da faixa etária dos idosos, tendo há décadas constituído as suas próprias famílias.

Dimensão Funcional - Foram avaliadas as subáreas Coping Familiar, Papéis Familiares e Relação Dinâmica na área Processo Familiar, incluindo a família extensa, pois tratando-se de uma família unipessoal que tem limitações de função motora fina devido à artrite reumatoide e tem receio de sair de casa, e não consegue desempenhar sozinha todos os papeis inerentes à função de uma família. Relativamente ao coping familiar, que avalia de que forma a famílias lida com os seus problemas; A3, F3 e CI3 são quem conjuntamente toma a iniciativa para a resolução de problemas. Referem existir discussão acerca dos problemas da família e estão satisfeitos com a forma como isso se processa. Foram mobilizados recursos externos, como a contratação de empregada doméstica e serviço de refeições. A família 3, com o apoio da família extensa, tem sido autossuficiente na tomada de decisão e resolução dos problemas que surgem, pelo que se enunciou o diagnóstico **Coping Familiar Eficaz**, o que constitui uma força desta família.

Relativamente à Relação Dinâmica, que diz respeito à influência e poder que cada elemento tem na relação e dinâmica familiar, A3 é o membro com maior poder na família e existe “satisfação da família relativamente à influência de cada membro no comportamento dos outros”. Não existem alianças entre membros da família e sentem-se satisfeitos pela forma como manifestam a sua opinião. Por tudo isto elaborou-se o diagnóstico **Relação Dinâmica não Disfuncional**, também ela, recurso para esta família.

Quanto aos Papeis Familiares, área de atenção que permite determinar de que forma ocorre a interação de papeis na dinâmica da família, A3 desempenha o papel de provedor, com consenso e sem conflito ou saturação de papel. C13 desempenha o papel de gestão financeira, com consenso e sem conflito ou saturação de papel. O papel de cuidado doméstico é desempenhado pela empregada doméstica contratada, com ajuda ocasional de F3, com consenso e sem conflito ou saturação de papel. O Papel de Parente cabe a F3 com consenso e sem conflito ou saturação de papel. Ninguém desempenha o papel recreativo, sem consenso de A3, que está descontente com a falta de atividades recreativas: “já não consigo fazer as rendas que tanto gostava e pegar num livro para ler também já me custa muito”, pelo que se determinou **Processo Familiar Disfuncional** relacionado com **Interação de Papéis Não Eficaz** manifestado por **Papel Recreativo Não Eficaz**. No Quadro 13, é apresentada a atividade diagnóstica e intervenções realizadas.

Quadro 13 – Avaliação e intervenção no Foco de atenção Processo Familiar, dimensão Interação de Papeis Familiares da Família, Item Papel Recreativo, na família 3.

Foco	Processo Familiar	
	Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Recreativo</u>	Atividade diagnóstica	Resultados
	<i>Costuma ter a iniciativa de combinar ou organizar atividades em família ou recreativas? Ou é alguém da sua família?</i>	<i>“Eu não, é a minha filha F3 que combina os almoços de família ao domingo. É o dia em que saio de casa e estamos todos juntos. O meu neto JP vêm buscar-me a casa, mas tem sido cada vez mais difícil sair pois sinto que estou a perder as minhas forças.”</i>
	Gostaria que alguma coisa fosse diferente?	“Gostaria de passar mais tempo com eles. Agora que a minha filha também se reformou podíamos conversar mais...mas para mim já é difícil...começo a esquecer-me de algumas palavras em português.
	Tem alguns hobbies? O que costuma fazer para passar o tempo?	Gosto de ler, mas quando estou pior da artrite já é difícil pegar no livro. Também gostava de fazer tricô, mas com as mãos assim já não consigo. Às vezes vejo televisão e a gatinha da minha filha também me faz companhia por vezes.
	Gostaria de ter algum hobby ou outra forma de passar o tempo?	“Já pensei nisso, mas já não sou capaz de fazer muitas das coisas que fazia e isso torna-se aborrecido. Sair de casa também é difícil e não quero sobrecarregar ninguém. Não me lembro de nada que gostasse de fazer.”
Diagnóstico	Papel Recreativo Não Eficaz	
Resultados	Que a Senhora A3 inicie uma atividade recreativa ajustada às suas	

Desejados	capacidades e interesses.
Intervenções	Incentivar adesão a um hobby.
	Co-construção de estratégia para dinamizar papel recreativo
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Fornecer uma lista de hobbies a A3, levando em conta as suas limitações funcionais e os hobbies que já tinha (A3 recusa sair de casa para frequentar atividades comunitárias ou realizar atividades recreativas, pois diz que não tem forças para isso nem gosta de estar sozinha em ambientes com muitas pessoas ou muito barulho), Motivar para a seleção de hobby: A3 escolheu ouvir audiolivros. A neta I vai orientar esse processo. Incentivar e elogiar progressos.	
Avaliação de resultados	A3 iniciou atividade recreativa
Diagnóstico	Papel Recreativo Eficaz

Intervenção individual A3

A3 sofre de artrite reumatoide, desde há várias décadas, com dor controlada e apresenta dedos das mãos em pescoço de cisne, alteração anatômica típicas desta doença. Para atrasar a progressão da doença, há mais de dez anos que A3 tem feito fisioterapia no domicílio, a título particular, com foco na mobilidade articular e força, com bons resultados. A artrite reumatoide é uma doença inflamatória sistémica autoimune, de etiologia ainda pouco compreendida, com prevalência global de aproximadamente 1%, afetando principalmente mulheres. Embora não tenha cura, o tratamento, dividido em abordagens farmacológicas e não farmacológicas, tem como meta a melhora ou remissão dos sintomas (Ribeiro et al., 2023). Os principais sintomas incluem rigidez articular prolongada, especialmente após períodos de repouso, como ao despertar, causada pela erosão das superfícies articulares e pela acumulação de fibrina e colágeno, característicos de doenças inflamatórias crónicas (Velloso, 2008). Esra e Alkan (2022), encontraram evidência de que as pessoas com

artrite reumatoide têm um risco de queda superior quando comparados com a população saudável. A atividade física melhora a amplitude articular, capacidade preênsil das mãos e os níveis cognitivos das pessoas com artrite reumatoide (Azeez et al., 2020). Para além do medicamento que toma devido à artrite reumatoide, A3 também faz regularmente sessões de fisioterapia desde há alguns anos. Devido à embolia pulmonar em 2018, desde essa data que o seu regime medicamentoso integra um anticoagulante oral (varfarina) tendo mantido os valores de International Normalized Ratio (INR) dentro do intervalo terapêutico desde há quatro anos.

A3 encontra-se **sem déficit cognitivo** MMSE (score de 28 – literacia ≥ 7 anos Morgado et al., 2010), é **independente na realização das ABVD** (score 6 na Escala de Katz), **dependência grave nas AIVD** (score 3 na escala de Lawton & Brody). Como estas escalas não estão parametrizadas no SClínico-CSP®, o registo no processo clínico da utente foi realizado através do preenchimento da escala de Barthel que é escala parametrizada no programa para o efeito. Para dar resposta a estas necessidades e diluir o efeito da dependência nas AIVD tem apoio da família extensa. A alimentação das refeições do almoço e jantar é adquirida em restaurante próximo e verificou-se tratar-se de refeições equilibradas e saudáveis após A3 mostrar as refeições preparadas que tinha reservadas no frigorífico. Tem **marcha independente em superfície plana** (categoria 4 na Classificação Funcional da Marcha de Holden). Caminha com auxílio de bengala à direita (mão dominante) para apoio, ajustada à altura da anca, borrachas ajustadas e em bom estado geral de conservação, com marcha e apoio eficaz. Nos dias em que tem episódios de agudização da artrite reumatoide tem mais dificuldade em fazer marcha eficaz por sentir mais dores e limitação do movimento articular, maior instabilidade postural e mais medo de queda (categoria 3 na Classificação Funcional da Marcha de Holden (avaliado em consulta em que apresentava episódios de agudização da artrite). Encontra-se **com equilíbrio corporal estático de dinâmico comprometido**, pela indicação da escala de Tinetti. A sua língua nativa não é o português e refere que começa a sentir dificuldade em exprimir-se. Toma banho sozinha, sempre com a supervisão da filha, confessa que não faz qualquer tipo de exercício físico, para além da fisioterapia que faz semanalmente. Sendo o medo, o compromisso da marcha e

do equilíbrio fatores que aumentam o risco de queda, optou-se por fazer a avaliação desses riscos, conforme mostram os Quadros 14 e 15 em seguida.

Quadro 14 – Avaliação e intervenção no foco Risco de queda de A3.

Foco	Risco de queda	
Atividade Diagnóstica	Teste TUG (20 segundos) desempenho normal para adulto frágil; Sem equilíbrio corporal comprometido (Anexo IV); Home Fast assessment (parâmetros avaliados que representam risco): uso de calçado desadequado (chinelo aberto atrás), não utiliza o assento para duche, não utiliza o botão de alerta de emergência que os filhos lhe compraram (guardado em gaveta fora de mão); Não tem conhecimento acerca de situações que aumentam o risco de queda; A3 não tem consciencialização acerca dos fatores de risco biológico, ambientais e comportamentais nas quedas	
Diagnósticos	Risco de queda Conhecimento não demonstrado sobre fatores que aumentam o risco de queda Sem consciencialização acerca dos fatores de risco de queda	
Intervenções Sugeridas	Incentivar correção de riscos de queda	
	Ensinar sobre fatores de risco de queda e estratégias para o seu controlo/eliminação	
	Identificar as razões de A3 não usar o botão de alerta	
	Incentivar treino de exercícios de Otago duas vezes por semana	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
Assistir A3 e F3 a identificar o calçado mais seguro e as melhores estratégias para utilizar o assento de duche e o botão de alerta		
Identificar o significado atribuído ao botão de alerta e à cadeira de duche		

Incentivar e elogiar progressos.

Fundamentação: O teste TUG representa adequadamente a capacidade física de pessoas com artrite reumatóide (Lourenço et al., 2015). O estudo realizado por Lourenço et al. (2018), demonstrou que a ocorrência de quedas em pessoas com esta doença é elevada e está associada a toma de vários fármacos e história anterior de queda. Para além disso, a presença de níveis maiores de medo de queda é também característica de pessoas com artrite reumatóide (Esra e Alkan Melikoğlu, 2022). A diminuição da força muscular e flexibilidade, além das alterações posturais associadas ao envelhecimento, podem gerar medo de cair, mesmo sem historial prévio de queda; o que vai reduzir a confiança na realização das atividades de vida diárias, limita a participação social e aumenta a dependência. (Baixinho et al., 2021). Vários estudos indicam que o medo de cair está relacionado com a fragilidade física, aumento do risco de queda e declínio nas atividades de vida diárias. Por tudo isso, o medo de cair é um fator preditivo da institucionalização de pessoas idosas, quer tenham ou não experienciado uma queda anterior (Marques-Vieira et al., 2018; Baixinho et al., 2021). A aplicação do programa de exercícios de Otago a pessoas com artrite reumatóide pode reduzir a sua incidência de quedas no domicílio até 35% e deve ser considerado na abordagem a estes doentes (Abdulrazaq et al., 2018).

Resultados das intervenções: A3 passou a usar calçado adequado e tem conhecimento dos riscos de queda, mas continua a não usar o botão e o assento de duche.

Diagnósticos

Risco de queda

Conhecimento e consciencialização demonstrado sobre fatores que aumentam o risco de queda.

Quadro 15 – Avaliação e intervenção no foco Medo de A3.

Foco	Medo
Atividade Diagnóstica	Apesar de nunca ter caído, demonstra medo de queda, relacionado com a perceção de história traumática de queda ocorrida com a sua mãe e manifesta por hesitação em utilizar as escadas de acesso ao exterior; A3 tem baixa perceção de autoeficácia relativamente à utilização das escadas: “Eu em casa ando bem, não tenho medo de cair, mas das escadas da entrada eu tenho muito medo delas, por isso só saio de casa com a ajuda do meu neto”.
Diagnóstico	Medo de queda
Resultados Desejados	Que a Senhora A3 aumente o nível de perceção de autoeficácia e perca o medo de cair.
Intervenções Sugeridas	Assistir no medo de queda - metáfora
	Demonstrar técnica segura de uso das escadas
	Negociar treino de utilização de escadas
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Utilizar a técnica de metáfora como forma de consciencializar a S^a A3 de que o medo de cair a está a impedir de utilizar adequadamente a escada e a limitar a sua vida diária: “O medo de cair é como um abismo invisível que se esconde sob os pés, à espera do momento exato para engolir a nossa confiança e transformar cada passo num desafio. É a sensação de nos equilibrarmos na borda de um precipício, onde o chão parece dissolver-se a cada movimento, mas o verdadeiro perigo está na certeza de que a queda é inevitável.”; Incentivar progressos.	
Avaliação de resultados das intervenções	Não avaliado devido a internamento hospitalar.

Foi avaliado o Autocuidado atividade física e cognição, conforme se demonstra nos Quadros 16 e 17.

Quadro 16 – Avaliação e intervenção no foco Autocuidado atividade física de A3.

Foco	Autocuidado atividade física
Atividade Diagnóstica	A3 tem duas sessões de fisioterapia por semana no domicílio há anos para contrariar as alterações físicas decorrentes da artrite reumatoide e envelhecimento. Refere que desde há três semanas diminuiu a sua atividade física: “Não tenho sentido vontade de fazer nada”.
Diagnóstico	Autocuidado atividade física comprometido
Intervenções Sugeridas	Incentivar atividade física
	Ensinar sobre os benefícios da atividade física
	Demonstrar exercícios de Otago
	Supervisionar exercícios de Otago
	Planear atividade física: exercícios de Otago por 30 minutos duas vezes por semana
Avaliação de resultados das intervenções	A3 começou a fazer os exercícios de Otago
Diagnóstico	Autocuidado atividade física não comprometido

Quadro 17 – Avaliação e intervenção no foco Cognição de A3.

Foco	Cognição	
Atividade Diagnóstica	MMSE (score 28 – literacia ≥7- Morgado et al., 2010)	
Diagnóstico	Sem compromisso cognitivo	
Intervenções Sugeridas	Incentivar treino cognitivo.	
	Planear treino de exercício mental.	
	Implementar treino de exercício mental.	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		
Ensinar acerca dos benefícios do treino cognitivo;		
Demonstrar exercícios de treino mental;		
Supervisionar exercícios de treino de exercício mental;		
Incentivar adesão ao treino de exercício mental diário;		
Incentivar e elogiar progressos.		
Avaliação de resultados das intervenções	A3 iniciou treino de exercício mental diário	
Diagnóstico	Sem compromisso cognitivo	

A senhora A3 **nunca fumou nem bebeu álcool**, e tem **adesão à vacinação comprometida** por recusar a vacina da gripe, no entanto, não se interveio neste diagnóstico por não ser considerado prioritário de entre os diagnósticos estabelecidos. A tensão arterial avaliada foi de 140/60 mmHg, com registo no SClínico-CSP® de vários anos consecutivos de tensões dentro do padrão esperado, sendo por isso considerada **normotensa**. Perdeu peso desde a primeira consulta que aconteceu a oito de outubro de 2024 até à terceira consulta que aconteceu a quatro de dezembro de 2024. Nesse espaço de dois meses perdeu quase 4,5 kg de forma não intencional, tendo passado de um Índice de Massa Corporal (IMC) inicial de 23,5 para 21,5 na terceira consulta. Refere que tem reduzido a ingestão alimentar diária por falta de apetite. Pontuou 11 pontos no Mini-nutricional Assessment (triagem-5; avaliação global-7), pelo que está em **desnutrição**. Os dados obtidos na

atividade diagnóstica conduzida para a avaliação deste domínio são indicativas de que A3 faz uma **gestão do terapêutico não adequada**. Os dados relativos ao diagnóstico e intervenções realizadas apresentam-se de seguida nos Quadro 18 e 19.

Quadro 18 – Avaliação e intervenção no foco nutrição de A3.

Foco	Nutrição
Atividade Diagnóstica	Perda de peso não intencional de 4,5 kg em menos de dois meses; Mini-nutricional Assessment (score total de 11 pontos) em Anexo V; Há alguns anos que as refeições do almoço e jantar são adquiridas em restaurante próximo, parcas em proteína e legumes, e rica em gordura e sal; Nas últimas semanas tem comido apenas o almoço e jantar, ingerindo nessas alturas uma quantidade de alimentos inferior ao necessário. Refere falta de apetite e não apresenta sinais de anemia.
Diagnóstico	Desnutrição
Intervenções Sugeridas	Determinar razão de perda de peso através da colocação de perguntas abertas e escuta ativa; Aconselhar alimentos saudáveis; Orientar para a médica de família; Orientar para nutricionista da URAP.
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> E: “Reparei que está mais magra e perdeu mais de dois kilos desde a última vez que a pesei, lembra-se de alguma coisa ou alguma mudança no seu dia a dia que possa ter provocado isto?” A3: “Deixe-me pensar...tenho dormido muito pouco desde algumas semanas, acordo às duas ou três da manhã, sinto-me sozinha, queria falar com alguém, começo a pensar nas coisas menos boas da minha vida...fico triste e perco a vontade de comer...não tenho tomado o	

pequeno-almoço, muitas vezes também não tomo o lanche”

E: E o almoço e Jantar?

A3: Também tenho comido menos.

F3: Também tinha reparado que está mais magra, deve ser por isso que ultimamente parece mais fraca e sem equilíbrio.

Incentivar envolvimento da família extensa na confeção de refeições mais saudáveis;

Aconselhamento acerca de refeições saudáveis adaptadas à idade;

Fornecida lista de instituições que preparam refeições saudáveis (serviço de alimentação ao domicílio) na sua área geográfica.

Fundamentação: Diversos fatores influenciam a biodisponibilidade e a eficácia do anticoagulante oral além da vitamina K. Entre eles, destacam-se a ingestão de proteínas, vitamina E, álcool, ervas medicinais e outros alimentos. Além disso, condições que afetam a absorção e o metabolismo, como o consumo de gorduras, ácido acetilsalicílico e bebidas alcoólicas, também podem interferir na ação terapêutica, por isso é tão importante que os utentes que tomem este medicamento consigam fazer as mudanças nos seus hábitos de vida que se reflitam na sua saúde (de Araújo, 2021). Os anticoagulantes apresentam limitações, como janela terapêutica estreita, variabilidade da farmacodinâmica e influência de fatores genéticos e ambientais. Por isso, é essencial uma equipe interdisciplinar qualificada para acompanhar os utentes, garantindo a prevenção e o controle de valores alterados, a prevenção de danos e a promoção da qualidade de vida (de Freitas et al, 2017).

Avaliação de resultados das intervenções: F3 passou a estar presente às principais refeições para garantir que a mãe ingira mais alimentos e esforça-se por trazer algumas refeições feitas em casa, está à procura de uma instituição que forneça alimentação mais saudável. A3 teve consulta de nutrição no domicílio com reforço das indicações anteriormente dadas e prescrição de dieta alimentar ajustada.

Diagnóstico

Não foi possível constatar a evolução deste diagnóstico por A3 se encontrar internada em unidade hospitalar.

Quadro 19 – Avaliação e intervenção no foco gestão do regime terapêutico A3.

Foco	Gestão do regime terapêutico	
Atividade Diagnóstica	Avaliação do regime medicamentoso: adequado Avaliação do regime alimentar: não adequado Não demonstra capacidade para gerir regime dietético Avaliação do regime de exercício: não adequado Demonstra capacidade para gerir e realizar plano de exercício adaptado à sua capacidade funcional	
Diagnóstico	Gestão do regime terapêutico comprometido	
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre complicações de gestão de regime terapêutico ineficaz	
	Assistir na gestão do regime terapêutico	
	Incentivar envolvimento da família na gestão do regime alimentar	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> O foco Gestão do regime terapêutico foi trabalhado a partir dos nos focos Nutrição e autocuidado atividade física, por isso as atividades planeadas são as que constam nesses focos. Avaliação de resultados das intervenções: Avaliação do regime alimentar: adequado e realiza plano de exercício adaptado à sua capacidade funcional.		
Diagnóstico	Gestão do regime terapêutico não comprometido	

Face ao que disse nas atividades que concretizaram as intervenções do foco nutrição, e à referência de sentimentos de tristeza e isolamento durante a consulta “Estou sozinha muitas horas, já não falo com nenhum amigo ou colega do trabalho, e dos amigos que tinha antes de vir para Portugal também não tenho contato. Sou só eu e os familiares que vivem perto”. fez-se a aplicação da Escala de Depressão de Yesavage – versão curta, na qual pontuou um score de 10, indicando **depressão ligeira**; e da Escala UCLA-Loneliness, cujo score total de 56, indicativo de **sentimento forte de solidão**. Os dados relativos ao diagnóstico e intervenções

realizadas como forma de intervir neste diagnóstico apresentam-se de seguida no Quadro 20.

Quadro 20 – Avaliação e intervenção no foco Depressão/Solidão de A3.

Foco	Depressão/Solidão
Atividade Diagnóstica	Escala de Depressão de Yesavage – versão curta (score 10 – depressão ligeira) Escala UCLA-Loneliness (Score 56 – sentimento forte de solidão) Discurso de A3: “...sinto-me sozinha, queria falar com alguém, começo a pensar nas coisas menos boas da minha vida...fico triste e perco a vontade de comer...”.
Diagnósticos	Tristeza/solidão
Intervenções Sugeridas	Conhecer os motivos que, na perceção de A3, contribuem para o seu sentimento de solidão
	Co-construir uma estratégia que diminua o sentimento de solidão com a família extensa
	Encorajar expressão emoções
	Incentivar progressos
	Orientar para consulta no domicílio com a médica de família
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Escuta ativa; Utilizar a técnica de intervenção ativa da pergunta milagre. “Imagine que fecha os olhos e acontece um milagre que vai mudar a sua vida para melhor. Que milagre seria esse?” A3: Se houvesse um milagre? Primeiro tinha que ser o milagre de conseguir dormir bem a noite quase toda, e depois que os meus filhos tivessem um pouco mais de tempo para estar aqui e falarmos do que sentimos, não das mesmas coisas todos os dias. F3: Mãe...não sabia que sentia isso. E: Por que motivo acham que isso acontece?	

A3: Não sei.

F3: É o hábito, acho eu.

E: Agora que sabem da importância destas conversas para A3, estão dispostas a tentar ter umas conversas mais profundas e com mais significado?

A3: Eu queria muito.

F3: Sim, vamos tentar.

Avaliação de resultados das intervenções: F3 tem conversado com a mãe e contratou uma pessoa que fala a língua nativa de A3 e lhe faz companhia durante algumas horas por semana. A3 tem conversado mais com a fisioterapeuta que contratou. Escala UCLA-Loneliness (Score 40 – sentimento moderado de solidão). Não foi possível realizar consulta médica por A3 estar hospitalizada.

Diagnósticos

Tristeza/solidão

Tendo A3 falado dos constrangimentos decorrentes dos problemas relacionados com o sono, e por ser a primeira vontade que enunciou na resposta à pergunta milagre, foi feita a sua avaliação, diagnóstico e intervenções conforme estão representadas no Quadro 21.

Quadro 21 – Avaliação e intervenção no foco Sono de A3.

Foco	Sono
Atividade Diagnóstica	Avaliar sono: sono não reparador; com duração média de três horas por dia; A3 refere sonolência diurna ao fim da manhã; sem cefaleias e sem consumo de benzodiazepinas; A3 desconhece estratégias farmacológicas para promover o sono.
Diagnóstico	Sono comprometido
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas promotoras do sono; Planear em conjunto com A3 uma rotina promotora do sono viável; Orientar para uso de técnicas de relaxamento, da preferência de A3;

	Co-construção de rotina promotora de sono adequado
	Orientar para consulta domiciliária com médica de família
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>	
Identificar comportamentos que prejudiquem a qualidade do sono;	
Avaliação de resultados das intervenções: A3 passou a colocar música clássica, e diminuir a intensidade da luz antes de se deitar. Não foi possível realizar consulta médica por A3 estar hospitalizada.	
Diagnóstico	Não foi possível determinar se houve melhorias

A limitação do número de páginas deste documento torna impossível a apresentação do trabalho realizado com as famílias 2, 4, 5 e 6 no corpo do texto. Por esse motivo esta informação foi colocada nos Anexo VI, VII, VIII e IX, respetivamente.

Avaliação dos Ganhos em Saúde

O contributo do EEECESF ao intervir nas famílias pode ser medido pela repercussão das suas intervenções no seio familiar, capacitando-as para a consecução dos seus objetivos de saúde, sendo a sua avaliação um processo sucessivo apoiado nos objetivos e critérios previamente estabelecidos para formulação dos diagnósticos (Figueiredo, 2012).

Todas as famílias foram avaliadas quanto à sua Dimensão Estrutural e Dimensão Funcional. Relativamente aos diagnósticos da Dimensão Estrutural, apenas uma família tinha **Rendimento Familiar Insuficiente**, que manteve no fim das intervenções. Todas as famílias tinham inicialmente diagnósticos de **Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado** e **Abastecimento de Água Adequado**, não tendo sido necessário intervir. Quanto ao **Animal Doméstico**, apenas uma família tinha um animal, que se encontrava **Não Negligenciado**, pelo que esta área também não foi abordada. O Foco Prevenção de Segurança e os elementos que

constituem os seus critérios diagnósticos foram trabalhados em todas as famílias. Todas elas tinham em comum o fato de terem barreiras arquitetónicas, conhecimento não demonstrado sobre estratégias adaptativas às barreiras arquitetónicas, ausência de abastecimento de gás, existência de aquecimento elétrico (local ou central) com conhecimento sobre a utilização destes equipamentos, resultando que todas tinham o diagnóstico inicial de **Precaução de Segurança Não Demonstrado**. O Gráfico 2 apresenta a evolução dos diagnósticos identificados após a intervenção com as famílias no período de estágio.

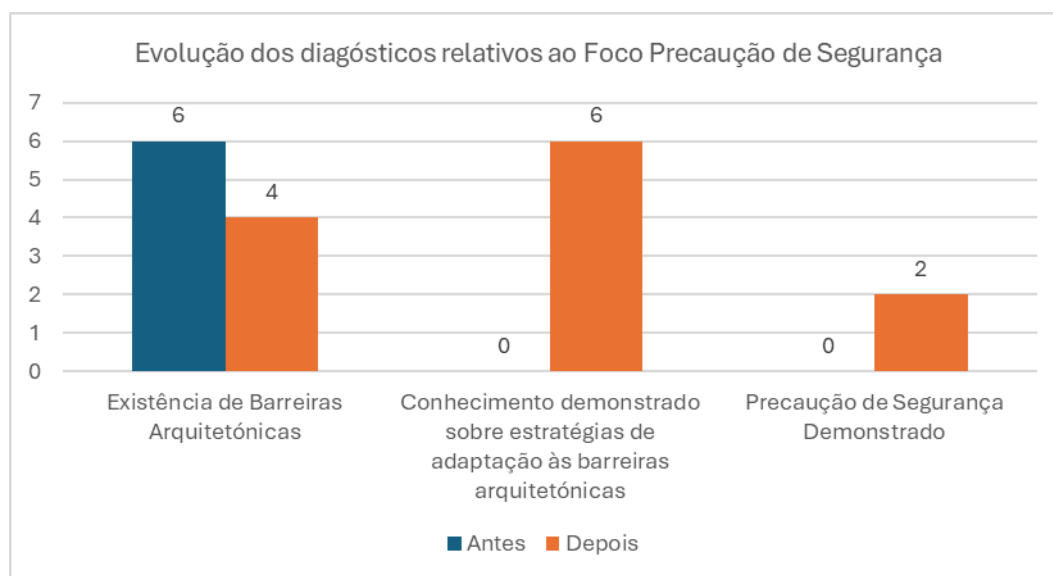


Gráfico 2 – Evolução dos diagnósticos de enfermagem no Foco Precaução de Segurança da Dimensão Estrutural.

Relativamente à existência de barreiras arquitetónicas, houve um ganho total de 33,3% (duas famílias) e um ganho parcial de 66,7% (quatro famílias), que se pode confirmar nos relatos das famílias por terem feito alterações nos seus domicílios, embora não tenham ainda resolvido todas as componentes de risco. O conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas teve um ganho de 100% e a Precaução de Segurança também se encontrava demonstrada em 33,3% (duas) das famílias no fim do estágio, tendo as restantes, ganhos parciais

por já existir conhecimento demonstrado face às estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e terem removido algumas delas.

A Dimensão Funcional foi avaliada quanto ao Coping Familiar e Interação de Papeis, e os resultados obtidos encontram-se plasmados no Gráfico 3 apresentado em seguida.

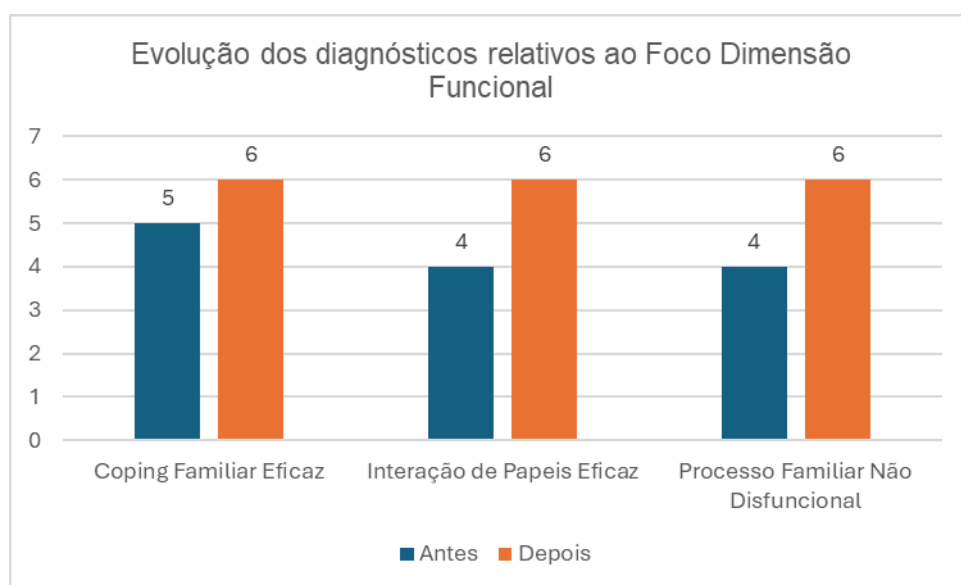


Gráfico 3 – Evolução dos diagnósticos de enfermagem no Foco Dimensão Funcional.

Pela leitura do gráfico pode observar-se que houve um ganho em todas as áreas, estando agora 100% das famílias com **Coping Familiar Eficaz, Interação de Papeis Eficaz e Processo familiar Não Disfuncional**.

No que concerne aos diagnósticos individuais, todas as famílias apresentam valores normais de tensão arterial, não fumam nem bebem bebidas alcoólicas, gestão do regime terapêutico adequada (no fim das intervenções realizadas durante o estágio), sem compromisso do equilíbrio corporal, marcha de Holden 5 ou 4, independência nas ABVD, dependência ligeira nas AIVD com apoio da família extensa ou sistemas mais amplos que permite debelar as suas dificuldades. Todas mostram risco de queda e receberam intervenção de enfermagem nesse sentido, tendo todas obtido

ganhos parciais, pois é impossível eliminar o risco de queda por completo nas pessoas com idades mais avançadas. Por este motivo, o status deste diagnóstico não foi alterado. Cinco famílias não apresentavam qualquer compromisso cognitivo e uma delas apresentava compromisso ligeiro. Por estes dois últimos motivos, e indo de encontro à posição da OMS (2022) e DGS (2017) que aconselham prevenção da doença e a manutenção da independência e qualidade de vida dos elementos sénior, todas as famílias foram incentivadas a realizar exercícios cognitivos e os exercícios de Otago, os quais foram iniciados e mantidos pela quase totalidade das famílias. Duas famílias não apresentavam adesão à vacinação, sendo que no caso da família 3 não foi feita intervenção e o elemento da família 2 tomou a vacina aconselhada. Os outros diagnósticos individuais identificados apresentam-se no Gráfico 4.

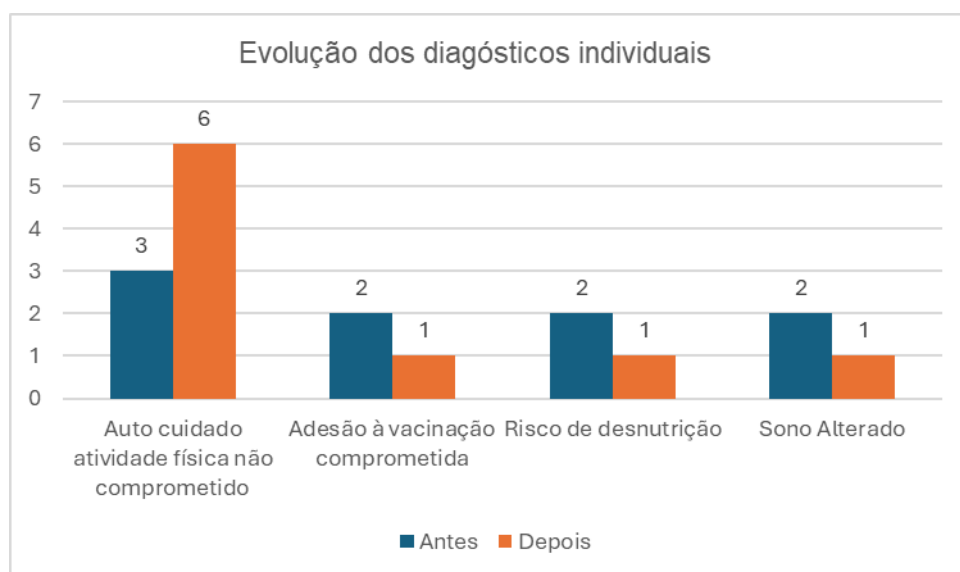


Gráfico 4 – Evolução dos diagnósticos de enfermagem individuais.

Pela análise do gráfico observa-se uma melhoria de, pelo menos 50%, em todos os diagnósticos, visto que o diagnóstico de risco de desnutrição e sono alterado não foram possíveis de reavaliar em uma família devido a internamento hospitalar. Todas as famílias iniciaram a prática de atividade física com os exercícios de Otago. Ao explicar os dados relativos aos diagnósticos **tristeza** e **solidão**, é de referir que

ambos se encontram presentes nas três pessoas onde foram diagnosticados. Depois das consultas de enfermagem, duas famílias registaram uma mudança positiva pela melhoria dos scores em todos os instrumentos de avaliação. A outra família não foi reavaliada devido a internamento hospitalar. Ainda relativamente aos diagnósticos de solidão e tristeza, as suas mudanças são demoradas, pelo que deverão manter-se estas intervenções sustentadas no tempo para obter resultados mais evidentes (Fukumori et al., 2024; van As et al., 2022).

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

O regulamento de Competências Específicas do EEECESF destaca a importância da liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, enfatizando a articulação com outras equipas de saúde através da colaboração interdisciplinar. Esse regulamento prevê a orientação da família com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços disponíveis, bem como a gestão e promoção da continuidade dos cuidados às famílias. Adicionalmente, o documento estabelece que o EEECESF deve planejar, implementar e avaliar programas de saúde voltados para a família, estimular uma cultura organizacional pautada pela formação, prática e investigação interprofissionais, utilizar tecnologias e sistemas de informação para aprimorar os resultados na área da ESF e ampliar a visibilidade do conhecimento nesta área (OE, 2018). Este subcapítulo abordará as atividades realizadas no âmbito dessa competência no decorrer do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II.

3.2.1 Mobilização de recursos necessários para a prestação de cuidados às famílias

A Interdisciplinaridade em saúde é fundamental para a maximização dos resultados obtidos, pois permite uma visão transversal e mais ampla das situações avaliadas. Para esse efeito devem os profissionais de saúde de várias áreas trabalhar de forma tecnicamente interdependente em equipa multidisciplinar, sempre que as necessidades em saúde assim o indiquem (Doornebosch et al., 2022). Na opinião de Schlunegger et al. (2023), a visão sistémica com que o enfermeiro de família avalia cada situação, faz dele o elemento mais indicado para promover e coordenar o trabalho interdisciplinar entre os diferentes profissionais e serviços, garantindo desta forma cuidados de saúde contínuos e mais abrangentes.

Neste sentido, durante o Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II para a prestação de cuidados às famílias unipessoais foi feita a referenciação para profissionais de saúde da URAP com a qual a USF se articula, bem como para recursos existentes na comunidade, de acordo com as necessidades específicas verificadas, de acordo com a unidade de competência 2.1 do Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho: Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família. A referenciação das famílias para os profissionais da ULS foi efetuada através da plataforma SClinico-CSP®, conforme norma instituída. Os recursos comunitários foram articulados pelas próprias famílias, após terem sido informadas por mim, dos recursos disponíveis na sua área geográfica para dar resposta à necessidade em causa.

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

Conforme referem Puspitasari e Mulyono (2022), o uso de sistemas de informação (SI) na prática de enfermagem destaca-se como ferramenta essencial para a gestão, garantindo a uniformidade, eficiência e eficácia dos cuidados. A sua utilização facilita o acesso a dados relevantes, assegurando a continuidade dos cuidados e

aprimorando a comunicação entre as equipas multidisciplinares e utentes (Puspitasari & Mulyono, 2022). O uso de SI tem-se mostrado fundamental na promoção da qualidade dos cuidados, especialmente em termos de efetividade, segurança do utente e redução de erros na administração de medicação (Chaves & Miranda, 2023; Seisdedos et al., 2024). Nesta base, e pretendendo a uniformização e sistematização dos registos clínicos feitos pelos profissionais de saúde da área médica e de enfermagem, o Ministério da Saúde pediu a criação do SClínico-CSP® aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). O SClínico-CSP®, versão 4.0.5, SI em uso na USF onde decorreu o estágio, foi a ferramenta utilizada para documentar os dados, diagnósticos e intervenções, relativos a cada uma das seis famílias, quer a nível individual, quer a nível do sistema familiar, com o registo no Programa Saúde da Família.

Durante o Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I foi detetado que vários agregados familiares não estavam corretamente indicados no SClínico-CSP®. Uma vez que a informação incorreta de um agregado familiar limita a avaliação, compreensão e intervenção no seio familiar, os secretários clínicos da unidade foram incentivados a proceder à atualização de dados no Registo Nacional do Utente.

Conforme referido no documento da SPMS (2020), as UF devem adotar um modelo de melhoria contínua, fundamentado numa cultura de governação clínica e de saúde. A contratualização interna anual da atividade assistencial por parte das unidades de CSP é negociada com a respetiva ULS e materializa-se na criação do Plano de Ação que visa a melhoria contínua do desempenho por via da facilitação da participação e do acesso do cidadão aos cuidados de saúde. O Plano de Ação deve ser considerado plano de melhoria e dirigido a áreas de desempenho específicas para cada unidade. Uma delas é a “Qualidade Organizacional” que tem como subárea de intervenção a “Melhoria Contínua da Qualidade”, operacionalizada com a criação de três Planos de Acompanhamento Interno anuais. O PAI que serviu de mote para a avaliação de necessidade de formação é especificamente direcionado para a equipa de enfermeiros da USF, focado na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a utentes com 75 ou mais anos, através da

gestão do regime terapêutico, autocuidado, e processo familiar com recurso ao MDAIF.

A Ordem dos Enfermeiros (2016a) defende que o desenvolvimento profissional e a formação são fulcrais para a melhoria da qualidade do desempenho dos enfermeiros. Também no Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, que enumera as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a OE (2019) enfatiza que o Enfermeiro Especialista tem como responsabilidade promover o conhecimento no contexto laboral. O Decreto-Lei nº 437/1991, de 8 de novembro aprova a carreira de Enfermagem prevê dois tipos de formação contínua: a formação em serviço, que busca a melhoria do conhecimento e adoção de novas competências e práticas na prestação de cuidados; e a formação complementar, que mune os profissionais de novos conhecimentos teórico-práticos e instiga ao questionamento e reflexão sobre as práticas. Para Amaral Ribeiro et al. (2024), a formação contínua é essencial, pois promove a integração entre teoria e prática, capacitando os enfermeiros a atender às necessidades das famílias com cuidados mais seguros, eficientes e satisfatórios (Mlambo et al., 2021). Investir em programas de desenvolvimento profissional aprimora habilidades, melhora o atendimento aos utentes e promove a disseminação de conhecimento. Essas iniciativas aumentam a retenção de profissionais, fortalecem a competência clínica, favorecem o crescimento pessoal e elevam a satisfação no trabalho, beneficiando tanto os profissionais quanto os pacientes (Amaral Ribeiro et al., 2024; Mlambo et al. 2021; Vázquez-Calatayud et al., 2021). Essa relevância está bem patente no documento da SPMS (2020) no qual o IDG das unidades de Cuidados de Saúde Primários deve incluir impreterivelmente a área “Formação Profissional”, assim como a área da “Governança Clínica” que engloba projetos de melhoria contínua da qualidade, tal como o PAI anteriormente referido. Para Chiavenato (2014), o treino, ou formação profissional é um processo contínuo composto por quatro fases: diagnóstico, que identifica as necessidades de treino ou conhecimento; planeamento, para atender às necessidades detetadas; implementação, em que se realiza o treino ou formação; e avaliação, momento em que se verificam os resultados obtidos. Mais do que oferecer informações, busca-se alcançar o desempenho desejado pela organização, por meio do desenvolvimento contínuo das pessoas, promovendo uma cultura de aprendizagem e adaptação. Na

era da informação digital em que vivemos, este processo deve agregar valor às instituições, através do desenvolvendo de novas habilidades e competências para garantir a competitividade organizacional (Puspitasari & Mulyono (2022).

Atendendo à existência prévia de um PAI de melhoria contínua de qualidade dedicado, totalmente, ao desempenho dos enfermeiros intitulado “Visitação domiciliária ao idoso com 75 ou mais anos”, que engloba a avaliação da gestão do regime terapêutico, autocuidado e avaliação da família utilizando o modelo MDAIF; e à prevalência elevada de famílias unipessoais na área geográfica de intervenção da USF, que emergiu na caracterização do contexto apresentada anteriormente, optou-se por explorar a perceção de necessidade de formação da equipa de enfermagem relativamente a esta temática. Para tal desenvolveu-se no Google Forms (Anexo X) um questionário para identificar as necessidades formativas na equipa de enfermagem e, tendo como base esses resultados (Anexo XI), foi planeada uma formação interna, incluída no plano de formação contínua anual da unidade (Anexo XII).

Resumindo as respostas obtidas neste questionário, três enfermeiros identificaram corretamente o tipo de família mais prevalente com idosos com 75 ou mais anos. Relativamente à facilidade utilização do MDAIF, a maioria (seis) considerou fácil ou moderado. De entre as opções colocadas para abordagem de famílias unipessoais, o Genograma e o Ecomapa foram escolhidos por três e dois enfermeiros, respetivamente. A quarta pergunta foi elaborada fazendo uso das informações mais recentes obtidas através de evidência científica, também utilizadas na fundamentação teórica deste relatório. O isolamento social, as dificuldades económicas e o aumento do declínio cognitivo foram identificados pela maioria dos enfermeiros como as principais dificuldades sentidas pelas famílias unipessoais com elemento idoso. Analisando de que forma o enfermeiro de família pode intervir nestas famílias, a prevenção da doença e a orientação/encaminhamento para serviços de saúde tiveram três respostas cada; e a melhoria da qualidade da rede social não foi escolhida por ninguém. Quatro enfermeiros referem que são experientes na utilização do MDAIF, e cinco consideram-se experientes na realização de intervenção familiar. Relativamente aos recursos sociais públicos, seis

enfermeiros consideram-se informados. Já no que respeita aos recursos sociais privados, seis dizem-se pouco informados. Questionados se necessitam formação relativamente aos temas que foram abordados neste questionário, seis enfermeiros dizem que sim, e os restantes que não.

Tendo por base estas informações foi planeada e realizada uma formação em serviço intitulada “Famílias unipessoais com membro idoso: avaliação e intervenção do enfermeiro de família”, (Anexo XIII) que decorreu a 15 de novembro de 2024 e contou com a participação dos oito profissionais da equipa de enfermagem da USF. O seu objetivo geral era promover a melhoria continua da qualidade através da formação com conhecimentos dirigidos ao PAI “Visitação domiciliária ao idoso com mais de 75 anos”. Os objetivos específicos pretendiam contribuir para o aumento do conhecimento dos enfermeiros de família acerca das necessidades em saúde das famílias unipessoais com elemento idoso e estratégias de intervenção; contribuir para o aumento do conhecimento dos enfermeiros de família acerca dos recursos da ULS e recursos comunitários disponíveis na área geográfica de influência da USF; promover a utilização dos SI disponíveis para melhorar os resultados da saúde familiar e promover uma reflexão das práticas, no âmbito dos cuidados de enfermagem de saúde familiar a famílias unipessoais com elemento idoso.

Kirkpatrick (1959) concebeu a avaliação da formação como um processo composto por métodos e procedimentos destinados a examinar a conceção, a execução e os resultados das ações formativas, bem como os seus impactos nas organizações. Com base nessa abordagem, desenvolveu um modelo de avaliação em quatro níveis. No primeiro nível é analisada a reação imediata dos participantes, mais focada nas emoções e perceções geradas pela formação. O segundo nível avalia as aprendizagens dos formandos, recomendando a realização de aferições antes e depois da formação, com o propósito de verificar a aquisição de novos conhecimentos. O terceiro nível examina se ocorreram mudanças de comportamento dos profissionais resultantes da formação, enquanto o quarto nível avalia os impactos dessas mudanças no desempenho organizacional (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2015). Alsalaman e Callinan (2022) reavaliaram o modelo de Kirkpatrick e concluíram que ele é ainda muito utilizado na área da saúde e se mantém

perfeitamente capaz de acompanhar as alterações organizacionais que aconteceram estes últimos 60 anos, e foi por isso utilizado neste contexto. Atendendo ao primeiro nível, no final da sessão formativa foi disponibilizado QRCode de questionário de avaliação global da formação, o qual foi respondido prontamente pelos participantes.

Foi feita uma avaliação global da formação através do questionário em Microsoft forms que se encontra em Anexo XVI. Quanto ao cumprimento dos objetivos propostos, a qualidade da formação e se esta foi de encontro às expectativas do público-alvo. Destes, cinco declararam-se muito satisfeitos e três totalmente satisfeitos com o cumprimento dos objetivos propostos. A formação foi de encontro às expectativas dos participantes com cinco muito satisfeitos e três totalmente satisfeitos. Quanto à qualidade da formação, quatro dos intervenientes estavam muito satisfeitos, três totalmente satisfeitos e um satisfeito. Os conteúdos programáticos foram avaliados tendo por base a clareza da exposição dos temas, tempo dedicado à exposição teórica e brainstorming e aquisição de novos conhecimentos. Destes, sete classificou como muito bom e um como bom a clareza da exposição dos temas. O tempo dedicado à exposição teórica foi muito bom para cinco dos enfermeiros e para três foi bom. Com metade da equipa a considerar bom e a outra muito bom, encontram-se o tempo dedicado a brainstorming e a aquisição de novos conhecimentos. A mesma tendência aconteceu na avaliação da formadora no que concerne à clareza da apresentação dos objetivos da sessão, ao domínio da informação abordada e a motivação do interesse dos elementos presentes. Para a avaliação da organização da ação de formação e seus materiais de apoio foi considerada a qualidade dos suportes pedagógicos utilizados, a duração da ação de formação e o horário da ação de formação. Cinco dos formandos julgaram a qualidade dos suportes pedagógicos utilizados muito boa; um achou boa e um suficiente. A duração e horário da ação de formação foram muito bons para cinco enfermeiros e bom para três. A última questão colocada foi uma pergunta aberta em que se pediam sugestões de melhoria à formação, mas não se obtiveram respostas. Conclui-se que o público-alvo ficou muito satisfeito com a ação de formação, tendo esta ido de encontro às suas expectativas e cumprido os objetivos propostos.

Como forma de aferição do segundo nível (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2015), foi reajustado o questionário utilizado para avaliação das necessidades formativas, de forma a verificar a aquisição de novos conhecimentos (Anexo XV). Este questionário não foi respondido por um dos elementos da equipa de enfermagem da USF por se encontrar de baixa médica. Seguidamente apresentam-se os dados obtidos e faz-se um termo comparativo entre a avaliação de segundo nível e os dados iniciais. Como forma de representar as melhorias no conhecimento e na perceção de competências elaboraram-se os Gráficos nº 5 e nº 6.

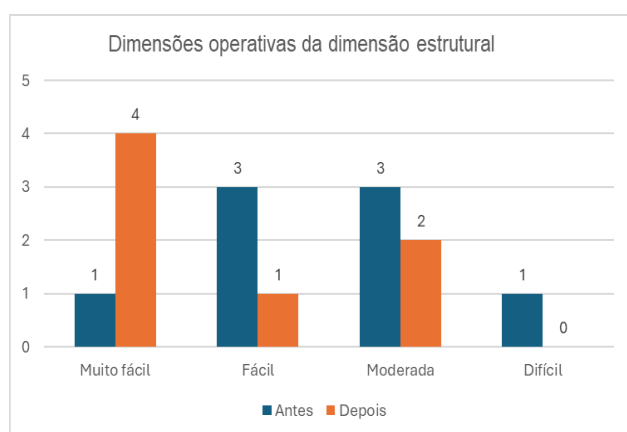


Gráfico nº 5 – Avaliação de percepção de competências na utilização das dimensões operativas da dimensão estrutural do MDAIF

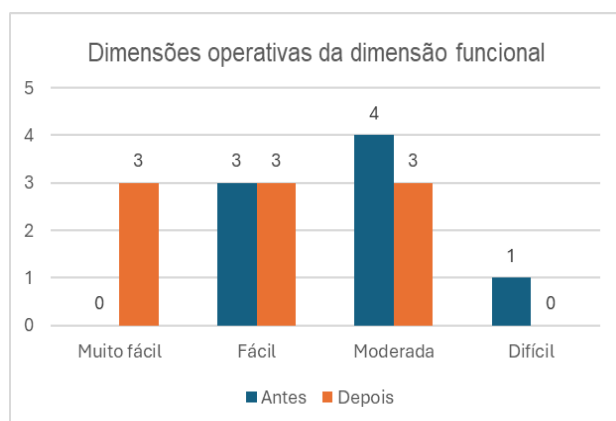


Gráfico nº 6 – Avaliação de percepção de competências na utilização das dimensões operativas da dimensão funcional do MDAIF

No que concerne à percepção de competências para a utilização da matriz operativa MDAIF, nomeadamente na avaliação da dimensão operativa da dimensão estrutural, nota-se que mais três enfermeiros passaram a considerá-la muito fácil. O enfermeiro que inicialmente considerava muito difícil a sua implementação, melhorou a sua percepção. A percepção da competência das dimensões operativas da dimensão funcional parece ter registado a mesma tendência, passando três enfermeiros a considerar muito fácil a avaliação desta dimensão operativa, e nenhum a considera difícil.

No que respeita aos instrumentos que os enfermeiros consideram úteis para a colheita de informação pertinente para a abordagem a uma família unipessoal, notou-se uma consolidação do conhecimento acerca da relevância do genograma e ecomapa, conforme se pode observar no Quadro 22.

Quadro 22 – Evolução das respostas à questão “Quais as opções que considera úteis para a colheita de informação útil para o enfermeiro de família na abordagem de uma família unipessoal?”

	Questionário de avaliação necessidades formativas (N=8)	Questionário de consolidação do conhecimento (N=7)
Genograma	3	5
Ecomapa	2	7
Etapa do ciclo vital familiar	4	4
Escala de Graffar adaptado	6	5
Escala de readaptação social de Holmes e Rhae	5	2
Escala FACES II	4	2
APGAR familiar de Smilkstein	3	2

Aparentemente não se nota uma alteração da perceção das dificuldades enfrentadas pelas famílias unipessoais por parte da equipa de enfermagem, conforme mostra o Quadro 23.

Quadro 23 – Evolução das respostas à questão “Na sua opinião, quais as principais dificuldades sentidas pelas famílias unipessoais com elemento idoso?”

	Questionário de avaliação necessidades formativas (N=8)	Questionário de consolidação do conhecimento (N=7)
Dificuldades económicas	5	5
Isolamento social	6	7
Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde	1	0
Aumento da probabilidade de comorbilidade	4	4
Diminuição da qualidade de vida	4	2
Aumento do declínio cognitivo	5	6

Os dados do Quadro 24 representam objetivos de intervenção do enfermeiro de família no âmbito das famílias unipessoais. Nota-se um grande aumento da perceção da importância da prevenção da doença, do declínio funcional e no contributo para a constituição ou manutenção de uma rede social com vínculos mais fortes e significativos. As respostas desta questão ao questionário de avaliação das necessidades formativas podem ter sofrido enviesamento devido a um erro de formulação da questão, que pode ter levado os enfermeiros a pensar que só poderia haver uma resposta. Deveria ter sido transmitido mais claramente que se tratava de uma pergunta com resposta múltipla.

Quadro 24 – Evolução das respostas à questão “Na sua opinião, de que forma o enfermeiro de família pode intervir nas famílias unipessoais com elemento idoso?”

	Questionário de avaliação necessidades formativas (N=8)	Questionário de consolidação do conhecimento (N=7)
Melhoria da qualidade da rede social	0	5
Melhoria do apoio familiar	1	3
Prevenção da doença	3	7
Prevenção do declínio funcional	1	6
Orientação/encaminhamento para serviços de saúde	3	5

Abordando a questão “Como se considera no que respeita ao conhecimento de serviços sociais e recursos comunitários existentes na área geográfica de influência da USF, não parece ter ocorrido uma grande mudança no conhecimento da equipa, tendo-se registado melhorias marginais, conforme se explicita no Quadro 25. De considerar que a falta de resposta de um dos elementos ao segundo questionário também pode ter contribuído para este resultado. De qualquer forma, a listagem atualizada destes recursos e dos serviços específicos que cada um presta, criada por mim durante o estágio, ficou disponível para a equipa como recurso. Deste modo, pode continuar a contribuir para este conhecimento no futuro.

Quadro 25 – Evolução das respostas à questão “Como se considera no que respeita ao conhecimento de serviços sociais e recursos comunitários existentes na área geográfica de influência da USF?”

		Questionário de avaliação de necessidades formativas (N=8)	Questionário de consolidação do conhecimento (N=7)
Serviços Sociais	Pouco informado	1	1
	Informado	6	5
	Muito informado	1	1
Recursos sociais públicos	Pouco informado	1	1
	Informado	6	5
	Muito informado	1	1
Recursos sociais privados	Pouco informado	6	5
	Informado	1	1
	Muito informado	1	1
Recursos da UL7	Pouco informado	3	2
	Informado	4	4
	Muito informado	1	1

A maioria dos elementos da equipa de enfermagem refere que a formação facilitou a avaliação da família unipessoal segundo MDAIF, a realização da intervenção familiar nestas famílias e o registo da informação no processo familiar, conforme denota o Gráfico 7.

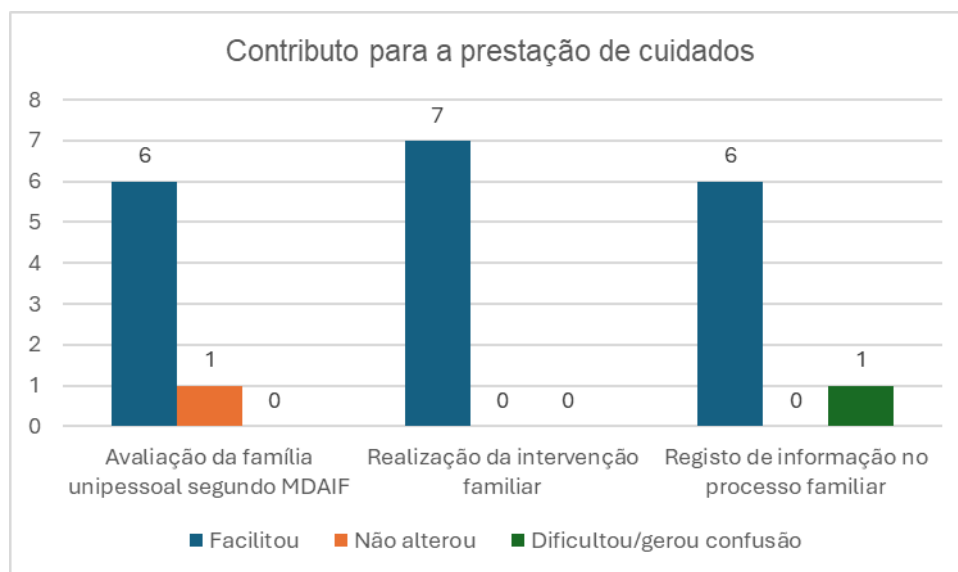


Gráfico 7 – Respostas à questão “Relativamente à formação, de que forma esta contribuiu para a sua prestação de cuidados a esta tipologia de família?”

Os terceiro e quarto níveis do modelo de avaliação de Kirkpatrick são os mais importantes para medir o verdadeiro impacto da formação, mas não foram avaliados por serem mais complexos e requerer planificação mais demorada. No que concerne ao terceiro nível de avaliação, requer que decorra um tempo prolongado após a formação e a elaboração sistematizada de entrevistas ou grelhas de supervisão estruturada. Quando delineei o plano de avaliação subestimei o tempo necessário para a realização destas atividades e, por conseguinte, não alcancei esse objetivo. Julgo que a minha inexperiência na área foi fulcral para não ter conseguido avaliar estes níveis. Dito isto, aprendi com este erro, pois sei que é de suma importância perceber se o conhecimento transmitido na formação se transformou, de fato, em ação clínica, e conduziu a mudanças reais nas práticas assistenciais e melhorias nos indicadores de saúde institucionais, promovendo assim a melhoria dos cuidados de saúde.

4 CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A organização dos cuidados de enfermagem prioriza a eficiência e a qualidade dos cuidados, exigindo um referencial estruturado e um sistema de qualidade para a prática profissional. Além disso, é fundamental a manutenção de registos clínicos que sistematizem as informações do processo de enfermagem. Para garantir a segurança e a eficácia dos cuidados, são indispensáveis uma dotação adequada de recursos, metodologias de trabalho bem definidas, políticas de formação contínua e a avaliação da satisfação dos enfermeiros com base na qualidade do seu desempenho profissional (Cantante, 2020).

A Enfermagem, como ciência recente que é, tem desenvolvido e exigido um nível técnico e científico cada vez mais elevado, procurando a qualificação dos profissionais em áreas disciplinares diversas para garantir a prestação de cuidados de excelência. Para o seu desenvolvimento é fundamental alicerçar a prática de enfermagem em conhecimento e competências específicas a cada área de especialidade. Li et al. (2022) definem competência como o conjunto de conhecimentos, habilidades e características pessoais essenciais para que um indivíduo exerça uma função profissional com eficiência. Isso inclui tanto os requisitos fundamentais para o cargo quanto os atributos distintivos que contribuem para um desempenho notável. A OE, através do Regulamento 140/2019, p.4744, caracteriza o enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. A concessão do título de enfermeiro especialista exige, além da evidência demonstrada das competências específicas definidas nos regulamentos de cada especialidade em Enfermagem, a utilização de um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Essas competências, segundo o referido Regulamento, são aquelas que todos os enfermeiros especialistas possuem, independentemente da sua área de especialização. Elas manifestam-se na capacidade avançada de conceber, gerir e supervisionar cuidados, além de oferecer

suporte qualificado à prática especializada por meio da formação, investigação e assessoria. Essas competências abrangem a educação de clientes e colegas, orientação, aconselhamento e liderança, bem como a responsabilidade de interpretar, disseminar e aplicar pesquisas relevantes, promovendo a melhoria contínua da prática de enfermagem (OE, 2019).

Em 2017, a International Family Nursing Association (IFNA) retratou a Prática Avançada de Enfermagem Familiar como a observância de competências de enfermagem focadas na abordagem complexa das famílias e seus indivíduos, orientadas para a obtenção de ganhos de saúde. As Competências Específicas do EEECESF são: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018, p. 19355).

Com o intuito dar visibilidades às atividades e competências desenvolvidas nos estágios e facilitar a análise, optou-se por apresentar esquematicamente sob forma de Quadros (26 e 27) as competências adquiridas durante os estágios curriculares Módulo I e II que vão de encontro a cada unidade de competência da Competência Específica “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”. Para aperfeiçoar a primeira competência, sustentou-se a prestação de cuidados às famílias no referencial epistemológico da Teoria dos Sistemas, com recurso ao MDAIF como modelo operativo. A metodologia adotada foi a entrevista familiar sistémica, integrada ao processo de enfermagem. Esse método envolveu a recolha de dados, a identificação de diagnósticos e o planeamento das intervenções de enfermagem em saúde familiar, incluindo atividades ajustadas às necessidades identificadas e que valorizam os recursos da família. A implementação das intervenções utilizou técnicas de abordagem sistémica, visando alcançar ganhos em saúde familiar, de acordo com os objetivos e critérios de resultados definidos em colaboração com as famílias e com cada um de seus membros.

Quadro 26 – Competências demonstradas no âmbito da unidade competência 1.1 a 1.8

Unidade de Competência 1.1: Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.
Desenvolveu-se a prestação de cuidados às famílias de forma a dar resposta às suas necessidades em saúde, atendendo à sua complexidade. Foi sempre mostrado espírito de abertura e disponibilidade para encontrar soluções que se adequassem a cada uma delas.
As famílias foram encorajadas a definir os seus objetivos e motivadas a manter o esforço para os alcançar.
Co-construção de objetivos de mudança na família, considerando a possibilidade de contribuição da família alargada e dos elementos dos sistemas mais amplos.
Foi criada e mantida, ao longo de todo o processo de prestação de cuidados, uma relação terapêutica com enfoque sistémico com cada família, com o objetivo e promover a sua saúde, prevenir a doença e atingir ganhos em saúde, do qual é exemplo os planos de exercício mental e de Otago.
Identificaram-se os pontos fortes de cada família e foram utilizados, sempre que possível, como fonte de incentivo para a família e alavanca na obtenção de ganhos em saúde.
Estabeleceu-se um plano de ação com cada família de forma a de promover, manter e reforçar a sua saúde.
Unidade de Competência 1.2: Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.
Colhidos dados relevantes acerca do histórico familiar e de saúde, assim como de risco ambiental e sistemas mais amplos, de modo a permitir a avaliação da sua dimensão estrutural e elaboração de genograma e ecomapa.
Foram criados ecomapas e genogramas com psicofigura de Mitchell e ecomapas para todas as famílias. Houve reformulação de ecomapa (A3) para mostrar ganhos a nível relacional.
Utilizados diversos instrumentos de forma a permitir a avaliação das características e especificidade de cada família, tal como o recurso à informação do processo clínico através da plataforma informática SAPE, Ecomapa, Genograma com psicofigura de Mitchell, Escala de Grafar, matriz operativa MDAIF, Índice de Massa Corporal (IMC), Mini-Mental State Examination (MMS) de Folstein, Escala de Tinetti, TUG, Mini-Nutricional Assessment (MNA), Escala de solidão UCLA traduzida e adaptada por Margarida Pocinho e Carlos Farate, Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta, Escala de Katz, Escala de Lawton & Brody, avaliação da marcha e do sono.
Identificadas as principais crenças, valores familiares e significado de alguns eventos importantes e o impacto que estas podem ter na tomada de decisões e facilidade de adoção de comportamentos promotores de saúde, como o caso da família 1 e a mudança das filhas para longe.
Estimulou-se processos de mudança e adaptação e manutenção de união familiar, dando apoio e incentivo durante essa fase, como nos casos das famílias 1 e 3.
Co-determinados pontos fortes e fracos relativos a cada família e problemas de saúde percecionados, quer fossem familiares ou individuais.

Unidade de Competência 1.3: Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.
Recorreu-se a conhecimentos específicos da área de enfermagem e de outras áreas científicas, como a psicologia e nutrição, para a elaboração dos planos de cuidados.
Considerado o histórico familiar e relacional, estado de saúde atual e padrões prévios de resposta em situações complexas de cada família para a tomada de decisão de intervenção.
Foi considerada a preponderância das crenças espirituais e culturais, transições individuais e fatores ambientais na co-construção terapêutica.
Avaliada e ponderada a correlação entre família, indivíduo, saúde e doença e os fatores ambientais para cada família alvo de intervenção, tendo havido incentivo às famílias para o reforço de vínculos familiares, sociais e recurso a instituições sociais.
Unidade de Competência 1.4: Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.
Co-construção de metas e objetivos de saúde com cada família.
Estabelecido ambiente tranquilo, empático e gerador de sensação de segurança durante o decorrer das consultas de enfermagem.
Recurso ao pensamento crítico, sistemático e sistémico como forma de interpretar adequadamente a complexidade de cada família e apresentar intervenções de enfermagem de saúde familiar especificamente formuladas para cada caso.
Explorado como a dinâmica com a família alargada, elementos dos sistemas mais amplos e problemas de saúde, como dificuldades na realização de atividades de vida diária, solidão, depressão impactam os cuidados às famílias.
Auscultação das famílias acerca dos objetivos que pretendiam alcançar e desenvolvidos planos de cuidados nesse sentido.
Unidade de Competência 1.5: Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.
Realizadas várias consultas com todas as famílias e, em alguns casos, elementos da família alargada onde foi criada a relação terapêutica necessária ao atingimento das metas estabelecidas.
Utilizada Entrevista Motivacional como estratégia de incentivo ao treino de exercício de Otago e técnicas ativas: de reenquadramento, metáfora, conotação positiva e pergunta milagre.
Reavaliação periódica das intervenções e estratégias adotadas em parceria com a família, quer como forma de estas se consciencializarem dos progressos que foram fazendo, quer como forma de proceder aos reajustes necessários á otimização da sua eficácia.
Planeadas intervenções considerando e respeitando as respostas do foro cognitivo e comportamental, afetivo e espiritual. Recurso ao questionamento circular e recursivo nas consultas em que os elementos da família alargada estavam presentes.
Processo de decisão, prática e análise crítica das situações tomado após investigação da melhor e mais recente evidência científica disponível, visível na bibliografia apresentada.
Delineadas estratégias para auxiliar a família 1 a lidar com o sentimento de abandono e solidão provocado pela mudança das filhas para longe através da aceitação e reforço dos laços com os elementos dos sistemas mais amplos; e a família 4 a lidar com o luto disfuncional, através da técnica da metáfora, informação dos recursos comunitários que tinha disponível (consulta de psicologia) e entrevista motivacional no sentido da sua adesão. Não se verificaram conflitos em que fosse necessário intervir.
Consultas realizadas em ambiente seguro e calmo, sem omissão de juízos críticos ou de valor. Plano de cuidados e estratégias delineadas após consulta de evidência científica atual.
Avaliados riscos de segurança ambiental para cada família e delineadas intervenções e técnicas ativas no sentido de identificar, consciencializar e planear a redução dos riscos identificados.

Unidade de Competência 1.6: Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.
Promovida a patilha de narrativas familiares por parte de todas as famílias. Fomentada a consciencialização acerca das forças intrínsecas e oportunidades de transformação de cada família
Assinaladas e avaliadas as dinâmicas e processos familiares e explorados métodos com vista á sua melhoria ou manutenção, para que a família em causa se sentisse apoiada.
Identificadas e analisadas as dinâmicas de interações entre indivíduo, família, comunidade e sistema de saúde, considerando seus impactos no suporte, manutenção ou criação de dificuldades. Co construíram-se objetivos e escolhidos métodos que as fomentassem
Co construíram-se objetivos e escolhidos métodos que fomentassem essas dinâmicas de interação.
Determinados os recursos necessários e esse processo de forma colaborativa com cada família.
Mantido processo de feedback ao longo de todo o processo de intervenção com cada família, incentivando os seus progressos e relembrando os seus pontos fortes.
Evocadas, a cada nova consulta, os progressos já alcançados, exortando à continuação dos seus esforços.

Unidade de Competência 1.7: Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.
Procurada orientação e supervisão para melhoria das práticas em enfermagem de saúde familiar, norteadas por parte do enfermeiro cooperante e das professoras orientadoras durante o processo de ensino clínico
Avalia continuamente a sua prática, dando lugar à reavaliação de estratégias de ação.
Reflexão crítica contínua á prática desenvolvida com as famílias, apoiada na informação mais recente e no saber e experiência do enfermeiro cooperante e das professoras orientadoras. Foram alteradas algumas estratégias já delineadas e experimentadas técnicas ativas diferentes com base nas suas sugestões e análise dos resultados obtidos após feedback das famílias
Durante a prestação de cuidados de enfermagem foi mantida uma postura neutra em relação aos sistemas, sem favorecimento, expressão de opiniões ou estabelecimento de alianças com qualquer dos envolvidos.
Frequência de ações de formação na área de enfermagem de saúde familiar, tais como: “Comemoração do Dia Internacional da Família, que decorreu a 18 de maio de 2024 dinamizado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (ANEXO XVII) e Comunicação oral no International Congress Family Health 25 que decorreu entre 7 e 8 de fevereiro 2025 ANEXO XVIII).
Colaboração com colegas na abordagem de enfermagem familiar complexa através de sugestões de intervenção e de registo de informação no processo clínico, na abordagem a famílias da sua lista de inscritos.

Unidade de Competência 1.8: Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.
Foram estabelecidos momentos, no final da última consulta das famílias, para avaliar a satisfação da relação entre enfermeiro e família, bem como a qualidade dos cuidados prestados. As famílias forneceram um retorno positivo sobre os cuidados recebidos, as técnicas de intervenção sistêmica aplicadas nas consultas e os resultados alcançados.
Analizada a efetividade dos cuidados de enfermagem ao longo do processo de obtenção dos objetivos familiares e foram feitas propostas de alterações consideradas mais adequadas ou eficazes para esse efeito. Estas foram acolhidas e postas em prática pelas famílias com resultados positivos. Uma família não aceitou a propostas de alteração de estratégia para consecução de um objetivo (resolução de luto disfuncional) e a sua decisão foi respeitada. Foi analisada a eficácia das intervenções de enfermagem nas famílias através das alterações dos diagnósticos de enfermagem inicialmente estabelecidos utilizando a matriz operativa MDAIF. A eficácia das intervenções dirigidas ao elemento da família foi considerada reavaliando os diagnósticos iniciais e verificando os ganhos alcançados.
Incluída a evidência e investigação mais recente na planificação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

No Quadro 27, apresentam-se as atividades desenvolvidas referentes a cada uma das unidades de competência que dão resposta à competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar: "Lidera e colabora em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar". Cada quadro contém as competências demonstradas durante os estágios, evidenciando o cumprimento dos critérios de avaliação estabelecidos no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho.

Quadro 27 – Competências demonstradas relativas às unidades de competência 2.1 e 2.2.

Unidade de Competência 2.1: Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família
Promovida colaboração e articulação interdisciplinar na prestação de cuidados às famílias, nomeadamente médica de família, nutricionista e psicóloga. Tentativa de articulação com assistente social não aceite pela família em questão.
Referenciação de famílias para a URAP (nutrição) e médica de família pelos canais estabelecidos pela UL. Referenciação para recursos comunitários, nomeadamente A Mutualista e projeto municipal que cria uma rede de apoio para idosos em situação de isolamento social.
Dado conhecimento dos recursos comunitários disponíveis na área de residência das famílias e incentivo para o seu recurso. Orientada uma família para o correto recurso aos cuidados de saúde primários.
Mantido contacto de acompanhamento dos diagnósticos e das intervenções efetuadas pelos profissionais de saúde para os quais se referenciaram famílias

Unidade de Competência 2.2: Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.
Colaboração no PAI de Melhoria Contínua de Qualidade dedicado totalmente ao desempenho dos enfermeiros intitulado “Visitação domiciliária ao idoso com mais de 75 anos”, da unidade com ação de formação em serviço.
Usado o sistema informático SClínico® como ferramenta de apoio de registo, visualização e monitorização de ganhos em saúde obtidos pelas famílias.
Apresentação de ação de formação em serviço intitulada “Família unipessoal com elemento idoso: avaliação e intervenção do enfermeiro de família.”
Proporcionados momentos de <i>coaching</i> aos elementos da equipa de enfermagem da unidade de saúde, no sentido de esclarecer dúvidas e auxiliar com a documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. Elaborado e fornecido à equipa documento atualizado dos recursos comunitários de domínio público e privado disponíveis na zona de abrangência da USF.

A capacidade de reajustar e reformular questões e aplicar técnicas de intervenção revelou-se essencial na interação com as famílias. Esse processo favoreceu o reconhecimento do seu dinamismo e a compreensão da família como um sistema vivo, em constante transformação. Além disso, a experiência adquirida ao longo do ensino clínico na observação do comportamento corporal e da linguagem não verbal dos indivíduos, permitiu identificar padrões de comportamento e interações, contribuindo significativamente para a evolução positiva da capacidade de recolha sistemática de dados e da atividade diagnóstica.

Este percurso operou uma mudança de perspetiva e efetiva nas minhas práticas, e comecei a deixar de utilizar tanto a ação prescritiva e unidirecional e a procurar uma postura de diálogo e escuta ativa com a família, observando mais atentamente a sua comunicação intencional e não intencional circular e recursiva. Outra mudança operou-se na maior abertura e experiência na co-construção de objetivos de saúde com as famílias, tendo sido capaz de encontrar alternativas de intervenção, conjuntamente com a família, sempre que os resultados das intervenções já implementadas, ou previamente escolhidas, não se mostraram tão promissoras ou fáceis de implementar como inicialmente previsto. A capacidade de compreender a mudança constante operada na dinâmica das unidades familiares e entre os seus sistemas mais amplos, facilitou o meu entendimento dos seus processos de interação, o que por sua vez, facilitou a criação de diagnósticos de enfermagem da saúde familiar. Foi muito enriquecedor para a minha prática perceber o paradigma sistémico e compreender os papéis familiares ao longo das fases de transição da família, as suas vivências, os seus padrões transgeracionais e perceber as relações e laços que se estabelecem entre membros da família, família alargada e comunidade e de que forma estas têm implicação nos processos de saúde e doença da família e dos seus indivíduos.

A experiência que consistiu em eleger a técnica de intervenção ativa mais adequada a cada cenário familiar foi aliciante e profícua em aprendizagens. Em algumas ocasiões, foi alterada a intervenção selecionada após pesquisa de informação mais profunda e análise crítica mais ponderada acerca da sua eficácia na obtenção de ganhos em saúde na família. O treino destas novas aprendizagens e competências permite que eu as possa desenvolver com mais certeza e confiança no meu exercício profissional diário como enfermeira de família com especialidade nessa área do saber. O próprio tema deste relatório de estágio vai de encontro a um grande desafio que encontro na minha vida profissional, uma vez que também eu tenho atribuída uma lista de famílias com membros com idades muito avançadas e muitas famílias unipessoais. Sempre considereei este tipo de famílias como uma das de mais difícil abordagem, por apenas uma pessoa ter à sua responsabilidade todas as tarefas que competem a uma família, e muitas vezes não terem nem as capacidades físicas, nem cognitivas, nem o apoio necessário para a sua realização.

Ajudar eficazmente estas famílias requer conhecimento e domínio da área de enfermagem de saúde familiar e de saúde do idoso, assim como dos recursos de saúde e sociais, disponíveis na área geográfica em que residem. As competências relativas à colaboração multidisciplinar, comunicação assertiva e circular e coordenação de cuidados, são fundamentais para que se possa fazer uma mobilização de recursos necessários de sucesso e acompanhar adequadamente a evolução da família durante o processo de mudança e repensar intervenções sempre que necessário. Terminei este percurso com a confiança que poderei fazer uma diferença maior na vida e saúde daqueles que cuido diariamente e que há mais de uma década me relatam as suas dificuldades e problemas familiares, que têm impacto na sua saúde. O caminho a percorrer até adquirir a mestria na área de enfermagem de saúde familiar ainda é grande, porque a quantidade de técnicas e o conhecimento a dominar são vastos e carecem de muito tempo e treino diário, na fase de aquisição de competências. Precisaré sempre de dedicar tempo ao acompanhamento das novas evidências neste campo de conhecimento para me manter a par dos seus avanços e dar o meu contributo, pelo que aderi à Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar como sócia.

Na lógica de promoção do desenvolvimento de aprendizagem e competências de outros enfermeiros realizei, como formadora, uma formação em serviço intitulada “Família unipessoal com elemento idoso: avaliação e intervenção do enfermeiro de família”. O repto que lancei na equipa de enfermagem da USF com a formação em serviço foi o de perceber a família unipessoal de uma forma sistémica, desconstruindo a ideia de que se trata de uma pessoa isolada, dando visibilidade à importância da família extensa e da sua rede social (ou da falta dela) na dinâmica comportamental, emocional, gestão da sua saúde e manutenção da sua independência de outros, tanto enquanto indivíduo como tipo de família. Foram exploradas as suas fragilidades e dificuldades mais comuns e construída uma lista atualizada dos recursos sociais e privados existentes nessa área geográfica, no sentido de ampliar o conhecimento dos enfermeiros de família nesta temática, e assim capacitarem as suas famílias com o conhecimento dos recursos de saúde à sua disposição, para que possam fazer escolhas mais informadas acerca daqueles que julgam mais adequados à resolução das suas dificuldades.

Durante o decorrer do Módulo I do estágio profissional detetei que vários agregados familiares não estavam corretamente indicados no SClínico-CSP®, o que poderá revelar-se problemático pois a informação incorreta de um agregado familiar limita a avaliação, compreensão e intervenção no seio familiar.

No estágio do Módulo II, enquanto procedia ao registo informático nos processos familiares, deparei-me com várias dificuldades no registo da informação das famílias. Constatei não existir nenhuma área para desenho de Genograma ou Ecomapa, duas ferramentas fundamentais para iniciar a compreensão mais aprofundada de cada família, e registar a sua evolução. Quase todas as outras dimensões se mostravam muito parcas em possibilidade de registo. Também os próprios diagnósticos familiares não permitiam o registo sensível dos ganhos obtidos ao fazerem só a alteração de diagnóstico quando todos os parâmetros incluídos se mostrassem positivos. Isto leva a que, ao retirar a estatística dos diagnósticos para avaliar os ganhos em saúde das famílias só sejam considerados os ganhos totais, desconsiderando o alcance intermédio de objetivos atingidos, mas que, ainda assim, contribuem positivamente para ganhos em saúde.

Apesar de os sistemas de informação desempenharem um papel crucial na colheita, armazenamento, análise e na disseminação de dados relevantes para a prestação de cuidados de saúde, o SClínico-CSP® detém critérios de diagnóstico relacionados com o Programa Saúde da Família escassos, dando espaço para a identificação de diagnósticos pouco fundamentados e, consequentemente, intervenções pouco direcionadas às necessidades, ficando a eficácia interventiva monitorizável limitada ao que o sistema detém. Existiu, contudo, espaço para refletir acerca desta temática e reconhecer que, uma vez que os sistemas de informação atualmente em vigor nos CSP preveem espelhar aquela que é a prática e a continuidade dos cuidados, prestados às famílias e aos seus membros como parte de um sistema, deve existir uma remodelação urgente. Esta deve ser iniciada pela reformulação daquele que é o *backend* do sistema de informação em uso no sentido de potenciar a formalização e a avaliação das respostas e, posteriormente, reformular os indicadores de desempenho atualmente contratualizados, abrindo espaço para os indicadores diretamente relacionados com os ganhos em saúde das famílias.

Por tudo o que foi descrito, a expansão de competências ao longo do desenvolvimento destes estágios curriculares resultou, inevitavelmente, na criação de novos e fundamentados *insights* e refinou as habilidades de comunicação verbal e escrita, o que contribuiu para a concretização de uma prestação de cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar especializada, dinâmica, flexível e personalizada, facilitando a resposta dos membros das famílias em situações de transição familiar e promovendo, consequentemente, a saúde familiar e a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório busca fornecer uma visão facilmente perceptível do percurso de formação e desenvolvimento de competências específicas de EEECESF, através da prática de cuidados especializados às famílias unipessoais com elemento idoso. Pretende ainda demonstrar a apropriação do contexto teórico mais atual, e dos referenciais teóricos utilizados na prestação dos cuidados às famílias e ao seu membro. O MDAIF, como modelo de avaliação e intervenção familiar, constituiu um recurso muito facilitador na orientação para a prática, na medida em que permitiu escrutinar as áreas em que este tipo de família encontra maiores obstáculos e perceber as dificuldades com que se debatiam. Auxiliou ainda na recolha e compilação de informação e na seleção de algumas intervenções a realizar e das técnicas transversais específicas que as concretizam. Por estes motivos este formato de organização foi também escolhido por mim para representar o processo de diagnóstico e intervenção de enfermagem nos diagnósticos individuais. Para a avaliação individual optou-se pela Teoria das Transições no sentido de compreender as transições vivenciadas e os seus padrões de resposta. A obtenção de ganhos em saúde foi conseguida através do uso combinado destes dois referenciais teóricos, aliado ao uso das forças e recursos próprios de cada uma das famílias. Houve espaço para o envolvimento e participação na formação contínua no domínio da ESF, tendo criado um espaço de desenvolvimento de conhecimento e reflexão acerca da prestação de cuidados a este tipo de família.

A realização dos Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, proporcionou um crescimento significativo, tanto pessoal quanto profissional, ao aprofundar a compreensão sobre a complexidade do sistema familiar. A experiência em contato direto com as famílias fortaleceu a visão da família como foco central dos cuidados de Enfermagem, reconhecendo a sua multidimensionalidade. Esse entendimento permitiu atuar de forma estratégica, considerando a família como um sistema

dinâmico, promovendo a capacitação dos seus membros, valorizando seus potenciais e recursos para alcançar melhores resultados em saúde.

A trajetória de aprendizagem envolveu a transição de uma abordagem linear e prescritiva para um modelo baseado na comunicação dialógica. Essa mudança permitiu intervenções mais participadas, centradas nos projetos de saúde das famílias e nas interações entre os seus membros. Assim, consolidou-se uma visão do sistema familiar como uma unidade dinâmica em constante transformação. Este fato levou à mudança das práticas, tendo mudado de instruções diretivas para uma lógica de co-construção dinâmica entre os intervenientes (membro da família unipessoal e sua família extensa), da qual o EEECESF passa a fazer parte. O objetivo último será que o EEECESF empodere e capacite a família para prosseguir o seu projeto de saúde e responder de forma salutogénica aos desafios futuros.

Verificou-se que todas as famílias unipessoais avaliadas tinham, de uma forma ou de outra, dificuldades em manter-se totalmente independente nas AIVD. Com o apoio do EEECESF, todas elas conseguiram articular-se e obter auxílio quer da família extensa, quer dos sistemas mais amplos, ou de ambos, como forma de colmatar as necessidades e papeis para os quais já tinham dificuldades em dar resposta sozinhas. Isto remete para a importância que têm estes recursos na vida de alguém que mora sozinho, ocupando muitas vezes um papel preponderante na manutenção da independência destas famílias e evitando ou atrasando a sua institucionalização em estruturas residenciais para idosos. Tornou-se também clara a necessidade de intervir em rede neste tipo de família e de alavancar os recursos sociais ou institucionais necessários aos cuidados requeridos.

Algumas famílias mostraram-se renitentes em fazer mudanças, talvez em virtude de não ter havido ainda tempo para a construção de uma verdadeira relação de confiança, ou de não haver muita experiência ou domínio das técnicas de intervenção ativa utilizadas. A apropriação da mestria nesta área é difícil, pois o conhecimento que é necessário dominar é muito amplo.

A duração limitada do tempo de ensino clínico tornou difícil a aplicação de estratégias repensadas ou reajustadas em situações que as intervenções realizadas não estavam a obter os resultados pretendidos. Assim, foi dado conhecimento ao

Enfermeiro cooperante que irá manter o acompanhamento da família. Do mesmo modo foi informada a equipa de saúde no caso de A3 que esteve internada nas semanas finais do estágio, e mantido contacto telefónico com o filho de forma a preparar o retorno à sua residência, onde irá permanecer com a companhia constante da filha mais velha, já reformada.

No que concerne aos objetivos traçados para este relatório, penso ter retratado adequadamente as competências comuns e específicas relativas ao exercício profissional de um EEECESF. Os ganhos em saúde obtidos por estas famílias, as oportunidades e experiências vividas tornaram esta jornada profissional e pessoal, que foi difícil e desafiante, num momento de viragem nas minhas práticas profissionais, e onde irei buscar contributos nos anos vindouros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulrazaq, S., Oldham, J., Skelton, D. A., O'Neill, T., Munford, L., Gannon, B., Pilling, M., Todd, C., & Stanmore, E. K. (2018). A prospective cohort study measuring cost-benefit analysis of the Otago Exercise Programme in community dwelling adults with rheumatoid arthritis. *BMC Health Services Research*, 18(1), 574. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3383-4>
- Abe, N., Oe, N., Tadaka, E., & Ojima, T. (2023). Factors related to subjective well-being among community-dwelling older adults living alone: A stratified analysis by sex and marital status from the JAGES. *PLOS ONE*, 18(8), e0289571. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289571>
- Accident Compensation Corporation [ACC]. (2003). *Otago exercise programme to prevent falls in older adults: A home-based, individually tailored strength and balance retraining programme*. <https://www.acc.co.nz/assets/injury-prevention/acc1162-otago-exercise-manual.pdf>
- Angus, L. E. (2018). An intensive analysis of metaphor themes in psychotherapy. In L. Cameron & R. Maslen (Eds.), *Metaphor: Implications and applications* (pp. 73–84). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315789316-5>
- Alsalamah, A., & Callinan, C. (2022). The Kirkpatrick model for training evaluation: bibliometric analysis after 60 years (1959–2020). *Industrial and Commercial Training*, 54(1), 36–63. <https://doi.org/10.1108/ICT-12-2020-0115>
- Alzheimer's Association. (2021). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 17(3), 327–406. <https://doi.org/10.1002/alz.12328>

Amaral Ribeiro, M., Antonio Magalhães de Freitas Dutra, V., Pedro de Oliveira, L., dos Santos Reis Costa, G., Ferreira Alves da Silva, Y., Porto Inácio, J., Beatriz Rodrigues Costa, A., Pereira Rodrigues, I., Burgatti Cardozo, J., Nascimento Arçari, C., Aires Oliveira Campos, G., & Kaline Valadares de Aquino, S. (2024). A relevância da formação contínua e especializações para profissionais de saúde: Garantindo excelência e atualização. *Periódicos Brasil: Pesquisa Científica*, 3(2), 816–826. <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.120>

Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., Latorre, M. do R. D. de O., & Oliveira, M. A. de C. (2017). Índice de vulnerabilidade a incapacidades e dependência (IVF-ID), segundo condições sociais e de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 2063–2071. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.03432016>

Apóstolo, J. (2013). *Instrumentos de avaliação geriátrica*. [https://www.researchgate.net/publication/291332357_Instrumentos de Avaliacao Geriatrica](https://www.researchgate.net/publication/291332357_Instrumentos_de_Avaliacao_Geriatrica)

Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. J., Reis, I. A. C., Silva, I. A. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contributo para a adaptação da Geriatric Depression Scale – 15 para a língua portuguesa. *Referência: Revista de Enfermagem*, 4(3), 65–73. <https://www.index-f.com/referencia/2014/r43-065.php>

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217–220). ISPA.

Azeez, M., Clancy, C., O'Dwyer, T., Lahiff, C., Wilson, F., & Cunnane, G. (2020). Benefits of exercise in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial of a patient-specific exercise programme. *Clinical Rheumatology*, 39(6), 1783–1792. <https://doi.org/10.1007/s10067-020-04937-4>

Baixinho, C. L., Dixe, M. dos A., Henriques, M. A., Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2021). The fear of falls in the caregivers of institutionalized elders. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200258>

Baker, M. (2020). *Families, labour and love* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003115588>

Bandeem-Roche, K., Seplaki, C. L., Huang, J., Buta, B., Kalyani, R. R., Varadhan, R., Xue, Q.-L., Walston, J. D., & Kasper, J. D. (2015). Frailty in Older Adults: A Nationally Representative Profile in the United States. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 70(11), 1427–1434. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv133>

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>

Baranwal, N., Yu, P. K., & Siegel, N. S. (2023). Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 77, 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.02.005>

Barbosa, K. T. F., Costa, K. N. de F. M., Pontes, M. de L. de F., Batista, P. S. de S., Oliveira, F. M. R. L. de, & Fernandes, M. das G. M. (2017). Aging and individual vulnerability: A panorama of older adults attended by the family health strategy. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), e0270015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>

Bardon, L. A., Corish, C. A., Lane, M., Bizzaro, M. G., Loayza Villarroel, K., Clarke, M., Power, L. C., Gibney, E. R., & Dominguez Castro, P. (2021). Ageing rate of older adults affects the factors associated with, and the determinants of malnutrition in the community: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02583-2>

Barnes, T. L., MacLeod, S., Tkatch, R., Ahuja, M., Albright, L., Schaeffer, J. A., & Yeh, C. S. (2022). Cumulative effect of loneliness and social isolation on health outcomes among older adults. *Aging & Mental Health*, 26(7), 1327–1334. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1940096>

Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186–204. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>

Bischof, G. H., Helmeke, K. B., & Lane, C. D. (2019). Positive Connotation in Couple and Family Therapy. In *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 2240–2242). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_321

Bishop, N. J., & Wang, K. (2018). Food insecurity, comorbidity, and mobility limitations among older U.S. adults: Findings from the Health and Retirement Study and Health Care and Nutrition Study. *Preventive Medicine*, 114, 180–187. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.07.001>

Bjerk, M., Brovold, T., Skelton, D. A., & Bergland, A. (2018). Associations between health-related quality of life, physical function and fear of falling in older fallers receiving home care. *BMC Geriatrics*, 18(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0945-6>

Blanchet, R., & Edwards, N. (2018). A need to improve the assessment of environmental hazards for falls on stairs and in bathrooms: results of a scoping review. *BMC Geriatrics*, 18(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0958-1>

Bowen, M. (1993). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson. <https://archive.org/details/familytherapyinc0000bowe>

Cabral, J. F., Silva, A. M. C. da, Mattos, I. E., Neves, À. de Q., Luz, L. L., Ferreira, D. B., Santiago, L. M., & Carmo, C. N. do. (2019). Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3227–3236. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cole, S. W. (2015). The Neuroendocrinology of Social Isolation. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 733–767. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015240>

Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista Médica de Chile*, 146(3), 315–322. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>

Cantante, A. P. da S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2020). Sistemas de saúde e competências do enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261–272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>

Carey, S., Deng, J., & Ferrie, S. (2024). The impact of malnutrition on cognition in older adults: A systematic review. *Clinical nutrition ESPEN*, 63, 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2024.06.014>

Chan, D., Shafto, M., Kievit, R., Matthews, F., Spink, M., Valenzuela, M., & Henson, R. N. (2018). Lifestyle activities in mid-life contribute to cognitive reserve in late-life, independent of education, occupation, and late-life activities. *Neurobiology of Aging*, 70, 180–183. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2018.06.012>

Chaves, M. M. P., & Miranda, J. L. de. (2023). Sistemas de informação em saúde: Desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3), e11712. <https://doi.org/10.25248/reas.e11712.2023>

Chen, Y., Shi, L., Zheng, X., Yang, J., Xue, Y., Xiao, S., Xue, B., Zhang, J., Li, X., Lin, H., Ma, C., & Zhang, C. (2022). Patterns and determinants of multimorbidity in older adults: Study in health-ecological perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16756. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416756>

Chen, X., Zhao, L., Liu, Y., Zhou, Z., Zhang, H., Wei, D., Chen, J., Li, Y., Ou, J., Huang, J., Yang, X., & Ma, C. (2021). Otago exercise programme for physical function and mental health among older adults with cognitive frailty during COVID-19: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15964>

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

Coelho-Junior, H. J., Rodrigues, B., Gonçalves, I. de O., Asano, R. Y., Uchida, M. C., & Marzetti, E. (2018). The physical capabilities underlying timed "Up and Go" test are time-dependent in community-dwelling older women. *Experimental Gerontology*, 104, 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2018.01.025>

Constantine, J. A., Fish, L. S., & Piercy, F. P. (1984). A systematic procedure for teaching positive connotation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(3), 313–315. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1984.tb00022.x>

Combourieu Donnezan, L., Perrot, A., Belleville, S., Bloch, F., & Kemoun, G. (2018). Effects of simultaneous aerobic and cognitive training on executive functions, cardiovascular fitness and functional abilities in older adults with mild cognitive impairment. *Mental Health and Physical Activity*, 15, 78–87. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.06.001>

Correia, R. L. (2017). O ecomapa na prática terapêutica ocupacional: Uma ferramenta para o mapeamento das percepções sobre a participação nas redes sociais de suporte. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional (Revisbrato)*, 1(1), 67–87.

Cossio Zuluaga, M., Echeverri Mesa, S. P., García Valencia, J. A., & Rodríguez Bustamante, A. (2020). La metáfora en terapia familiar: Fundamentos para la intervención. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 35(35), 80–106. <https://doi.org/10.18566/rfts.v35n35.a05>

Daniels, R., van Rossum, E., Beurskens, A., van den Heuvel, W., & de Witte, L. (2012). The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. *BMC Public Health*, 12(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-69>

da Silva, R. A. C. P. (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: O contributo do enfermeiro de família* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. [Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias com Uma Pessoa Dependente: O Contributo do Enfermeiro de Família - ProQuest](#)

da Silva-Ferreira, T., Ferreira-Costa, J., Bento Marques, G. G., Bartholomeu, D., & Montiel, J. M. (2021). Cognição e indicadores de sintomas depressivos em pessoas idosas. *Amazônia Science and Health*, 9(1). <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v9n1p2-13>

Davou, B., & Widdershoven-Zervakis, M. (2004). Effects of mourning on cognitive processes. *Educational and Child Psychology*, 21(3), 61-76. [The death of a person significant in one's life is above everything else a break in attachment](#)

de Araújo, H. V. S., Meira, A. do C. de A. P., Bem, P. H. do N., dos Anjos, R. de C. C. B. L., Belo, R. M. de O., Bezerra, S. M. M. da S., & de Saturno, M. R. S. (2021). Qualidade de vida de pacientes em tratamento com anticoagulante oral. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(3), e6626. <https://doi.org/10.25248/reas.e6626.2021>

de Freitas, D., Ribeiro, K., Campos de Oliveira, J. L., Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos, F., Rodrigues da Silva Carvalho, A., & Ross, C. (2017). Diagnósticos de enfermagem entre usuários de anticoagulante oral acompanhados em ambulatório. *Revista Baiana de Enfermagem* 31, (3). <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i3.20356>

Decreto-Lei n.º 437/1991, de 8 de novembro do Ministério da Saúde (1991). Diário da República: I série A, nº257. [Decreto-Lei n.º 437/91 | DR](#)

Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto do Ministério da Saúde (2007). Diário da República: I série, nº161. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/298-2007-640665>

Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto do Ministério da Saúde (2014). Diário da República: I série, nº149. [Decreto-Lei n.º 118/2014 | DR](#)

Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho do Ministério da Saúde (2017). Diário da República: I série, nº117. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>

Decreto-Lei nº 23/2019, de 30 de janeiro da Presidência de Conselho de Ministros (2019). Diário da República: I série, nº21. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2019-118813666>

Decreto-Lei n.º 84-E/2022, de 14 de dezembro da Presidência do Conselho de Ministros (2022). Diário da República: I série, nº239. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/12/23901/0000200008.pdf>

Decreto-lei nº 102/2023, de 7 de novembro do Ministério da Saúde (2023a). Diário da República: I série, nº215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/102-2023-223906278>

Decreto-lei nº 103/2023, de 7 de novembro do Ministério da Saúde (2023b). Diário da República: I série, nº215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/215-2023-223906275>

del Duca, G. F. (2009). Como está a independência dos idosos para a realização de atividades da vida diária? *Revista de Saúde Pública*, 43(5), 796–805. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009010600001>

Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA]. (2024). *Boletim Epidemiológico Observações: Quedas em pessoas idosas em Portugal: uma abordagem epidemiológica a partir dos dados de 2023 do sistema EVITA*. [Index](#)

[das Revistas Médicas Portuguesas destaca artigo publicado no Boletim Epidemiológico Observações - INSA](#)

Despacho Normativo nº10/2007 de 26 de janeiro do Ministério da Saúde (2007). Diário da República: II série, nº 19. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/10-2007-2860760>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento saudável 2017–2025: Proposta de grupo de trabalho interministerial*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2021). *Plano nacional de saúde 2021–2030: Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>

Doornebosch, A. J., Smaling, H. J. A., & Achterberg, W. P. (2022). Interprofessional Collaboration in Long-Term Care and Rehabilitation: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(5), 764-777.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.028>

Dorner, T. E. (2024). Advances in clinical gerontology: From healthy longevity to prevention of care needs. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 136(17–18), 485–487. <https://doi.org/10.1007/s00508-024-02413-6>

Du, W.-Y., Yin, C.-N., Wang, H.-T., Li, Z.-W., Wang, W.-J., Xue, F.-Z., Zhao, L., & Cao, W.-C. (2021). Infectious diseases among elderly persons: Results from a population-based observational study in Shandong province, China, 2013-2017. *Journal of Global Health*, 11, 08010. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.08010>

Epstein, A. M. (1987). The emergence of geriatric assessment units. *Annals of Internal Medicine*, 106(2), 299. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-106-2-299>

Esra Ergül, E., & Alkan Melikoğlu, M. (2022). A quantitative assessment of the risk of falls in rheumatoid arthritis patients and determination of the risk factors. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68(2), 271–277. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2022.7868>

European Commission [Eurostat]. (2024). *Household composition statistics: Statistics explained*. [29071.pdf](#)

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. LUSOCIÊNCIA.

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

Figueiredo, M. H. (2023a). A família e a experiência de doença. Em *Enfermagem de saúde familiar* (1ª ed., pp. 212–221). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H. (2023b). Os fundamentos do pensamento sistémico. Em *Enfermagem de saúde familiar* (1ª ed., pp. 68–76). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023). Rituais terapêuticos. Em *Enfermagem de saúde familiar* (1ª ed., pp. 443–444). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vítor, C. (2023a). Genograma e psicofigura de Michell. Em *Enfermagem de saúde familiar* (1ª ed., pp. 344–346). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vítor, C. (2023b). Escala de Graffar. Em *Enfermagem de saúde familiar* (1ª ed., pp. 353–356). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Isolement social et solitude: Les nouveaux géants gériatriques. *Canadian Family Physician*, 66(3), 78–85. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8302349/>

Frericks, P., & Gurín, M. (2023). Family as a redistributive principle of welfare states: An international comparison. *Journal of European Social Policy*, 33(1), 52–66. <https://doi.org/10.1177/09589287221115670>

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>

Fukumori, M., Kikuchi, T., Zhou, Y., Hattori, S., & Kudo, T. (2024). Network meta-analysis of the effectiveness of psychotherapies with or without medication for treating adult depression. *Acta Neuropsychiatrica*, 36(6), 423–437. <https://doi.org/10.1017/neu.2024.45>

- Fuino, M., Rudnytskyi, I., & Wagner, J. (2020). On the characteristics of reporting ADL limitations and formal LTC usage across Europe. *European Actuarial Journal*, 10(2), 557–597. <https://doi.org/10.1007/s13385-020-00242-1>
- Gates, N., & Valenzuela, M. (2010). Cognitive exercise and its role in cognitive function in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 20–27. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0085-y>
- Gimm, G., Pomeroy, M. L., Galiatsatos, P., & Cudjoe, T. K. M. (2023). Examining the association of social isolation and smoking in older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 42(11), 2261–2267. <https://doi.org/10.1177/07334648231180786>
- Gómez Aguirre, N., Caudevilla Martínez, A., Bellostas Muñoz, L., Crespo Avellana, M., Velilla Marco, J., & Díez-Manglano, J. (2017). Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. *Revista Clínica Española*, 217(5), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2016.12.013>
- Gonzalez-Moreno, J., Satorres, E., Soria-Urios, G., & Meléndez, J. C. (2022). Cognitive Stimulation Program Presented Through New Technologies in a Group of People with Moderate Cognitive Impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*, 88(2), 513–519. <https://doi.org/10.3233/JAD-220245>
- Gössling, S., Cohen, S. A., & Hibbert, J. F. (2018). Turismo como conectividade. *Questões atuais em turismo*, 21(14), 1586–1600. <https://doi.org/10.1080/13683500.2016.1157142>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças: Saúde e cura para a pessoa e família*. Lusodidacta.

Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [GESI]. (2023). *Avaliação do idoso: Um guia prático para a consulta de medicina geral e familiar 2023*. [Guia de Avaliação do Idoso \(GAI\) - APMGF](#)

Hartman, A. (1978). Diagrammatic assessment of family relationships. *Social Casework*, 59(8), 465–476. <https://doi.org/10.1177/104438947805900803>

Hintz, H. C. (2001). Novos tempos, novas famílias? Da modernidade à pós-modernidade. *Pensando Famílias*, 3, 8–19. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.12933.24804>

Holden, M. K., Gill, K. M., Magliozzi, M. R., Nathan, J., & Piehl-Baker, L. (1984). Clinical gait assessment in the neurologically impaired. *Physical Therapy*, 64(1), 35–40. <https://doi.org/10.1093/ptj/64.1.35>

Hou, B., Wu, Y., & Huang, Y. (2024). Physical exercise and mental health among older adults: The mediating role of social competence. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1385166>

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

International Family Nursing Association [IFNA]. (2017). *IFNA position statement on advanced practice nursing competencies*. <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/>

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022a). *Agregados domésticos privados (N.º) por local de residência (à data dos Censos 2021) e*

dimensão (agregado doméstico privado).
<https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011538>

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022b). *Indivíduos com dificuldades (N.º) nos agregados domésticos privados por local de residência (à data dos Censos 2021) e grupo etário*.
<https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011683>

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2023a). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*.
<https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2023b). *Censos 2021: O que nos dizem os Censos sobre as estruturas familiares*. INE.
<https://www.ine.pt/xurl/pub/66321126>

Jesus, I. T. M. de, Orlandi, A. A. dos S., Grazziano, E. da S., & Zazzetta, M. S. (2017). Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(6), 614–620.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>

Jolliffe, C. E. (2024). *Ritual as a therapeutic vehicle in family therapy: An action research project to explore and develop practice* [Doctoral dissertation, University of Essex]. University of Essex & Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. [Thesis Carol Jolliffe - upload.pdf](#)

Junior, E., Araújo, E., Evangelista, D., Rezende, F., Netto, L., Osório, N., & Nunes, D. (2019). Relação das condições de vida e saúde sobre a fragilidade em idosos. *Humanidade e Inovação*, 6(11), 76–87.
[RELAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE SOBRE A FRAGILIDADE EM IDOSOS | Humanidades & Inovação](#)

Kang, J. (2019). Do extended family members protect children from disadvantaged neighborhoods? Focusing on behavioral problems of children. *Child & Youth Care Forum*, 48(3), 427–447. <https://doi.org/10.1007/s10566-019-09489-6>

Katz, S. (1963). Studies of illness in the aged. *JAMA*, 185(12), 914. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

Kelly, P. J., Lemmens, R., & Tsivgoulis, G. (2021). Inflammation and Stroke Risk: A New Target for Prevention. *Stroke*, 52(8), 2697–2706. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.034388>

Kim, Y., Gim, G., Oh, J., & Kim, J. (2024). Um estudo sobre as características de preferência habitacional de famílias unipessoais: Com foco em uma comparação entre os jovens e as pessoas de meia-idade de Seul. In *IA e metaverso* (Vol. 2, pp. 49–59). Springer. [Um estudo sobre as características de preferência habitacional de famílias unipessoais - com foco em uma comparação entre jovens e pessoas de meia-idade de Seul- | SpringerLink](#)

Kirkpatrick, D. L. (1959). Techniques for evaluating training programs. *Journal of American Society of Training Directors*, 13(11), 21–26. [Kirkpatrick, D. L. \(1959\). Techniques for Evaluation Training Programs. Journal of the American Society of Training Directors, 13, 21-26. - References - Scientific Research Publishing](#)

Kirkpatrick, J., & Kirkpatrick, W. (february, 2015). The four levels of evaluation – An update. *Learning and Development*, 32. [The Four Levels of Evaluation | SpringerLink](#)

Kogan, I. (2007). *The struggle against mourning* (1st ed.). Jason Aronson. [The Struggle Against Mourning - Ilany Kogan - Google Livros](#)

Ladecola, C., & Gottesman, R. F. (2019). Neurovascular and Cognitive Dysfunction in Hypertension. *Circulation Research*, 124(7), 1025–1044. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313260>

Laurent, L., Koskas, P., Estrada, J., Sebbagh, M., Lacaille, S., Raynaud-Simon, A., & Lilamand, M. (2023). Tinetti balance performance is associated with mortality in older adults with late-onset Parkinson's disease: a longitudinal study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03776-7>

Lavedàn, A., Viladrosa, M., Jürschik, P., Botigué, T., Nuín, C., Masot, O., & Lavedàn, R. (2018). Fear of falling in community-dwelling older adults: A cause of falls, a consequence, or both? *PLOS ONE*, 13(3), e0194967. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194967>

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*, 9(3 Part 1), 179–186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179

Li, H., Jin, N., & Zhang, L. (2022). Construction of Health Education Competency Model for Nurses Based on Fuzzy Comprehensive Evaluation Method and Fuzzy Cluster Analysis Method. *Mathematical Problems in Engineering*, 2022, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2022/3241844>

Lichtenberg, J. D. (2009). The Clinical Power of Metaphoric Experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 29(1), 48–57. <https://doi.org/10.1080/07351690802247047>

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the

Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

Loureiro, M. H. V. S. (2004). *Validação do mini-nutritional assessment em idosos internados*. [Tese de licenciatura, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54683>

Lourenço, M., Carli, F., & de Assis, M. (2018). Characterization of falls in adults with established rheumatoid arthritis and associated factors. *Advances in Rheumatology*, 58(1), 16.
<https://doi.org/10.1186/s42358-018-0021-0>

Lourenço, M., Roma, I., & Assis, M. (2015). Correlação entre instrumentos de avaliação da funcionalidade e equilíbrio em pacientes com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 29(3), 345–353. <https://doi.org/10.1590/1807-55092015000300345>

Lourenço, R. A., Moreira, V. G., Banhato, E. F. C., Guedes, D. V., Silva, K. C. A. da, Delgado, F. E. da F., & Marmora, C. H. C. (2019). Prevalência e fatores associados à fragilidade em uma amostra de idosos que vivem na comunidade da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil: Estudo FIBRA-JF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 35–44. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29542016>

Lu, P., Kezios, K., Yaffe, K., Kim, S., Zhang, A., Milazzo, F. H., & Zeki Al Hazzouri, A. (2023). Depressive symptoms mediate the relationship between sustained food insecurity and cognition: a causal mediation analysis. *Annals of Epidemiology*, 81, 6-13.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2023.02.009>

Luis-Pérez, C., Hernández-Ruiz, À., Merino-López, C., & Niño-Martín, V. (2021). Factores de riesgo asociados a desnutrición en personas mayores que viven en la comunidad: una revisión rápida [Risk factors associated with malnutrition of community-dwelling older

adults: A rapid review]. *Revista espanola de geriatria y gerontologia*, 56(3), 166–176.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.02.008>

Mackenzie, L. (2019). *Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST) manual*. [The University of Sydney]. [Home Falls and Accidents Screening Tool \(HOME FAST\) Manual](#)

Manfredi, G., Midão, L., Paúl, C., Cena, C., Duarte, M., & Costa, E. (2019). Prevalence of frailty status among the European elderly population: Findings from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. *Geriatrics & gerontology international*, 19(8), 723–729.
<https://doi.org/10.1111/ggi.13689>

Marques-Vieira, C. M. A., Sousa, L. M. M. de, Sousa, L. M. R. de, & Berenguer, S. M. A. C. (2018). Validation of the Falls Efficacy Scale – International in a sample of Portuguese elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(supl 2), 747–754. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0497>

McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2020). *Genograms: Assessment and treatment* (4th ed.). W. W. Norton & Company. [Genograms: Assessment and Treatment - Monica McGoldrick, Randy Gerson, Sueli Petry - Google Livros](#)

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1).
<https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. H., & Schumacher, K. (2010). Transition theory. Em A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–83). Springer Publishing Company.
<https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mendes, G. B., Cruz, M. P. da, Sousa, H. S. de, Carvalho, M. M. R., Melo, B. G. de, & Soares, M. I. (2024). Sistematização da assistência de enfermagem: Percepção de uma equipe multiprofissional na atenção primária à saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 38. <https://doi.org/10.18471/rbe.v38.52136>

Meng, M., Ma, Z., Zhou, H., Xie, Y., Lan, R., Zhu, S., Miao, D., & Shen, X. (2024). The impact of social relationships on the risk of stroke and post-stroke mortality: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 2403. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19835-6>

Milcent, C. (2024). Frailty Indicator over the Adult Life Cycle as a Predictor of Healthcare Expenditure and Mortality in the Short to Midterm. *Healthcare*, 12(20), 2038. <https://doi.org/10.3390/healthcare12202038>

Miller, S. D., Hubble, M. A., & Chow, D. (2018). The question of expertise in psychotherapy. *Journal of Expertise*, 1(2), 1–9. https://www.journalofexpertise.org/articles/JoE_2018_1_2_MillerHubbleChow_earlyview.pdf

Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2010). Cut-off scores in MMSE: a moving target? *European Journal of Neurology*, 17(5), 692–695. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2009.02907.x>

Morley, J. E. (2018). An Overview of Cognitive Impairment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(4), 505–513. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.003>

Muniz, J. R., & Eisenstein, E. (2009). Genograma: Informações sobre família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 72–79. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100010>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>.

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [GERMI]. (2020). *Avaliação geriátrica*. https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/02/GERMI_36.pdf

Oliveira, D. S. de, Lima, M. P., Ratto, C. G., Rossi, T., Baptista, R. R., & Irigaray, T. Q. (2020). Avaliação de bem-estar psicológico e sintomas depressivos em idosos saudáveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(1), 187–204. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.50796>

Oliveira, J. F. de, Oliveira, A. M. N. de, Barlem, E. L. D., & Lourenção, L. G. (2021). The vulnerability of the family: Reflections about human condition. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0412>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10464/codigodeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016a). *Regulamento da formação profissional da Ordem dos Enfermeiros* [Versão 1]. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10465/regulamento-formacao-profissional.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016b). *Enfermagem de reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfereabilitacao_vf.pdf

Organização das Nações Unidas [ONU]. (2017). *Living arrangements of older persons: A report on an expanded international dataset*. Department of Economic and Social Affairs: Population Division. [Microsoft Word - Living Arrangements of Older Persons - Draft report - 29 Dec 2017 clean.docx](#)

Organização das Nações Unidas [ONU]. (2020). *World population ageing 2020: Highlights*. Department of Economic and Social Affairs. [World population ageing 2020 :](#)

Organização das Nações Unidas [ONU]. (2024). *World population perspectives 2024*. Department of Economic and Social Affairs: Population Division. [Perspectivas da população mundial](#)

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2019). *Envelhecimento*. https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2020). *Portugal: Country case study on the integrated delivery of long-term care*. [Country case study on the integrated delivery of long-term care: Portugal](#)

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2022). *Ageing and health*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. (2020). *Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030*.
<https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel>

Pacheco Guzmán, M. A., Reales Chacón, L. J., Fernández Soto, G. F., Villacís Villacís, R. I., & Quishpe Barroso, S. A. (2024). Otago exercises adapted to balance to manage the risk of falls in the elderly. *Ibero-American Journal of Health Science Research*, 4(s), 190–195. <https://doi.org/10.56183/iberojhr.v4is.693>

Pacheco, R., Silva, R., Costa, T., Almeida, A., & Amado, J. (2020). Risk factors for malnutrition in older adults: a systematic review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(13), 69–78.
<https://doi.org/10.29352/mill0213.07.00332>

Park, H.-J., Thapa, N., Bae, S., Yang, J.-G., Choi, J., Noh, E.-S., & Park, H. (2024). Association between Physical Function, Mental Function and Frailty in Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine*, 13(11), 3207.
<https://doi.org/10.3390/jcm13113207>

Pereira, R. (2018). *The mourning family: Diagnosis and systemic intervention in dysfunctional family grief* (pp. 221–237).
https://doi.org/10.1007/978-3-319-78521-9_15

Perseguino, M. G., Horta, A. L. de M., & Ribeiro, C. A. (2017). The family in face of the elderly's reality of living alone. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2), 235–241. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0398>

Petiz, E. (2001). *Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti – versão adaptada*. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
<https://ccfmuc09.files.wordpress.com/2012/11/mime-attachment.pdf>

Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, 10(18).
<https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The Timed “Up & Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>

Portaria nº1368/2007 do Ministério da Saúde (2007). Diário da República: I Série, nº201.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123>

Puspitasari, E., & Mulyono, M. (2022). Computer-based nursing care intervention information system design. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 4(2), 343–352.
<https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/IJGHR/article/view/1170>

Qi, X., Malone, S. K., Pei, Y., Zhu, Z., & Wu, B. (2023). Associations of social isolation and loneliness with the onset of insomnia symptoms among middle-aged and older adults in the United States: A population-based cohort study. *Psychiatry Research*, 325, 115266.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115266>

Ramos, F. P., Silva, S. C. da, Freitas, D. F. de, Gangussu, L. M. B., Bicalho, A. H., Sousa, B. V. de O., Rametta, Z. M. de J., Rametta, F. de J., Rametta, F. de J., Rametta, L. P. M., Nascimento, C. I. C., Santos, S. H. S., & Guimarães, T. A. (2019). Fatores associados à

depressão em idoso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 19, e239.
<https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>

Regulamento nº 367/2015, Ministério da Saúde (2015). Diário da República: I série, n.º 124.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

Regulamento nº 428/2018 do Ministério da saúde (2018). Diário da República: II série, n.º 135
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Regulamento n.º 140/2019, Ministério da Saúde. (2019a). Diário da República: II série nº 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº743/2019, Ministério da Saúde (2019b). Diário da República: II série, nº184.
<https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

República Portuguesa – XXIV Governo Constitucional. (2024). *Plano de Ação Envelhecimento Ativo e Saudável (2023-2026)*. Conselho Português para a Saúde e Ambiente. [Plano de Ação Envelhecimento Ativo e Saudável \(2023 – 2026\) - Conselho Português para a Saúde e Ambiente](#)

Ribeiro, A. (2023). *Métodos em demografia* (1st ed.). ISPUP.
[METODOS EM DEMOGRAFIA.pdf](#)

Ribeiro, G. C. de M., Barros, G. F., Machado, J. P. B., Alves, J. P. F. de O., & Attoni, V. A. M. (2023). *Artrite reumatoide: uma revisão narrativa*. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(11), 4022–4037. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i11.12712>

Rocha, R., Fernandes, S. M., & Santos, I. M. (2023). The Importance of Technology in the Combined Interventions of Cognitive Stimulation and Physical Activity in Cognitive Function in the Elderly: A Systematic Review. *Healthcare*, 11(17), 2375. <https://doi.org/10.3390/healthcare11172375>

Rodrigues, C. M. da N. C. (2020). *Famílias com pessoas dependentes no autocuidado: Implicações para o enfermeiro de família* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/94711>

Rodrigues, E. F. S., da Silva, T. S., Pinto, R. G. S., Lino, M. R. B., da Silva, F. M., & Lemos, M. H. da S. (2024). O papel da família na promoção do envelhecimento saudável em idosos: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 7(14), e14940. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.940>

Rodrigues, F., Teixeira, J. E., & Forte, P. (2023). *The reliability of the Timed Up and Go test among Portuguese elderly*. *Healthcare*, 11(7), 928. <https://doi.org/10.3390/healthcare11070928>

Rubenstein, L. Z., Harker, J. O., Salva, A., Guigoz, Y., & Vellas, B. (2001). Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(6), M366–M372. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.M366>

Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). *Developing a measure of loneliness*. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290–294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11

Saenz, J., & Avila, J. C. (2023). Late-life food insecurity and cognition: exploring timing, duration, and mechanisms among older Mexican adults. *BMC Geriatrics*, 23(1), 788. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04497-7>

Sánchez-García, S., García-Peña, C., Ramírez-García, E., Moreno-Tamayo, K., & Cantú-Quintanilla, G. R. (2019). *Decreased autonomy in community-dwelling older adults*. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 2041–2053. <https://doi.org/10.2147/CIA.S225479>

Santos, R. de P., Gonçalves, A. M., Pereira, B. C., Caliar, T. M., Araujo, W. C. T., Sirineu, D. P., & Weeks, L. E. (2019). *Elderly people living alone*. *Fisioterapia Brasil*, 20(3), 448–459. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i3.2742>

Santos, Y. N. dos, & Cândido, A. D. S. C. (2017). *Relação entre os sinais de fragilidade e a capacidade do idoso viver só*. *ID on line revista de psicologia*, 11(35), 463–478. <https://doi.org/10.14295/online.v11i35.749>

Schlunegger, M. C., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2023). Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11–12), 2521–2532. <https://doi.org/10.1111/jocn.16382>

Scura, D., & Munakomi, S. (2023). *Tinetti gait and balance test*. Em *StatPearls* (StatPearls Publishing). <https://europepmc.org/abstract/med/12345678>.

Seisdodos, C. A., Farina, R. M., & Florian, F. (2024). *Sistemas de informação na área da saúde*. *Revista Ft*, 54–55. <https://doi.org/10.69849/revistaft/ni10202410032154>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS]. (2020). *BI-CSP: Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. [BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – SPMS](#)

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). (2024). *SClínico-CSP®: Processo de enfermagem – manual de utilizador* (Versão 4.0.5). Lisboa. [SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde](#)

Shorey, S., & Lopez, V. (2021). Self-Efficacy in a Nursing Context. In *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research* (pp. 145–158). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_12

Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11–36. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x>

Silva, R. (2021). Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias com uma Pessoa Dependente: o Contributo do Enfermeiro de Família [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. <http://hdl.handle.net/10198/24760>

Silva, P. C. da, Borges, L. F., Possamai, V. D., & Gonçalves, A. K. (2022). *Exercícios físicos para idosos caídores: Uma revisão de ensaios clínicos randomizados*. *Research, Society and Development*, 11(12), e231111234576. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34576>

Sousa-Santos, A. R., Afonso, C., Moreira, P., Padrão, P., Santos, A., Borges, N., & Amaral, T. F. (2018). Weakness: The most frequent criterion among pre-frail and frail older Portuguese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74, 162–168. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.10.018>

Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de família. Em *Enfermagem de saúde familiar* (1ª ed., p. 92). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Suijker, J. J., Buurman, B. M., van Rijn, M., van Dalen, M. T., ter Riet, G., van Geloven, N., de Haan, R. J., Moll van Charante, E. P., & de Rooij, S. E. (2014). A simple validated questionnaire predicted functional decline in community-dwelling older persons: prospective cohort studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(10), 1121–1130. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.05.014>

Sun, B., Zhao, Y., Lu, W., & Chen, Y. (2021). The Relationship of Malnutrition With Cognitive Function in the Older Chinese Population: Evidence From the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey Study. *Frontiers in aging neuroscience*, 13, 766159. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.766159>

Tan, S., Liu, D., Zhang, Y., Li, S., Zhang, K., Tang, Z., & Zuo, H. (2024). *Loneliness, living alone, and risk of cardiovascular disease among older adults in China. The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 79(5). <https://doi.org/10.1093/gerona/glae079>

Tay, D. (2010). Revisiting metaphor types as discourse strategies: the case of psychotherapeutic discourse. *Text & Talk - An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse & Communication Studies*, 30(4), 445–463. <https://doi.org/10.1515/text.2010.022>

Teixeira, A. L., Gregg, A., Gentry, M. T., Gujral, S., Rapp, E., Oberlin, L., Ajilore, O., Weisenbach, S., & Patrick, R. (2025). Cognitive Deficits in Late-Life Depression: From Symptoms and Assessment to Therapeutics. *Focus*, 23(2), 183–194. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20240046>

- Tinetti, M. E. (1986). Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(2), 119–126. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>
- Vale, P. M., Lontra, V. A. M., Ramos, M. A., Souza, M. J. C., Nemer, C. R. B., & Menezes, R. A. D. O. (2020). Principais fatores de riscos relacionados a queda em idosos e suas consequências: Revisão integrativa. *Pubsaúde*, 3. <https://doi.org/10.31533/pubsaude3.a039>
- van As, B. A. L., Imbimbo, E., Franceschi, A., Menesini, E., & Nocentini, A. (2022). The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 34(7), 657–669. <https://doi.org/10.1017/S1041610221000399>
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 50, 102963. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>
- Velloso, G. R. (2008). Rigidez articular. *Universitas: Ciências da Saúde*, 3(1). <https://doi.org/10.5102/ucs.v3i1.550>
- Vicku, C. D. M., Sampah, S. N. A., Amoanyi, R., Mensah, E. F., & Jnr, A.-A. (2025). Collectivism and continuity: a ceramic composition as a metaphorical persuasion for extended family cohesion. *Cogent Arts & Humanities*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/23311983.2024.2444771>
- Vítor, C., Amaral, M., & Figueiredo, M. H. (2023). Redes sociais: Características e funções. Em *Enfermagem de saúde familiar* (1ª ed., pp. 137–139). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Williams, L., & Auburn, T. (2016). Accessible polyvocality and paired talk: how family therapists talk positive connotation into being. *Journal of Family Therapy*, 38(4), 535–554. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12096>
- 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>
- Wolin, S. J., & Bennett, L. A. (1984). Family rituals. *Family Process*, 23(3), 401–420. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1984.00401.x>
- Woo, J.-H., & Bae, S.-M. (2021). Influence of Health-Related Status and Social Activities on Depressive Symptoms in Korean Older Adults Who Live Alone. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(2), 25–30. <https://doi.org/10.3928/02793695-20201203-01>
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. (6^a ed.). FA Davis.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zhang, M., Zhu, Y., & Zhu, Z. (2024a). Research advances in the influence of lipid metabolism on cognitive impairment. *Ibrain*, 10(1), 83–92. <https://doi.org/10.1002/ibra.12018>

Zhang, Y., Liu, M., Zhou, C., Ye, Z., Zhang, Y., Yang, S., He, P., Gan, X., & Qin, X. (2024b). Social isolation, loneliness, and the risk of incident type 2 diabetes mellitus by glycemic status. *Diabetes & Metabolism*, 50(2), 101517. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2024.101517>

Zeki Al Hazzouri, A., Caunca, M. R., Nobrega, J. C., Elfassy, T., Cheung, Y. K., Alperin, N., Dong, C., Elkind, M. S. V., Sacco, R. L., DeCarli, C., & Wright, C. B. (2018). Greater depressive symptoms, cognition, and markers of brain aging. *Neurology*, 90(23). <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005639>

Zhou, Y., Zhou, L., Fu, C., Wang, Y., Liu, Q., Wu, H., Zhang, R., & Zheng, L. (2015). Socio-economic factors related with the subjective well-being of the rural elderly people living independently in China. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0136-4>

Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistémica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva (Erechim)*, 36(136), 133–142. [terapia-familiar-sistmica-apostila03.pdf](http://www.terapia-familiar-sistmica-apostila03.pdf)

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Graffar adaptado

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso e máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ____/____/____
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (si Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior de duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (> 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ▲ ▼ 13	8 ▲ ▼ 10	4 ▲ ▼ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ____/____/____
3	- Pequ. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ____/____/____
4	- Pequ. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ____/____/____
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabituação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13 ▲ ▼ 15	V CLASSE BAIXA DATA ____/____/____

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

ANEXO II – Escala de Tinnetti de E1

E1

POMA I
(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)
AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO
TESTE DE TINETTI

EQUILIBRIO ESTÁTICO

CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO
0 – inclina – se ou desliza na cadeira
1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira
2 – estável, seguro
2. LEVANTAR –SE
0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio
1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa
2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços
3. EQUILÍBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)
0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)
1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
2 – estável sem qualquer tipo de ajudas
4. EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS
0 – instável
1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio
2 – pés próximos e sem ajudas
5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)
0 – começa a cair
1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza
2 – estável
6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO
0 – instável
1 – estável
7. VOLTA DE 360° (2 vezes)
0 – instável (agarra – se, vacila)
1 – estável, mas dá passos descontínuos
2 – estável e passos contínuos
8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)
0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto
1 – aguenta 5 segundos de forma estável
9. SENTAR-SE
0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
1 – usa os braços ou movimento não harmonioso
2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: 15 / 16

E₁

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)
0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
☒ 1 – sem hesitação
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
☒ 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)
0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
☒ 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
☒ 1 – ultrapassa o pé direito em apoio
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
☒ 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo
15. SIMETRIA DO PASSO
0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
☒ 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico
16. CONTINUIDADE DO PASSO
0 – pára ou dá passos descontínuos
☒ 1 – passos contínuos
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)
0 – desvia-se da linha marcada
1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
☒ 2 – sem desvios e sem ajudas
18. ESTABILIDADE DO TRONCO
0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
☒ 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha
19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA
0 – calcanhares muito afastados
☒ 1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: 12 / 12

Pontuação total: 27 / 28

Fonte: Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY (with permission)

ANEXO III – Mini Nutritional Assessment (MNA) de E1

E1

Mini Nutritional Assessment MNA®

Apelido: _____ Nome: E1

Sexo: _____ Idade: _____ Peso, kg: _____ Altura, cm: _____ Data: _____

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão 2

B Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso 2

C Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal 2

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim 2 = não 2

E Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos 0

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])

0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 2

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 2 2

12-14 pontos: estado nutricional normal
8-11 pontos: sob risco de desnutrição
0-7 pontos: desnutrido
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

J Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições 2

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim ☐ não ☒
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim ☐ não ☒
- carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☐ não ☒

0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0,5 = duas respostas «sim»
1,0 = três respostas «sim» 2 0

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 = não 1 = sim 0

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0,0 = menos de três copos
0,5 = três a cinco copos
1,0 = mais de cinco copos 0 0

N Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade 2

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional 1

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

0,0 = pior
0,5 = não sabe
1,0 = igual
2,0 = melhor 0 0

Q Perímetro braquial (PB) em cm

0,0 = PB < 21
0,5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1,0 = PB > 22 2 0

R Perímetro da perna (PP) em cm

0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31 1

Avaliação global (máximo 16 pontos) 0 2 0

Pontuação da triagem 2 2 0

Pontuação total (máximo 30 pontos) 1 2 0

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

1 = sim 0 = não 1

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim 1 = não 1

I Lesões de pele ou escaras?

0 = sim 1 = não 1

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; **56A**: M366-377.
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009, N67200 12/99 10M

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	☐	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	☒	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	☐	desnutrido

ANEXO IV – Escala de Tinnetti de A3

A3

POMA I
(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)
AValiação DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINAMICO
TESTE DE TINETTI

EQUILIBRIO ESTÁTICO

CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

- 0 – inclina – se ou desliza na cadeira
- 1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira
- 2 – estável, seguro

2. LEVANTAR –SE

- 0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio
- 1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa
- 2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILÍBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

- 0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)
- 1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
- 2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

4. EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

- 0 – instável
- 1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio
- 2 – pés próximos e sem ajudas

5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

- 0 – começa a cair
- 1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza
- 2 – estável

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

- 0 – instável
- 1 – estável

7. VOLTA DE 360° (2 vezes)

- 0 – instável (agarra – se, vacila)
- 1 – estável, mas dá passos descontínuos
- 2 – estável e passos contínuos

8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

- 0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto
- 1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. SENTAR-SE

- 0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
- 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso
- 2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: 10 / 16

A₃

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)
 - 0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
 - 1 – sem hesitação
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)
 - 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
 - 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)
 - 0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
 - 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)
 - 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
 - 1 – ultrapassa o pé direito em apoio
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)
 - 0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
 - 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo
15. SIMETRIA DO PASSO
 - 0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
 - 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico
16. CONTINUIDADE DO PASSO
 - 0 – pára ou dá passos descontínuos
 - 1 – passos contínuos
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)
 - 0 – desvia-se da linha marcada
 - 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
 - 2 – sem desvios e sem ajudas
18. ESTABILIDADE DO TRONCO
 - 0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
 - 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
 - 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha
19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA
 - 0 – calcanhares muito afastados
 - 1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: 5 / 12

Pontuação total: 15 / 28

Fonte: Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY (with permission)

ANEXO V - Mini Nutritional Assessment (MNA) de A3

A3

Mini Nutritional Assessment MNA®

Apelido: _____ Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Peso, kg: _____ Altura, cm: _____ Data: _____

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão []

B Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso []

C Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal []

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim 2 = não []

E Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos []

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])

0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 []

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) [] []

12-14 pontos: estado nutricional normal
8-11 pontos: sob risco de desnutrição
0-7 pontos: desnutrido
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

J Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições []

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim [] não [X]
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim [] não [X]
- carne, peixe ou aves todos os dias? sim [] não [X]

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim» [] []

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 = não 1 = sim []

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos [] []

N Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade []

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional []

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor [] []

Q Perímetro braquial (PB) em cm

0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB < 22
1.0 = PB ≥ 22 [] []

R Perímetro da perna (PP) em cm

0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31 []

Avaliação global (máximo 16 pontos) [] [] []

Pontuação da triagem [] [] []

Pontuação total (máximo 30 pontos) [] [] []

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)?

1 = sim 0 = não []

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim 1 = não []

I Lesões de pele ou escaras?

0 = sim 1 = não []

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	☐	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	☐	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	☒	desnutrido

Referências:
1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging. 2006; 10:456-465.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol. 2001; 56A: M366-377.
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006; 10:466-487.
4. Société des Produits Nestlé. R. A. Nestlé. Suisse. Nestlé Nutrition Institute.

Família Extensa

Os elementos da família extensa com os quais tem um vínculo forte são B2 e Cr2. Com A2 mantém vínculo moderado e com as irmãs e cunhada o vínculo é fraco, com contactos raros e esporádicos. C2 tem com Cr2 e B2 contacto pessoal e telefónico semanal, cuja relação tem as funções de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviço. Com A2 tem contacto telefónico e pessoal quinzenal e uma relação de apoio emocional, guia cognitivo e conselhos e regulação social.

Sistemas mais amplos

O Ecomapa da família 2, representado em seguida na Figura, mostra que C2 só tem vínculos fortes com os filhos. O vínculo moderado com os serviços de saúde poderá constituir uma força desta família.

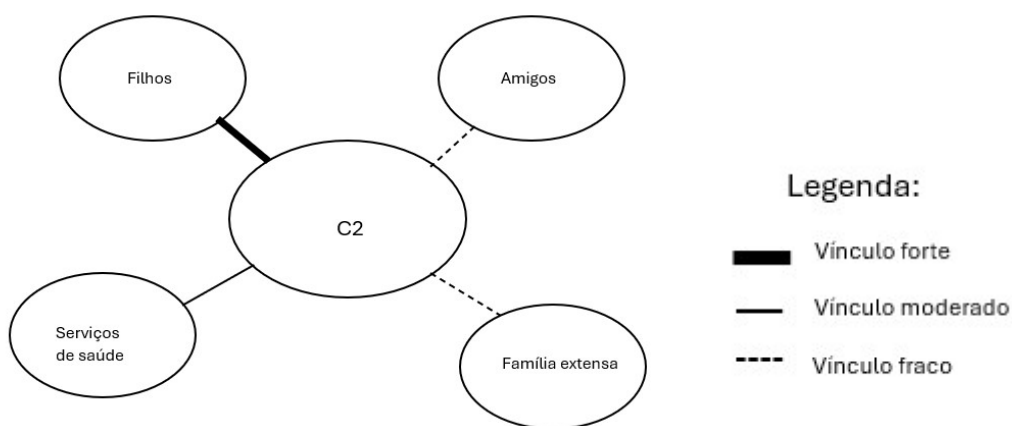


Figura – Ecomapa da família 2

Classe Social

A pontuação obtida na escala de Graffar (Profissão – 4, Instrução – 4, Origem do rendimento familiar – 3, Tipo de habitação – 3, Local de residência – 3), perfazendo um total de 17 pontos, indica que a família tem como posição social a Classe Média.

Dimensão Estrutural

Relativamente à avaliação das áreas de atenção relativas às dimensões operativas próprias da Dimensão Estrutural (Rendimento Familiar–3 e Conhecimento e capacidade Demonstrada sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares, Edifício Residencial–3 e Higiene da Habitação Presente: realizada por empregada de limpeza 2X semana, Abastecimento de Água - rede pública e Animal Doméstico – inexistente). A Precaução de Segurança, encontrava-se comprometida devido à presença de barreiras arquitetónicas no edifício e desconhecimento acerca das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. A residência não tem gás e dispõe de aquecimento local elétrico, demonstrando E1 conhecimento acerca da sua utilização. Deste modo, foram enunciados os diagnósticos: **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado e Abastecimento de Água Adequado**, que constituem recursos e forças da família. Por outro lado, o diagnóstico **Precaução de Segurança Não Demonstrada** manifestado por existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado acerca das estratégias de adaptação necessitou de intervenção, tal com descrito no Quadro.

Quadro – Avaliação da área de atenção Precaução de Segurança da Família 2

Foco	A.3- Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica	Existência de barreiras arquitetónicas: existência de um lanço de escadas à entrada da habitação; existência de tapetes pequenos não aderentes na casa de banho, quarto, sala e cozinha; casa de banho com chuveiro, base de duche com tapete antiderrapante e sem barra de apoio e ambiente com pouca iluminação, existência de cabos elétricos e adereços de decoração em sítios de circulação. C2 tem conhecimento da forma correta de utilizar as escadas, mas não tem conhecimento sobre outras estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas.
Diagnóstico	Precaução de Segurança Não Demonstrada

	Conhecimento Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Intervenções	Ensinar sobre precaução de segurança
	Incentivar remoção das barreiras arquitetónicas móveis
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas: remoção ou fixação dos tapetes, recolocação de adereços decorativos, fixação de cabos elétricos e importância da iluminação nos espaços; Apoiar C2 e B2 na escolha das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas; Incentivar progressos.	
Avaliação de resultados C2 tem conhecimento dos riscos, mas ainda não fez alteração às barreiras arquitetónicas.	
Diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas

Dimensão Funcional

Foram avaliadas as subáreas *Coping* Familiar, Papéis Familiares e Relação Dinâmica na área Processo Familiar incluindo a família extensa, pois trata-se de uma família unipessoal que precisa de ajuda para desempenhar todos os papéis inerentes à função de uma família.

Relativamente ao *coping* familiar, que avalia de que forma a famílias lida com os seus problemas; C2 é quem toma a iniciativa para a resolução de problemas. Refere existir discussão com os filhos acerca dos problemas da família e está satisfeita da forma como isso se processa. Existe utilização de recursos externos, com recurso a restaurante para fornecimento de almoço e jantar. Tem história experiências

anteriores positivas da família na resolução de problemas, como o recurso ao apoio dos filhos quando teve internamento prolongado. A família, com o apoio da família extensa tem sido autossuficiente na tomada de decisão e resolução dos problemas que surgem, pelo que se criou o diagnóstico **Coping Familiar Eficaz**. Quanto aos Papeis Familiares, C2 desempenha o papel de provedor e o papel recreativo (vê programas televisivos) com consenso e sem conflito ou saturação de papel. O Papel de gestão financeira é desempenhado por B2, com consenso e sem conflito ou saturação de papel. O papel de cuidado doméstico é desempenhado por Cr2 com consenso e sem conflito ou saturação de papel. O diagnóstico que se coloca e que constitui uma força da família é **Processo Familiar Não Disfuncional** relacionado com **Coping familiar Eficaz** e **Interação de Papéis Eficaz**.

Intervenção individual de C2

C2 tem antecedentes de HTA, Depressão, Osteoporose, Osteoartrose do joelho e anemia e faz uma gestão do regime terapêutico adequada (confirmada nos registos do SClínico-CSP®). C2 encontra-se **sem déficite cognitivo** MMSE score 24 – literacia 3-6 anos- Morgado et al., 2010), é **independente na realização das ABVD** (score 6 na Escala de Katz), tem **dependência ligeira nas AIVD** – para preparação de refeições (score 7 na escala de Lawton & Brody). Para dar resposta a estas necessidades nas AIVD E1 tem apoio dos sistemas mais amplos. Tem **marcha independente – é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas** (categoria 5 na Classificação Funcional da Marcha de Holden) e demonstra estar **sem equilíbrio corporal comprometido** (escala de Tinetti). A avaliação e intervenções propostas para o foco Risco de Queda são as que se apresentam em seguida no Quadro.

Quadro – Avaliação e intervenção no foco Risco de Queda de C2.

Foco	Risco de queda
Atividade Diagnóstica	Teste TUG (22 segundos) risco de queda moderado; Sem equilíbrio corporal comprometido; Tem antecedentes de queda sem sequelas há dois anos, por tropeçar no tapete da sala mas não tem medo de cair; Home Fast assessment: uso de calçado adequado, sem luz de presença no quarto. Não tem conhecimento dos fatores de risco de queda.
Diagnósticos	Risco de queda Conhecimento não demonstrado sobre fatores que aumentam o risco de queda
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre prevenção de queda
	Incentivar treino de exercícios de Otago duas vezes por semana
	Incentivar correção de riscos ambientais de queda
<u>Atividades que concretizam as intervenções</u> Assistir C2 e B2 a identificar e corrigir os riscos ambientais de queda; Incentivar progressos. Resultados das intervenções: C2 tem conhecimento dos riscos de queda, comprometeu-se em fazer as alterações necessárias relativas aos riscos ambientais com a ajuda dos filhos, já tinha sido resolvida a questão dos cabos elétricos e peças decorativas, mas as restantes alterações ainda não tinham sido feitas até à data da última consulta.	
Diagnósticos	Risco de queda Conhecimento demonstrado sobre risco de queda

Devido ao risco de queda e apesar de C2 não ter exercício físico ou desempenho cognitivo comprometidos, mantendo a linha da prevenção e promoção de saúde

ativa, foi proposto um plano de treino de exercício mental para manutenção do desempenho cognitivo, nos mesmos termos que a A3.

C2 não fuma nem bebe álcool de forma regular, mas tem **não adesão à vacinação** devido à vacina do tétano e difteria já não estar a cumprir as normas da DGS. As intervenções foram planeadas conforme mostrado no Quadro seguinte:

Quadro – Avaliação e intervenção no foco Vacinação de C2

Foco	Vacinação	
Atividade Diagnóstica	Após consulta do registo vacinal no Sclínico-CSP®, verifica-se que C2 deve renovar vacinação contra o tétano e difteria; Sem conhecimento relativo à vacinação	
Diagnóstico	Adesão à vacinação não demonstrada	
Resultados Desejados	Que a Senhora C2 regularize o seu estado vacinal	
Intervenções Sugeridas	Incentivar adesão à vacinação	
	Administração de vacina	
	Registo de vacina no Sclínico-CSP®	
Atividades que concretizam as intervenções:		
Informar da importância, incentivar e planear adesão à vacinação através de contacto telefónico		
Informar acerca de efeitos da vacina		
Informar quando deve repetir nova vacina		
Avaliação de resultados das intervenções	Foi administrada a C2 a vacina	
Diagnóstico	Adesão à vacinação demonstrada	

A tensão arterial avaliada foi de 105/60mmHg, com registo no SClínico-CSP® de alguns anos consecutivos de tensões dentro do padrão esperado, sendo por isso **normotensa**. Apresenta um IMC de 24,9, o que indica **sem excesso de peso**. Foram avaliadas as refeições do restaurante que incluíam sempre sopa e fruta, bem

como um prato principal saudável. Uma vez que os valores das últimas análises de C2 mostrarem valores borderline relativamente à anemia, foram feitos ensinamentos relativos aos alimentos melhoravam ou que interferiam com os níveis de ferro. Não houve manifestação de sentimentos de tristeza e isolamento no decorrer das consultas por parte de C2 e tem **sono não alterado**. C2 tem **gestão de regime terapêutico não comprometido** pois tem **regime medicamentoso adequado, regime alimentar adequado e regime de exercício físico adequado** às suas capacidades funcionais.

ANEXO VII – A família 4

A família 4

A família 4 é uma família unipessoal constituída pelo elemento M4. As três consultas ocorreram na unidade de saúde e em contexto domiciliário. A família 4 é constituída por. M4, de 91 anos, reformada e viúva há 2 anos, nunca teve filhos. Em seguida, na Figura, apresenta-se o Genograma da família 4, onde consta a composição da família e sua constituição geracional.

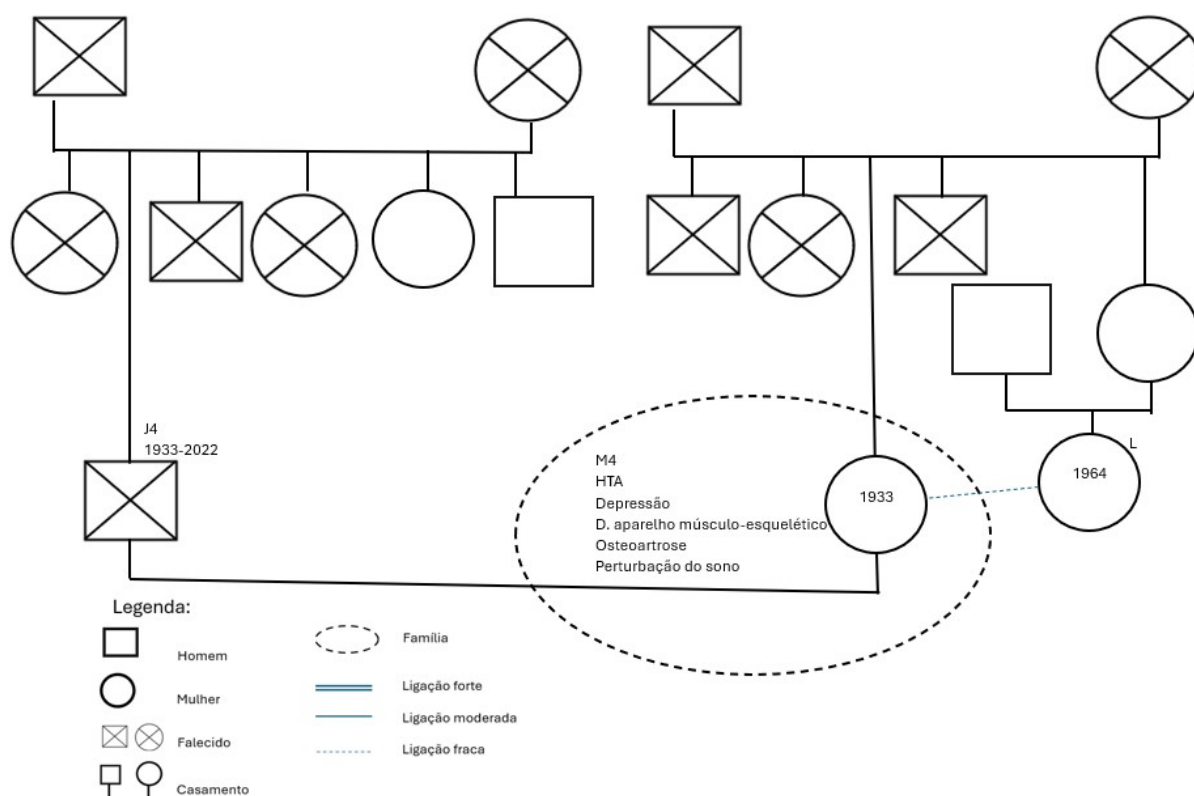


Figura – Genograma com Psicofigura de Mitchell da família 4

Família Extensa

Dos elementos da sua família alargada que ainda sobrevivem, apenas tem contacto com uma sobrinha L, com que tem um vínculo fraco e contacto pessoal e telefónico quinzenal cuja relação tem as funções (ainda que limitadas), de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos e regulação social e ajuda material e de serviço.

Sistemas mais amplos

O Ecomapa da família 4, representado em seguida, na Figura que se segue, demonstra que M4 quase não tem ligações sociais, e os seus maiores vínculos são ligados a instituições. Confessa que quando se mudou para a nova casa, há uns anos tentou conhecer pessoas e fazer amigos, mas sem sucesso. Questionada acerca do grupo de amizades responde que tinha um grande grupo de amigos no bairro onde morava, mas uns foram falecendo, outros mudando para outras zonas e foi perdendo o contacto, não tendo contacto com nenhum deles atualmente.

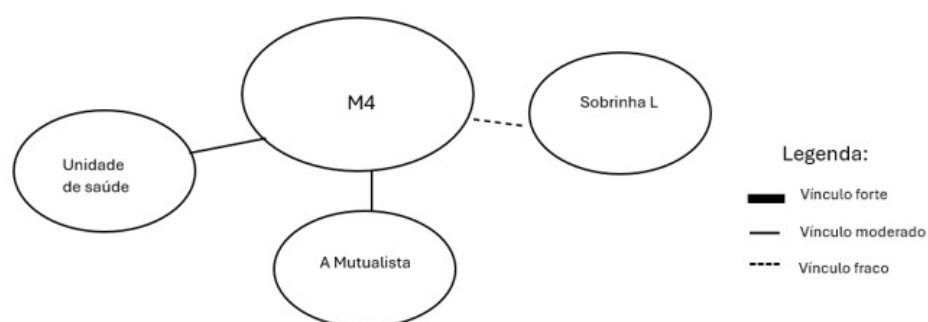


Figura – Ecomapa da família 4

Classe Social

A pontuação obtida na escala de Graffar (Profissão – 5, Instrução – 5, Origem do rendimento familiar – 4, Tipo de habitação – 3, Local de residência – 4), perfazendo

um total de 21 pontos, indica que a família tem como posição social a Classe Média Baixa.

Dimensão Estrutural

Relativamente à avaliação das áreas de atenção relativas às dimensões operativas próprias da Dimensão Estrutural (Rendimento Familiar–4 e Conhecimento e capacidade Demonstrada sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares, Edifício Residencial–3 e Higiene da Habitação Presente: realizada pela própria, Abastecimento de Água - rede pública e Animal Doméstico – inexistente). A Precaução de Segurança, encontrava-se comprometida devido à presença de barreiras arquitetónicas no edifício (mora num 4º andar sem elevador) e desconhecimento acerca das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. A residência não tem gás e dispõe de aquecimento local elétrico, demonstrando M4 conhecimento acerca da sua utilização. Deste modo, foram enunciados os diagnósticos: **Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado e Abastecimento de Água Adequado**, que constituem recursos e forças da família. Por outro lado, os diagnósticos **Rendimento Familiar Insuficiente e Precaução de Segurança Não Demonstrada** necessitam de intervenção, tal com descrito nos próximos Quadros.

Quadro – Avaliação da área de atenção Rendimento Familiar da família 4

Foco	A.1- Rendimento Familiar	
Atividade Diagnóstica	Origem do rendimento familiar 4 (Escala de Graffar). Conhecimento e Capacidade Demonstrado sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares.	
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente	
Resultados Desejados	Melhorar o rendimento familiar	
	Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)	
	Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço	

Intervenções Sugeridas	social)
	Promover a gestão do rendimento familiar
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Utilizar técnica de conotação positiva para M4 perceber que precisa de ajuda e perder o receio relativo à assistente social (realizada após recusa de M4 de orientação para a assistente social da URAP): E: Diz que recusa o encaminhamento para a assistente social, lembro-me de ver no seu processo que a sua médica de família tentou encaminhar para a assistente social, estou certa? M4: Sim, ela também disse que era bom para mim, que podia ajudar a obter alguns subsídios ou descontos, ou lá o que era, mas eu não quero nada disso. E: Gostaria de falar um pouco acerca disso? M4: Ouvi dizer que eles também vêm a casa fazer visitas, a Dra. também falou nas escadas, tal como você, mas eu tenho medo de que ela diga que tenho não tenho condições para morar aqui e que tenha que sair da minha casa. E: Porque acha que isso a perturba tanto? M4: Porque é a minha casa, onde tenho as últimas memórias com o meu marido, está a ver (mostra várias fotos expostas) não quero ter de mudar de casa. E: Sabe por que motivo a sua médica e eu achamos que as suas necessidades devem ser avaliadas? M4: Sim, eu sei que é para me ajudarem, ainda subo os quatro andares, mas com compras já se torna difícil. Também sei que é muito arriscado andar nestas escadas, porque se cair, com os ossos fracos como tenho, ia partir qualquer coisa com certeza. E: E acha que estes motivos não são suficientemente fortes? M4: Não, prefiro ficar aqui. Não quero ir para um lar, ou outro sítio. E: Consegue imaginar mais alguma coisa positiva, para além das que já falou, como não ter de subir estas escadas todas, ou não ter tanto risco de ter uma queda grave? M4: Talvez ajudasse um pouco com o dinheiro, mas para mim não é muito importante, eu cá me arranjo sozinha, sempre arranjei. E: Há outras coisas em que pode ajudar, como a ajudá-la com alguns serviços de cuidados ao domicílio, como alimentação ou ajuda para limpar a casa, por exemplo. O que acha disso?	

M4: Para já eu vou fazendo isso tudo sozinha, como pode ver está bem feito. Quando estou cansada paro. Talvez mais tarde, se eu precisar dessa ajuda. E: Acha que esta situação tem mais aspetos positivos ou negativos? M4: Visto assim, diria que metade-metade. E: Então vai pensar nisso? M4: Não sei, talvez mais tarde.	
Avaliação de resultados das intervenções	M4 ainda não aceitou encaminhamento para os serviços sociais à data da última consulta. Foi referido à equipa de saúde para acompanhamento.
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente

Quadro – Avaliação da área de atenção Prevenção de Segurança da família 4

Foco	A.3- Prevenção de Segurança	
Atividade Diagnóstica	Existência de barreiras arquitetónicas: M4 reside num 4º andar sem elevador, com vários lanços de escadas, sem corrimão lateral; divisões espaço de circulação limitado em algumas áreas; existência de tapetes pequenos não aderentes na casa de banho, quarto, sala e cozinha; casa de banho com chuveiro, base de duche com tapete antiderrapante e barra de apoio e ambientes com muita iluminação natural. Conhecimento Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas;	
Diagnóstico	Prevenção de Segurança Não Demonstrada Conhecimento Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	
Intervenções	Ensinar sobre prevenção de segurança	
	Incentivar remoção das barreiras arquitetónicas móveis	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Motivar para sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas: remoção ou fixação dos tapetes, importância dos espaços desimpedidos;		

Apoiar na escolha das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas que M4 prefere; Pedir a M4 que exemplifique de que forma utiliza as escadas e corrigir erros se necessário;	
Avaliação de resultados M4 tem conhecimento dos riscos, removeu os tapetes e recolocou pequenas peças decorativas melhorando a circulação	
Diagnósticos	Precaução de Segurança Demonstrada Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas

Dimensão Funcional

Apesar de esta ser uma família unipessoal que M4, desempenha todos os papéis, as subáreas *Coping* Familiar e Papéis Familiares foram avaliadas para perceber de que forma estão a ser desempenhados. Relativamente ao *coping* familiar, M4 é quem toma a iniciativa para a resolução de problemas, recorrendo a L se tiver dúvidas ou precisar conselhos. Existe utilização de recursos externos, a instituição comunitária A mutualista. Refere que sempre foi ela a resolver os problemas da família, mesmo quando era parte de um casal. A família, com o apoio de L da família extensa tem sido autossuficiente na tomada de decisão e resolução dos problemas que surgem, pelo que se criou o diagnóstico **Coping Familiar Eficaz**. Quanto aos Papeis Familiares, que permite determinar de que forma ocorre a interação de papéis na dinâmica da família, M4 desempenha o papel de provedor, papel de gestão financeira, papel de cuidado doméstico e papel de parente com consenso e sem conflito ou saturação de papel. Quanto ao papel recreativo, M4 refere que costuma ver televisão, e não sente falta de outras atividades. Demonstra estar comprometida em manter-se o mais independente possível, pelo maior tempo possível. O diagnóstico é então **Processo Familiar Não Disfuncional** manifestado por **Interação de Papéis Eficaz** e **Coping Familiar Eficaz** e consiste numa força da família.

Intervenção individual M4

M4 tem antecedentes de HTA, depressão, ansiedade, doença do aparelho musculo-esquelético, oateoartrose e perturbação de sono. Faz uma **gestão do regime terapêutico adequada** (confirmada nos registos do SClínico-CSP®).

M4 **apresenta ligeiro compromisso cognitivo** (MMSE score 18 – literacia 3-6 anos- Morgado et al., 2010), é **independente na realização das ABVD** (score 6 na Escala de Katz), e tem **dependência ligeira nas AIVD** – para aquisição de compras pesadas ou de grande volume (score 7 na escala de Lawton & Brody). Para dar resposta a estas necessidades nas AIVD conta com a ajuda de L. Tem **marcha independente – é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas** (categoria 5 na Classificação Funcional da Marcha de Holden) e demonstra estar **sem equilíbrio corporal comprometido** (escala de Tinetti). A avaliação e intervenções propostas para o foco risco de queda são as que se apresentam em seguida no Quadro.

Quadro – Avaliação e intervenção no foco Risco de queda de M4.

Foco	Risco de queda
Atividade Diagnóstica	Teste TUG (13 segundos) desempenho normal para adulto frágil Sem equilíbrio corporal comprometido; Tem antecedentes de queda sem sequelas há uns anos, por tropeçar no tapete da sala e não tem medo de cair; Home Fast assessment: uso de calçado adequado, sem luz de presença, base de duche antiderrapante (com barras de apoio), existência de tapetes pequenos não aderentes (casa de banho, quarto, sala e cozinha) ambientes com boa iluminação natural, sem luz de presença; Não tem conhecimento dos riscos de queda.
Diagnósticos	Risco de queda

	Conhecimento não demonstrado sobre fatores que aumentam o risco de queda
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre prevenção de queda
	Incentivar treino de exercícios de Otago duas vezes por semana
	Incentivar correção de riscos ambientais de queda
<u>Atividades que concretizam as intervenções</u>	
Assistir M4 a identificar e corrigir os riscos ambientais de queda	
Incentivar progressos.	
Resultados das intervenções: M4 tem conhecimento dos riscos de queda, e fez correção dos riscos ambientais, tendo ainda adquirido a luz de presença	
Diagnósticos	Risco de queda
	Conhecimento demonstrado sobre risco de queda

O Autocuidado atividade física foi avaliado tendo sido obtido o diagnóstico **Autocuidado atividade física não comprometido**. Mantendo a linha da prevenção e promoção de saúde ativa, foi proposto a M4 um plano de treino de exercícios de Otago de exercício mental. M4 **não fuma nem bebe álcool** e tem **adesão à vacinação**. A tensão arterial avaliada foi de 143/75mmHg, com registo no SClinico-CSP® de alguns anos consecutivos de tensões dentro do padrão esperado, sendo por isso **normotensa**. Apresenta um IMC de 24,2, o que indica **peso normal**. M4 cozinha a própria comida, saudável e variada, com quantidade adequada de todos os grupos nutricionais. M4 tem **gestão de regime terapêutico não comprometido** pois tem **regime medicamentoso adequado, regime alimentar adequado e regime de exercício físico adequado** às suas capacidades funcionais.

Face à referência de sentimentos de tristeza e isolamento no decorrer das consultas foi aplicada a Escala de Depressão de Yesavage – versão curta, na qual pontuou um score de 12, indicando **tristeza**; e da Escala UCLA-Loneliness, cujo score total de 69, indicativo de **sentimento elevado de solidão**. Avaliado **sono** que está **não**

alterado pois está medicada para o efeito. Os dados relativos ao diagnóstico e intervenções realizadas como forma de intervir neste diagnóstico apresentam-se de seguida no Quadro.

Quadro – Avaliação e intervenção no foco Depressão/Solidão de M4.

Foco	Depressão/Solidão
Atividade Diagnóstica	Escala de Depressão de Yesavage – versão curta (score 13 – depressão grave) Escala UCLA-Loneliness (Score 72 – sentimento elevado de solidão) Relatos de M4: “Depois que mudei para esta casa fui deixando de estar com os amigos que tinha. Sabe, morei muitos anos num bairro perto do centro, e toda a gente se conhecia e era amiga, convivíamos todos. Com o tempo perdemos contacto e outros foram falecendo. (Pausa). Aqui é difícil conhecer os vizinhos. E eu até me tenho esforçado, mas alguns nem respondem aos bons dias. Por isso não tenho amigos com quem conviver. Sinto-me sozinha e triste”.
Diagnóstico	Tristeza/Solidão elevada
Intervenções Sugeridas	Orientar para serviços da comunidade: programa comunitário de combate à solidão para idosos da freguesia Incentivar comunicação de emoções Co-construir uma estratégia que diminua o sentimento de solidão Orientar para consulta com médica de família
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Orientar para serviços de saúde de Psicologia: Programa ADEB – Associação de Apoio aos doentes depressivos e bipolares/Mutualista; Prescrição de ritual terapêutico co-construído: Sempre que for fazer fisioterapia na Mutualista, vai tentar conhecer e fazer amizade com outras senhoras que lá se encontram; Escuta ativa;	

Incentivar progressos.	
Avaliação de resultados das intervenções	
M4 recusou o programa comunitário proposto, e ainda não contactou os serviços de psicologia. Pôs em prática o ritual terapêutico prescrito. Escala de Depressão de Yesavage – versão curta (score 11 – depressão grave)	
Escala UCLA-Loneliness (Score 68 – sentimento elevado de solidão)	
Diagnóstico	Tristeza/Solidão elevada

Quadro – Avaliação e intervenção no foco Processo de luto de M4.

Foco	Processo de luto
Atividade Diagnóstica	Avaliar processo de luto: M4 refere constantemente o marido em quase todas as conversas e nota-se no seu discurso um apego muito grande: “Sabe, ele era a minha companhia, a minha âncora, sempre foi.” Assume que na Mutualista já a tinham incentivado a procurar o psicólogo, mas nunca o fez.
Diagnóstico	Processo de luto comprometido: luto disfuncional pela perda do marido há dois anos
Intervenções Sugeridas	Assistir a família no processo de luto
	Incentivar a comunicação de emoções
	Incentivar adesão a consulta de psicologia da instituição a que recorre: A Mutualista.
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>	
Ensinar sobre o luto	
Disponibilizar suporte emocional	
Escuta ativa	
Utilização da técnica da metáfora: “O luto é como atravessar um oceano desconhecido num barco pequeno. No início, a tempestade é intensa, as ondas são altas, e parece impossível manter o controlo do barco. A dor vem em marés imprevisíveis, algumas suaves, outras avassaladoras. Com o tempo, a tempestade começa a acalmar. O mar nunca se torna completamente sereno, mas você aprende a navegar, a entender os ventos e a manter o	

equilíbrio nas ondas. A ausência ainda é um horizonte visível, mas com o tempo vai encontrar outras formas de seguir em frente, levando consigo as memórias como estrelas que guiam o seu caminho.”

E: Na sua opinião, o que acha que eu queria dizer com isto?

M4: Está a falar da forma como o luto deve acontecer, e eu acho que ainda não passei da primeira parte.

E: E gostaria de passar à fase em que a tempestade acalma e aprende a navegar, levando sempre consigo as memórias?

M4: Sim, gostava, eu sei que isto não me tem feito bem.

E: Pensa que poderia ser bom para si aceitar a ajuda que já lhe ofereceram na Mutualista?

M4: Sim, ia ser bom para mim.

E: Fico feliz por ter chegado a essa conclusão. Vai pensar nisso?

M4: Sim, vou.

Fundamentação: Kogan (2007) define o luto como o processo necessário e saudável de aceitação da perda por morte, que inclui a aceitação e adaptação à nova realidade. A dor deste processo de perda por vezes é tão intensa que impede esta adaptação e leva à criação de vários mecanismos de defesa. A duração deste período varia conforme as influências socioculturais, mas por norma, até 12 meses é considerado normal em qualquer cultura; quando vai além de 24 meses o processo de luto pode ser considerado disfuncional (Pereira, 2018). A morte de uma pessoa com um papel relevante nas nossas vidas constitui a perda de um vínculo importante. Vários estudos têm demonstrado que quanto maior e mais próximo é esse vínculo, maior é o impacto provocado pela sua perda, podendo repercutir-se nas capacidades emocionais cognitivas e de aprendizagem (Davou & Widdershoven-Zervakis, 2004). Pereira (2018) aconselha sempre uma avaliação sistémica do funcionamento familiar e das suas capacidades adaptativas, especialmente nos processos de luto com maior risco de se tornarem disfuncionais, de modo a garantir uma intervenção sistémica que vá de encontro às reais necessidades de cada família.

Avaliação de resultados das intervenções	Ainda não iniciou consulta de psicologia
Diagnóstico	Processo de luto comprometido: luto disfuncional

ANEXO VIII – A família 5

A família 5

A família 5 é uma família unipessoal constituída por L5. As quatro consultas ocorreram no contexto da unidade de saúde e domiciliário. Numa consulta esteve presente M5 e noutra H5. Colocaram-se questões lineares simples de forma a obter as informações que permitem destrinçar as relações, vínculos e os laços que permitem construir o seu Genograma com Psicofigura de Mitchell e Ecomapa.

L5, de 86 anos, tem quatro anos de escolaridade, está reformada e divorciada há 16 anos, tendo o antigo companheiro falecido há 2 anos. Teve um filho e uma filha, atualmente com 60 e 56 anos, cada um constituiu a sua própria família e residem na mesma cidade. Em seguida apresenta-se o Genograma da família 5, observável na Figura seguinte, onde consta a composição da família e sua constituição geracional.

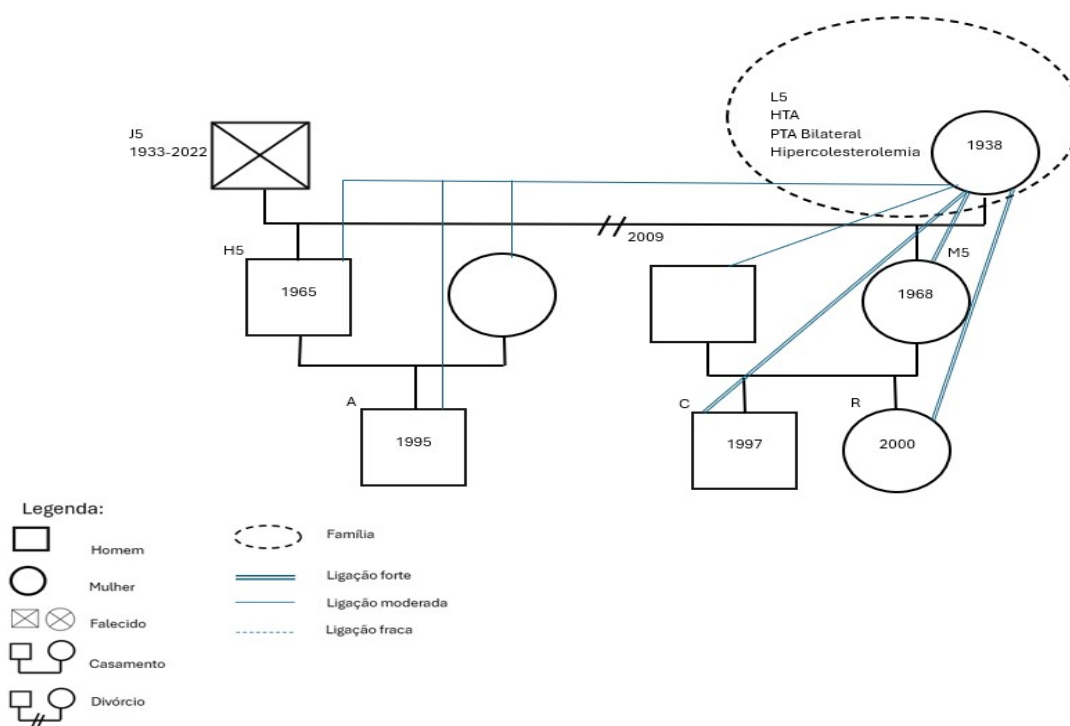


Figura – Genograma com Psicofigura de Mitchell da família 5

Família Extensa

Os elementos da família extensa com os quais existe ligação mais forte é M5, C e R, com os quais existe contacto pessoal e telefónico diário e cuja relação tem as funções de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviço. Mantém vínculo moderado com H5 e a sua família, e o genro. Tendo com eles contacto presencial semanal, no almoço de domingo. Esses vínculos também assumem funções de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social e ajuda material e de serviço. Já quase não tem familiares ascendentes vivos atualmente, nem tem relação com eles.

Sistemas mais amplos

O Ecomapa da família 5, representado em seguida, na Figura, mostra que L5 tem alguma variedade de ligações sociais, com os vínculos mais fortes a estenderem-se ao grupo de amigas, com as quais convive diariamente no café perto de casa, onde tomam o pequeno-almoço em conjunto.

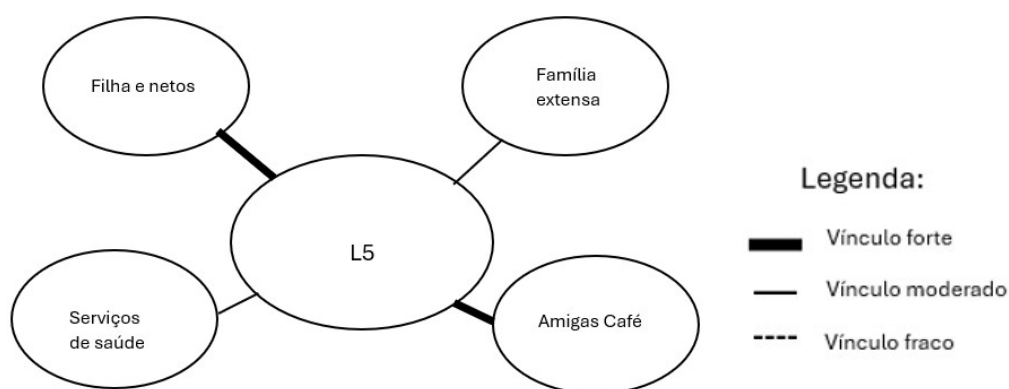


Figura – Ecomapa da família 5

Classe Social

A pontuação obtida na escala de Graffar (Profissão – 4, Instrução – 4, Origem do rendimento familiar – 3, Tipo de habitação – 3, Local de residência – 2), perfazendo um total de 16 pontos, indica que a família tem como posição social a Classe Média.

Dimensão Estrutural

Relativamente à avaliação das áreas de atenção relativas às dimensões operativas próprias da Dimensão Estrutural (Rendimento Familiar–3 e Conhecimento e capacidade Demonstrada sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares, Edifício Residencial–3 e Higiene da Habitação Presente: realizada pela filha 2X semana, Abastecimento de Água - rede pública e Animal Doméstico – inexistente). A Precaução de Segurança, encontrava-se comprometida devido à presença de barreiras arquitetónicas no edifício e desconhecimento acerca das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. A residência não tem gás e dispõe de aquecimento local elétrico, demonstrando L5 conhecimento acerca da sua utilização. Deste modo, foram enunciados os diagnósticos: **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado e Abastecimento de Água Adequado**, que constituem recursos e forças da família. Por outro lado, o diagnóstico **Precaução de Segurança Não Demonstrada** necessitou de intervenção, tal com descrito no Quadro

Quadro – Avaliação da área de atenção Precaução de Segurança da Família 5

Foco	A.3- Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica	Existência de barreiras arquitetónicas: existem dois lanços de escadas de acesso ao apartamento (1º piso, sem elevador), com barras laterais de apoio; divisões com muita mobília e espaço de circulação limitado em algumas áreas; tapetes pequenos não aderentes na casa de banho, quarto, sala e cozinha; casa de banho com chuveiro, base de duche com tapete antiderrapante, barra de apoio de alçador de sanita; ambientes com boa iluminação natural; Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas

Diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada Conhecimento Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	
Intervenções	Ensinar sobre precaução de segurança	
	Incentivar remoção das barreiras arquitetónicas móveis	
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas: Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas: remoção ou fixação dos tapetes, recolocação de adereços decorativos, fixação de cabos elétricos e importância da iluminação nos espaços; Apoiar L5 e M5 na escolha das estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas que L5 prefere; Pedir a L5 que exemplifique de que forma utiliza as escadas e corrigir erros se necessário; Incentivar progressos.		
<u>Avaliação de resultados:</u> L5 tem conhecimento dos riscos, foram removidos os tapetes e reposicionados alguns móveis após esta ter queda ao tropeçar na passadeira da cozinha, resultando em pequeno hematoma e escoriações ligeiras.		
Diagnósticos	Precaução de Segurança Demonstrada Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	

Dimensão Funcional

Foram avaliadas as subáreas *Coping* Familiar, Papéis Familiares e Relação Dinâmica na área Processo Familiar incluindo a família extensa, pois precisa de ajuda para desempenhar todos os papéis inerentes à função de uma família.

Relativamente ao *coping* familiar, que avalia de que forma a famílias lida com os seus problemas; L5 é quem toma a iniciativa para a resolução de problemas. Refere

existir discussão com os filhos acerca dos problemas da família e está satisfeita da forma como isso se processa. Não existe utilização de recursos externos. Tem história experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas, como o recurso ao apoio dos filhos e amigas no processo de divórcio e recuperação das cirurgias para colocação das PTA (Prótese Total da anca). A família, com o apoio da família extensa tem sido autossuficiente na tomada de decisão e resolução dos problemas que surgem, pelo que o diagnóstico emitido é de **Coping Familiar Eficaz**. Quanto aos Papeis Familiares, L5 desempenha o papel de provedor e papel recreativo com consenso e sem conflito ou saturação de papel. O papel de cuidado doméstico e papel de parente é desempenhado por M5 consenso e sem conflito ou saturação de papel. O papel de gestão financeira é desempenhado por H5 com consenso e sem conflito ou saturação de papel. Deste modo determinou-se como força da família o diagnóstico **Processo Familiar Não Disfuncional** relacionado com **Coping familiar Eficaz e Interação de Papéis Eficaz**.

Intervenção individual L5

L5 tem antecedentes de HTA, PTA bilateral cimentada e hipercolesterolemia. Faz uma **gestão do regime terapêutico adequada** (confirmada nos registos do SClinico-CSP®) e tem conhecimento dos cuidados a ter com as PTA.

L5 apresenta **compromisso cognitivo, memória recente** score MMSE de 19 – literacia 3-6 anos – Morgado et al., 2010), é **independente na realização das ABVD** (score 6 na Escala de Katz), tem **dependência ligeira nas AIVD** – para aquisição de bens essenciais (score 7 na escala de Lawton & Brody). Para dar resposta a esta necessidade nas AIVD L5 tem apoio dos sistemas mais amplos. Tem **marcha independente – é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas** (categoria 5 na Classificação Funcional da Marcha de Holden) com auxílio de bengala em bom estado geral de conservação, com marcha e apoio eficaz. Encontra-se **sem equilíbrio corporal comprometido** (escala de Tinetti). A avaliação e intervenções propostas para os focos Cognição e Risco de

Queda são as que se apresentam em seguida nos Quadros, apresentados pela mesma ordem.

Quadro – Avaliação e intervenção no foco Cognição de L5.

Foco	Cognição
Atividade Diagnóstica	score MMSE de 19 – literacia 3-6 anos – Morgado et al., 2010)
Diagnóstico	compromisso cognitivo, memória recente
Intervenções sugeridas	Ensinar acerca dos benefícios do treino cognitivo
	Demonstrar exercícios de treino mental
	Supervisionar exercícios de treino de exercício mental
	Incentivar adesão ao treino de exercício mental diário
Avaliação de resultados das intervenções	L5 iniciou treino de exercício mental diário
Diagnóstico	Compromisso cognitivo, memória recente

Quadro – Avaliação e intervenção no foco Risco de Queda de L5.

Foco	Risco de queda
Atividade Diagnóstica	Teste TUG (13 segundos) desempenho normal para adulto frágil Sem equilíbrio corporal comprometido; Tem antecedentes de queda há uns anos, por tropeçar no tapete da sala e tem medo de cair; Home Fast assessment: uso de calçado adequado, sem luz de presença, base de duche antiderrapante (com barras de apoio), existência de tapetes pequenos não aderentes (casa de banho, quarto, sala e cozinha) e ambientes com boa iluminação natural; Conhecimento não demonstrado acerca do risco de queda.
Diagnósticos	Risco de queda Conhecimento não demonstrado sobre fatores que aumentam o

	risco de queda
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre prevenção de queda
	Incentivar treino de exercícios de Otago duas vezes por semana
	Incentivar correção de riscos ambientais de queda
<u>Atividades que concretizam as intervenções</u>	
Assistir L5 e M5, a identificar os riscos ambientais de queda e a encontrarem soluções adequadas para os tapetes e luz de presença;	
Incentivar progressos.	
Resultados das intervenções: L5 tem conhecimento dos riscos de queda, fez alterações relativas aos riscos ambientais e faz treino de Otago.	
Diagnósticos	Risco de queda
	Conhecimento demonstrado sobre risco de queda

L5 **não fuma nem bebe álcool** e tem **adesão à vacinação**. A tensão arterial avaliada foi de 110/70 mmHg, com registo no SClínico-CSP® de alguns anos consecutivos de tensões dentro do padrão esperado, sendo por isso **normotensa**. Não referiu sentimentos de tristeza e isolamento no decorrer das consultas e o **sono** está **não alterado**. Apresenta um IMC de 29,9, o que indica **excesso de peso**, encontrando-se muito perto do critério para obesidade. L5 cozinha a própria comida e admite que não tem comido legumes diariamente, faz uso semanal do processo de fritura dos alimentos. Os dados relativos ao diagnóstico e intervenções realizadas como forma de intervir neste diagnóstico apresentam-se de seguida no Quadro.

Quadro – Avaliação e intervenção no foco IMC de L5.

Foco	IMC
Atividade Diagnóstica	IMC 29,9
Diagnóstico	Excesso de peso

Resultados Desejados	Que L5 volte a fazer uma alimentação saudável
Intervenções Sugeridas	Orientar para alimentação saudável
	Informar acerca de serviços de apoio domiciliário
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u> Co-construir com a família extensa plano de alimentação saudável Determinar quais as hortícolas e frutas preferidas por L5; Fornecer lista de receitas fáceis e simples de executar, que vâ de encontro ao gosto de L5; Incentivar ingestão de água usando a estratégia da garrafa de 1,5l.	
Avaliação de resultados das intervenções Iniciou ingestão de legumes e frutas variados e hidrata-se com cerca de 1,5l de água por dia.	
Diagnóstico	Excesso de peso

L5 tem **gestão de regime terapêutico não comprometido** pois tem **regime medicamentoso adequado, regime alimentar adequado e regime de exercício físico adequado** às suas capacidades funcionais.

ANEXO IX – A família 6

A família 6

A família 6 é uma família unipessoal constituída pelo elemento M6. As cinco consultas ocorreram em contexto domiciliário. M6, de 86 anos, possui bacharelato, está reformada e é viúva há 19 anos. M6 era o segundo casamento de A6. M6 teve um casamento prévio, do qual nasceu uma filha, atualmente com 63 anos. Esse casamento terminou em divórcio em 1966, tendo A6 casado com M6 dois anos depois. M6 não teve filhos e teve sempre uma relação de conflito com a enteada F. Em seguida, na Figura, apresenta-se o Genograma da família 6, onde consta a composição da família e sua constituição geracional.

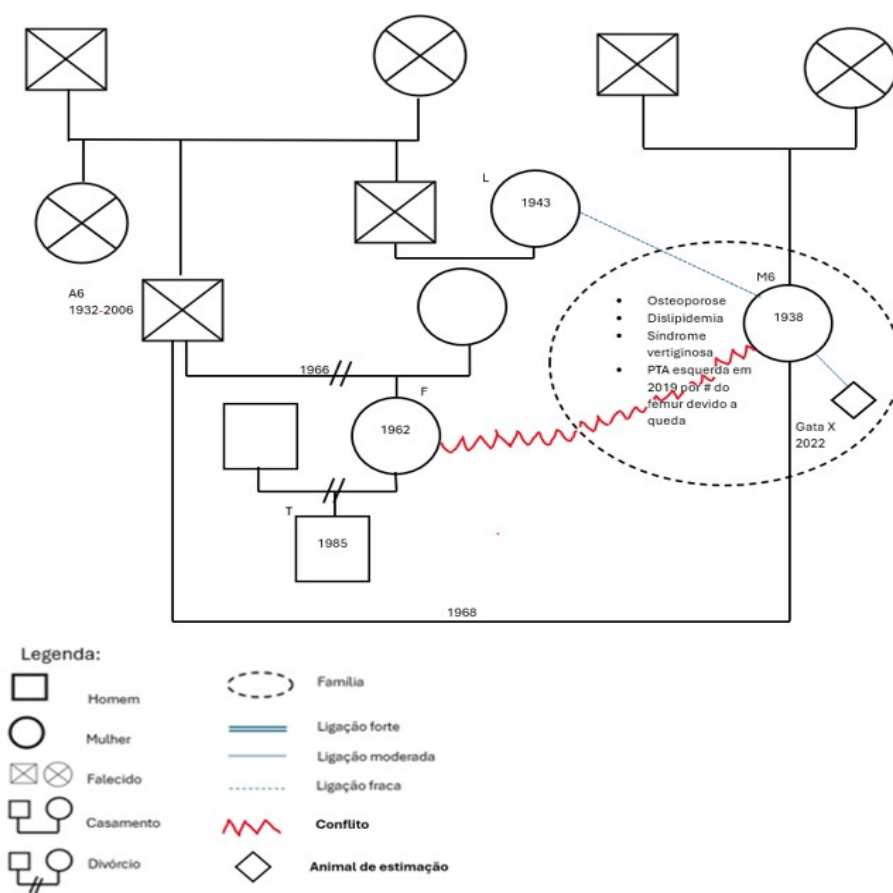


Figura – Genograma com Psicofigura de Mitchell da família 6

Família Extensa

O único elemento da família extensa com quem M6 tem contacto é a cunhada L, tendo uma ligação fraca e contacto telefónico muito esporádico. Não tem contacto com os elementos sobreviventes da sua família extensa. Tem uma gata com três anos com a qual tem um vínculo emocional forte.

Sistemas mais amplos

O Ecomapa da família 6, representado em seguida, na Figura, mostra que M6 tem ligações sociais variadas, com os vínculos mais fortes a estenderem-se ao grupo de amigos e vizinha. M6 tem com elas contacto presencial e telefónico diário, e estas relações desempenham as funções de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos e regulação social, e ajuda material, sempre que necessário. É com o grupo de amigas que sai diariamente e ocupa os tempos livres, conversando, indo a concertos, atividades culturais e viagens.

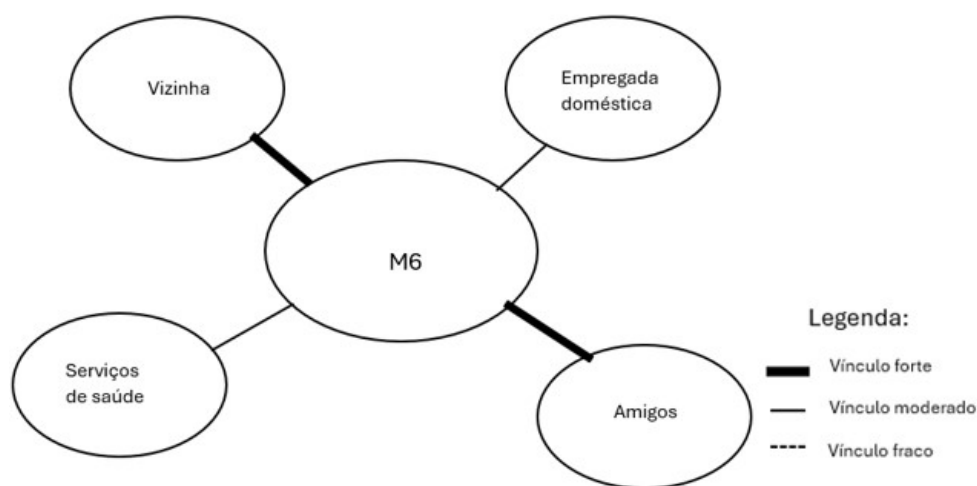


Figura – Ecomapa da família 6

Classe Social

A pontuação obtida na escala de Graffar (Profissão – 2, Instrução – 2, Origem do rendimento familiar – 3, Tipo de habitação – 3, Local de residência – 2), perfazendo um total de 12 pontos, indica que a família tem como posição social a Classe Média Alta.

Dimensão Estrutural

Relativamente à avaliação das áreas de atenção relativas às dimensões operativas próprias da Dimensão Estrutural (Rendimento Familiar–3 e Conhecimento e capacidade Demonstrada sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares, Edifício Residencial–3 e Higiene da Habitação Presente: realizada por empregada de limpeza 2X semana, Abastecimento de Água - rede pública e Animal doméstico– Gata X). A avaliação do foco Animal doméstico foi realizada conforme Quadro.

Quadro – Avaliação do Foco Animal doméstico da Família 6

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	- Existência de Animal doméstico: (gata/3 anos) - Existência de Vacinação - Existência de Desparasitação - <u>Outros dados</u>: animal bem cuidado e meigo, é acompanhado em termos de vacinação e desparasitação em clínica veterinária. Boa higiene da zona de alimentação e caixa de areia, colocados em zonas em que não oferecem risco de queda para M6.
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado

A Precaução de Segurança, encontrava-se comprometida devido à presença de barreiras arquitetónicas no edifício e desconhecimento acerca das estratégias de

adaptação às barreiras arquitetónicas. A residência não tem gás e dispõe de aquecimento local elétrico, demonstrando. M6 tem conhecimento acerca da sua utilização. Deste modo, foram enunciados os diagnósticos: **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Não negligenciado, Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado** que constituem recursos e forças da família. Por outro lado, o diagnóstico **Precaução de Segurança Não Demonstrada** necessitou de intervenção, tal com descrito no Quadro.

Quadro – Avaliação da área de atenção Precaução de Segurança da Família 6

Foco	A.3- Precaução de Segurança		
Atividade Diagnóstica	Existência de barreiras arquitetônicas: escada à entrada do prédio, desnível entre o elevador e o piso comum e entre o piso comum e o apartamento (condomínio já informado); escadas com barras laterais de apoio à entrada do prédio; divisões com espaço de circulação amplo em todas as áreas; existência de tapetes pequenos não aderentes na casa de banho e cozinha; casa de banho com chuveiro, alteador de sanita, base de duche com tapete antiderrapante e barra de apoio; ambientes com pouca iluminação. Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas.		
Diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada Conhecimento Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas		
Intervenções	Ensinar sobre precaução de segurança		
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas		
	Incentivar remoção das barreiras arquitetônicas móveis		
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>			
Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas: remoção de tapetes,			

prender as cortinas para entrar mais luz natural e ultrapassar o desnível do elevador aproximando-se atentamente, com o olhar no chão e apoiada no corrimão.

Incentivar progressos.

Avaliação de resultados

M6 entra e sai do edifício tendo cuidado combinados com os desníveis existentes. Tem conhecimento dos riscos e fez as alterações às barreiras arquitetónicas encontradas.

Diagnósticos

Precaução de Segurança Demonstrada

Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas

Dimensão Funcional

Foram avaliadas as subáreas *Coping* Familiar, Papéis Familiares e Relação Dinâmica na área Processo Familiar incluindo os sistemas mais amplos, pois trata-se de uma família unipessoal que tem medo de sair de casa e precisa de ajuda para desempenhar todos os papéis inerentes à função de uma família.

Relativamente ao *coping* familiar, M6 toma a iniciativa para a resolução de problemas e articula eficazmente os recursos externos, com recurso aos sistemas mais amplos (amigas, vizinha e empregada para realização de tarefas que não consiga fazer sozinha. Tem história experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas, como o recurso ao apoio das amigas e vizinha no luto pelo seu esposo. A família, com o apoio dos sistemas mais amplos, tem sido autossuficiente na tomada de decisão e resolução dos problemas que surgem, pelo que se criou o diagnóstico **Coping Familiar Eficaz**. Quanto aos Papéis Familiares, M6 desempenha o papel de provedor, papel de gestão financeira e o papel recreativo com consenso e sem conflito ou saturação de papel. O papel de cuidado doméstico é desempenhado pela empregada doméstica contratada. Quanto ao papel de parente, M6 refere que como praticamente não tem família biológica, deixou de se importar e isso não constitui um problema para ela. O diagnóstico levantado que se constitui uma força da família será **Processo Familiar Não**

Disfuncional relacionado com **Coping** familiar **Eficaz** e **Interação de Papéis Eficaz**.

Intervenção individual M6

M6 tem antecedentes de osteoporose, dislipidemia, síndrome vertiginosa e PTA à esquerda devido a queda com fratura do fémur em 2019. Encontra-se **sem déficite cognitivo** (score de 28 – literacia ≥ 7 anos Morgado et al., 2010), é **independente na realização das ABVD** (score 6 na Escala de Katz), tem **dependência ligeira nas AIVD** – para aquisição de bens essenciais (score 7 na escala de Lawton & Brody). Para dar resposta a estas necessidades nas AIVD M6 tem apoio dos sistemas mais amplos (empregada doméstica). Tem **marcha independente – é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas** (categoria 5 na Classificação Funcional da Marcha de Holden) e demonstra estar **sem equilíbrio corporal comprometido** (escala de Tinetti). A avaliação e intervenções propostas para o foco Risco de Queda são as que se apresentam em seguida no Quadro.

Quadro – Avaliação e intervenção no foco Risco de Queda de M6.

Foco	Risco de queda
Atividade Diagnóstica	Teste TUG (24 segundos) risco de queda moderado Sem equilíbrio corporal comprometido Tem antecedentes de queda em 2019, resultando em fratura do fémur e colocação de PTA, e tem medo ligeiro de cair novamente, mas não interfere com o seu dia a dia. Home Fast assessment: uso de calçado adequado, com luz de presença, base de duche antiderrapante (com barras de apoio), existência de tapetes pequenos não aderentes (casa de banho e cozinha) e ambientes com pouca iluminação, a gata não tem o hábito de andar atrás dela, tem os comedouros e zona de circulação e

	deixa brinquedos espalhados no chão. Conhecimento não demonstrado acerca dos fatores de risco de queda.
Diagnósticos	Risco de queda moderado Conhecimento não demonstrado sobre fatores que aumentam o risco de queda
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre prevenção de queda
	Incentivar correção de riscos ambientais de queda;
	Incentivar treino de Otago duas vezes por semana, por 30 minutos
<u>Atividades que concretizam as intervenções</u>	
Consciencializar M6 do risco de queda que constituem os comedouros e brinquedos da gata e incentivar uso de brinquedos fixos e comedouros em zonas em que não há circulação de pessoas; Incentivar progressos.	
Resultados das intervenções: M6 tem conhecimento dos riscos de queda e está a mudar os brinquedos da gata	
Diagnósticos	Risco de queda moderado Conhecimento demonstrado sobre risco de queda

M6 tinha **gestão de regime terapêutico comprometido** pois apresentava **regime medicamentoso adequado**, **regime alimentar não adequado** e **regime de exercício físico adequado** às suas capacidades funcionais, tendo conhecimento dos cuidados a ter com a PTA. Mantendo a linha da prevenção e promoção de saúde ativa, foi proposto a M6 um plano de treino de exercício mental e de Otago para manutenção do desempenho físico e cognitivo, nos mesmos termos que a A3.

M6 **não fuma** e **não bebe álcool** de forma regular e tem **adesão à vacinação**. A tensão arterial avaliada foi de 115/80 mmHg, **normotensa**. Apresenta um IMC de 29,2, o que indica **excesso de peso**. Na primeira consulta M6 refere estar

preocupada pois nota um aumento rápido de peso em pouco tempo, sem ter alterado nada na sua rotina. Tem consigo análises recentes que mostram um ligeiro aumento da função tiroideia, as quais ainda não são do conhecimento da equipa de saúde. Assim, optou-se por orientar para a médica de família. Como as principais refeições são adquiridas em restaurante e não tem comido proteína ou legumes na quantidade recomendada, optou-se por fazer ensinamentos relativos à roda dos alimentos e como escolher as refeições mais saudáveis do menu, passando a cumprir as indicações e a ter um **regime alimentar adequado e gestão do regime terapêutico adequada**. Durante as consultas não demonstrou sentimentos de solidão ou tristeza (excluído a altura do Natal), sendo muito proativa em manter o grupo de amigas unido e fazer atividades recreativas. A outra situação que constitui um problema para ela e que refere durante as consultas é o problema em fazer um repouso adequado. Por este motivo foi avaliado o foco sono, e as intervenções subsequentes são apresentadas em seguida no Quadro.

Quadro – Avaliação e intervenção no foco Sono de M6.

Foco	Sono
Atividade Diagnóstica	Avaliar sono: sono não reparador; duração inferior ao habitual; sem sono diurno.
Diagnóstico	Sono comprometido
Intervenções Sugeridas	Melhorar o conhecimento para promover o sono
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas promotoras do sono
	Co-construção de rotina promotora de sono adequado
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>	
Procurar comportamentos que prejudiquem a qualidade do sono;	
Planear em conjunto com M6 uma rotina promotora do sono viável;	
Orientar para uso de técnicas de relaxamento, da preferência de M6.	
<u>Avaliação de resultados das intervenções:</u>	
M6 passou a colocar música clássica, e ler um pouco antes de se deitar, começou a tomar	

melatonina por iniciativa própria.	
Diagnóstico	Sem sono comprometido

ANEXO X – Questionário diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem

2. Numa escala de 1 a 5, como classifica o grau de dificuldade que sente ao fazer a avaliação familiar segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) das famílias unipessoais relativamente aos seguintes elementos? *

	Muito fácil	Fácil	Moderada	Difícil	Muito difícil
Dimensões operativas da dimensão estrutural	☐	☐	☐	☐	☐
Dimensões operativas da dimensão funcional	☐	☐	☐	☐	☐

3. Quais das seguintes opções considera úteis para colheita de informação útil para o enfermeiro de família na abordagem de uma família unipessoal? *

- ☐ Genograma
- ☐ Ecomapa
- ☐ Etapa do ciclo vital familiar
- ☐ Escala de Graffar adaptado
- ☐ Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe
- ☐ Escala FACES II
- ☐ APGAR familiar de Smiklstein

4. Na sua opinião, quais as principais dificuldades sentidas pelas famílias unipessoais com elemento idoso? *

- ☐ Dificuldades económicas
- ☐ Isolamento social
- ☐ Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde
- ☐ Aumento da probabilidade de comorbilidade
- ☐ Diminuição da qualidade de vida
- ☐ Aumento da declínio cognitivo

5. Na sua opinião, de que forma o enfermeiro de família pode intervir nas famílias unipessoais com elemento idoso? *

- ☐ Melhoria da qualidade da rede social
- ☐ Melhoria do apoio familiar
- ☐ Prevenção da doença
- ☐ Prevenção do declínio funcional
- ☐ Orientação/encaminhamento para serviços de saúde

6. Relativamente ao grau de experiência com famílias unipessoais com elemento idoso, como se considera relativamente a: *

	Muito pouco experiente	Pouco experiente	Experiente	Muito experiente
Avaliação da família segundo MDAIF	☐	☐	☐	☐
Realização de intervenção familiar	☐	☐	☐	☐
Registo de informação no processo familiar	☐	☐	☐	☐

7. Como se considera no que respeita ao conhecimento de serviços sociais e recursos comunitários existentes na área geográfica de influência da USF: *

	Pouco informado	Informado	Muito informado
Serviços sociais	☐	☐	☐
Recursos sociais públicos	☐	☐	☐
Recursos sociais privados	☐	☐	☐
Recursos da ULS	☐	☐	☐

8. Considera que necessita formação relativamente aos temas que foram abordados neste questionário? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

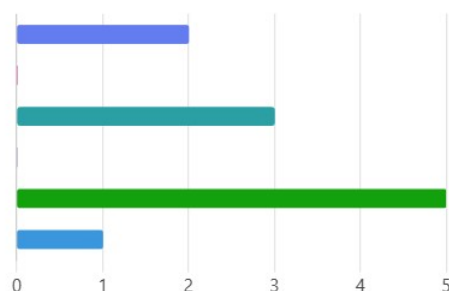
Submeter

ANEXO XI – Respostas ao questionário diagnóstico das necessidades formativas

1. Na sua opinião, quais considera ser os tipos de família mais prevalentes que incluam elemento idoso com 75 ou mais anos? (0 ponto)

13% dos inquiridos responderam corretamente a esta pergunta.

● Família nuclear	2
● Família alargada	0
● Família unipessoal	3 ✓
● Família reconstituída	0
● Casal	5 ✓
● Família monoparental	1

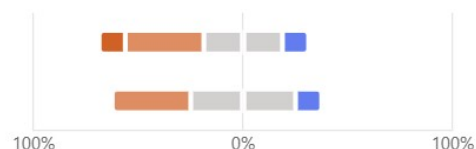


2. Numa escala de 1 a 5, como classifica o grau de dificuldade que sente ao fazer a avaliação familiar segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) das famílias unipessoais relativamente aos seguintes elementos? (0 ponto)

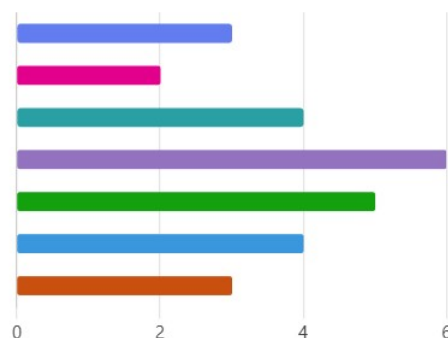
● Muito fácil ● Fácil ● Moderada ● Difícil ● Muito difícil

Dimensões operativas da dimensão estrutural

Dimensões operativas da dimensão funcional



● Genograma	3 ✓
● Ecomapa	2 ✓
● Etapa do ciclo vital familiar	4
● Escala de Graffar adaptado	6 ✓
● Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe	5 ✓
● Escala FACES II	4
● APGAR familiar de Smiklstein	3



Famílias unipessoais com elemento idoso: avaliação e intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar

4. Na sua opinião, quais as principais dificuldades sentidas pelas famílias unipessoais com elemento idoso? (0 ponto)

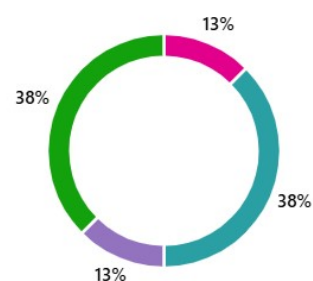
13% dos inquiridos responderam corretamente a esta pergunta.

● Dificuldades económicas	5 ✓
● Isolamento social	6 ✓
● Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde	1 ✓
● Aumento da probabilidade de comorbilidade	4 ✓
● Diminuição da qualidade de vida	4 ✓
● Aumento da declínio cognitivo	5 ✓



5. Na sua opinião, de que forma o enfermeiro de família pode intervir nas famílias unipessoais com elemento idoso? (0 ponto)

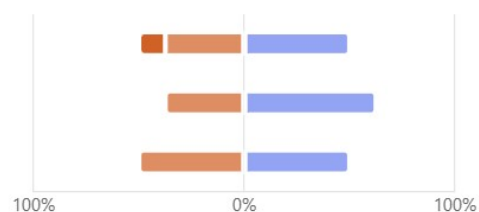
● Melhoria da qualidade da rede social	0
● Melhoria do apoio familiar	1
● Prevenção da doença	3
● Prevenção do declínio funcional	1
● Orientação/encaminhamento para serviços de saúde	3



6. Relativamente ao grau de experiência com famílias unipessoais com elemento idoso, como se considera relativamente a: (0 ponto)

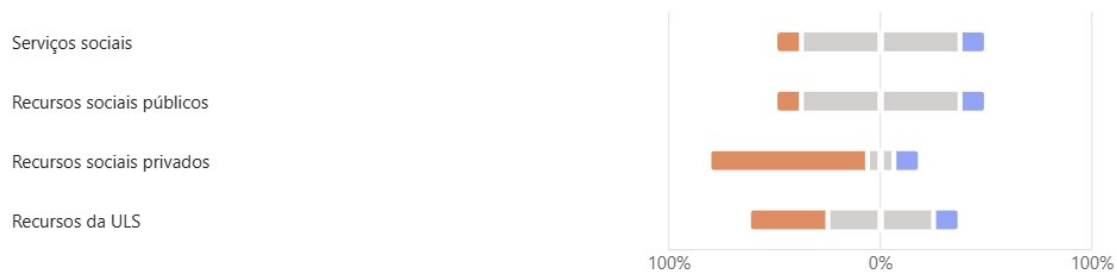
● Muito pouco experiente ● Pouco experiente ● Experiente ● Muito experiente

Avaliação da família segundo MDAIF
Realização de intervenção familiar
Registo de informação no processo familiar



7. Como se considera no que respeita ao conhecimento de serviços sociais e recursos comunitários existentes na área geográfica de influência da USF: (0 ponto)

● Pouco informado ● Informado ● Muito informado



ANEXO XII – Plano de formação em serviço

Objetivo geral:

Promover a melhoria contínua da qualidade através da contribuição com conhecimentos dirigidos ao PAI “Visitação domiciliária ao idoso com mais de 75 anos”.

Objetivos específicos:

Contribuir para o aumento do conhecimento dos enfermeiros de família acerca das necessidades em saúde das famílias unipessoais com elemento idoso e estratégias de intervenção;

Contribuir para o aumento do conhecimento dos enfermeiros de família acerca dos recursos da ULS e recursos comunitários disponíveis na área geográfica de influência da USF;

Promover a utilização dos SI disponíveis para melhorar os resultados da saúde familiar;

Promover uma reflexão das práticas, no âmbito dos cuidados de enfermagem de saúde familiar a famílias unipessoais com elemento idoso.

Público-alvo:

Equipa de enfermagem da USF.

Atividade:

Processo formativo no âmbito da intervenção do enfermeiro da família em famílias unipessoais com elemento idoso

Os agregados domésticos unipessoais são já o segundo tipo de agregado familiar mais comum na área geográfica de intervenção da USF, tal como no resto do país, com tendência de subida nos próximos anos. Devido ao fato de serem constituídos por um só elemento, sentem mais dificuldades no dia a dia que outros tipos de família (INE, 2022).

Dados recolhidos no MIMUF revelam que na lista do enfermeiro cooperante existem 381 famílias unipessoais, o que perfaz um total de 39% do total, sendo por isso o tipo de família mais representado.

A equipa de enfermagem da USF definiu como um dos projetos de melhoria contínua da qualidade para o ano 2024 o PAI dedicado à visita domiciliária às famílias dos utentes com idade igual ou superior a 75 anos que engloba a avaliação da gestão do regime terapêutico, autocuidado e avaliação da família utilizando o modelo MDAIF. Este PAI já tinha sido proposto no ano de 2023 e mantem-se pelo fato de os objetivos propostos não terem sido atingidos.

Atividade	Objetivos	Período temporal	Estratégias	Local
Diagnóstico	Identificar as necessidades formativas da equipa relativamente à intervenção do enfermeiro de família em famílias unipessoais com elemento idoso.	01/11/2024 a 07/11/2024	Elaboração de um instrumento de colheita de dados; Aplicação do instrumento de colheita de dados; Análise dos resultados.	USF

Desenho	Planear a ação de formação.	07/11/2024 a 14/11/2024	Elaboração do plano de sessão; Elaboração da apresentação em PowerPoint; Elaboração da folha de presenças; Elaboração de um instrumento de avaliação da sessão formativa.	USF
Implementação	Consciencializar os enfermeiros de família da prevalência de famílias unipessoais na sua zona geográfica de intervenção; Sensibilizar para as necessidades em cuidados de enfermagem destas famílias; Identificar a família unipessoal como unidade sistémica, alvo dos cuidados; Aumentar o conhecimento na avaliação das necessidades de cuidados das famílias unipessoais; Aumentar o conhecimento a cerca de ferramentas úteis na avaliação e intervenção nestas famílias e mobilizá-los para a prática clínica; Informar acerca dos recursos comunitários disponíveis na área geográfica de influência da USF; Contribuir para a melhoria de registo de dados, Contribuir para o atingimento do plano de auditoria interna da unidade.	15/11/2024 - reunião de serviço Interpares	Apresentação da formação com recurso ao método expositivo e brainstorming.	USF

Avaliação	Avaliação da apreciação global acerca dos conteúdos formativos, desempenho do formador, organização da ação de formação e sugestões do melhoria; Determinação dos conhecimentos e competências adquiridas resultantes da ação de formação, através de repetição, dois meses após, do questionário utilizado para avaliação das necessidades formativas resultantes.	13/01/2025 a 17/01/2025	Aplicação do instrumento de avaliação da sessão formativa (15/11/2024); Aplicação de questionário de avaliação de conhecimentos 2 meses após a formação em Microsoft forms (13/01/2025); Análise e interpretação dos resultados obtidos.	USF
-----------	---	--	---	-----

ANEXO XIII – Apresentação da Formação em Serviço “Família unipessoal com elemento idoso: avaliação e intervenção do enfermeiro de família.”



Índice	
[Texto]	• Introdução • Porquê esta temática?
[Texto]	• Que desafios enfrentam estas famílias? • Avaliação de família unipessoal utilizando o MDAIF
[Texto]	• Estratégias • Recursos • Reflexão conjunta
	• Conclusão • Referências bibliográficas

Porquê esta temática?

Os agregados domésticos unipessoais são já o segundo tipo de agregado familiar mais comum no país, com um total de 1027871 agregados e sentem mais dificuldades no dia a dia que outros tipos de família (INE, 2022).

As famílias unipessoais com elemento idoso é dominante, mas têm aumentado as famílias unipessoais com indivíduos jovens, particularmente em centros urbanos (Camargos et al, 2011).





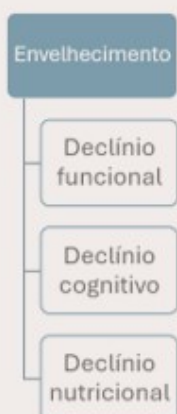
Um dos PAI da USF prende-se com a avaliação da gestão do regime terapêutico, autocuidado e aplicação do MDAIF às famílias dos utentes com idade igual ou superior a 75 anos.

Famílias unipessoais com elementos idosos são particularmente vulneráveis, pois à medida que as alterações físicas, bioquímicas, psicológicas e funcionais decorrentes do processo de envelhecimento se acumulam, começam a dificultar a adaptação ao meio físico e social em que se encontram inseridas (Lourenço et al., 2019).

Tendo um família unipessoal só tem um elemento, este tem de, sozinho, dar resposta a todas as tarefas e responsabilidades de uma família.

[Sem título]

Que desafios enfrentam estas famílias?





Genograma



Diagrama de rede mostrando o R6 no centro, conectado a Fêta, Família extensa, Serviços de saúde e Amigos do Café.



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

Dimensão	C.2.2. <u>Coping</u> familiar	
Atividade Diagnóstica do Item	C.2.2.1- Solução de problemas não eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>	Atividade diagnóstica (copiar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação da(s) criança(s))	Resultados (copiar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação da(s) criança(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Coping familiar não eficaz se: Não existe(m) algum(s) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e tome(m) iniciativa para os resolver e os outros item (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnósticos	Coping familiar eficaz/ não eficaz (eliminar o que não se adequa)	

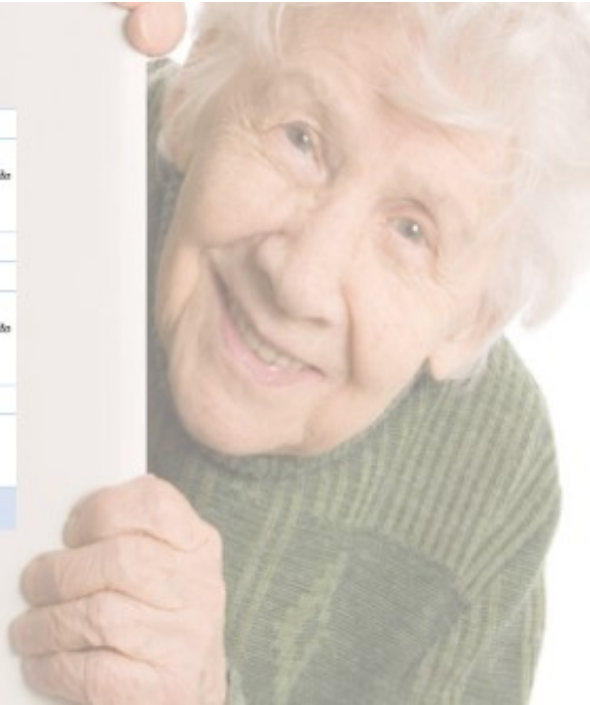


[Sem título]

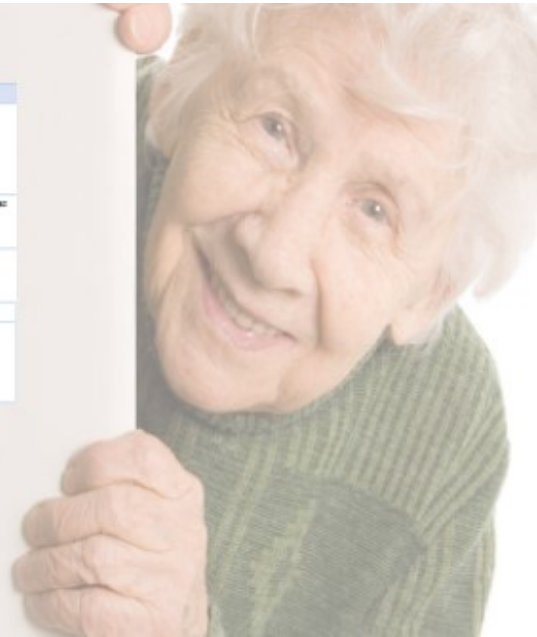
Dimensão	C.2.3. Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do Item	C.2.3.1- Papel provedor eficaz/ não eficaz	
<u>Papel provedor</u>	Atividade diagnóstica (copiar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação da(s) criança(s))	Resultados (copiar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação da(s) criança(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do Item	C.2.3.2- Papel genitor (suave/ não eficaz)	
<u>Papel genitor suave</u>	Atividade diagnóstica (copiar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação da(s) criança(s))	Resultados (copiar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação da(s) criança(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do Item	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico eficaz/ não eficaz	
<u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Atividade diagnóstica (copiar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação da(s) criança(s))	Resultados (copiar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação da(s) criança(s))
	Fundamentação	



Atividade Diagnóstica do Item	C.2.3.4: Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
Papel Recreativo	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cuidador(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cuidador(s))
	Fundamentação:	
Atividade Diagnóstica do Item	C.2.3.5: Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
Papel de Parente	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cuidador(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cuidador(s))
	Fundamentação:	
Critérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Papel SIM Interação de Papéis Familiares Conflituais se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz (eliminar o que não se adequa) Interação de Papéis Conflituais/ Não Conflituais (eliminar o que não se adequa)	



Item	C.2: Processo Familiar	
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: • Comunicação Não Eficaz e/ou • Coping Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflituais e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional	
	• Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz e/ou Coping Familiar Não Eficaz e/ou Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflituais e/ou Relação Dinâmica Disfuncional (eliminar o que não se adequa)	
Se Processo Familiar Disfuncional		
Resultados desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Planejar rituais familiares	



Otimizar padrão de assentuidade
Promover estratégias adaptativas/ Capacidade na família
Negociar estratégias adaptativas/ Capacidade na família
Promover a comunicação expressiva das emoções
Promover o envolvimento da família
Colaborar na identificação dos papéis familiares
Avaliar as dimensões não consensuais do papel
Avaliar saturação do papel
Monitorar a redistribuição dos papéis pelos membros da família
Negociar a redistribuição de papéis pelos membros da família
Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)
Requerer Serviço Social
Promover estratégias de capacidade para o papel
Promover o suporte da família
Requerer serviços de saúde (Psicologia)
Promover a comunicação expressiva das emoções
Promover o envolvimento da família
Avaliar os conflitos do Papel
Monitorar a redistribuição dos papéis pelos membros da família
Negociar a redistribuição de papéis pelos membros da família
Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)
Requerer Serviço Social
Promover estratégias de capacidade para o papel
Promover o suporte da família
Requerer serviços de saúde (Psicologia)
Otimizar padrão de ligação
Promover a comunicação expressiva das emoções
Promover o envolvimento da família
Otimizar a comunicação na família
Otimizar padrão de ligação



Avaliação individual - avaliação geriátrica global

Av. Física: Capacidade física; Marcha e equilíbrio; Estado de nutrição;
Av. Mental: Cognitiva; Afectiva;
Av. Funcional: Autonomia; Independência
Av. Social: Família; Habitat; Recursos económicos; Rede social.



Escala de Katz

As ABVD são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação. A informação pode ser obtida através da observação directa do idoso e/ou do questionário directo ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por

	Pontos
Dependência total	0
Dependência grave	1-2
Dependência moderada	3-4
Dependência ligeira	5
Dependência total	6



1- BANHO

☐ **Independente** (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)

☐ **Dependente** (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)

2- VESTIR

☐ **Independente** (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a, exclui atar os sapatos)

☐ **Dependente** (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)

3- UTILIZAÇÃO DA SANITA

☐ **Independente** (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)

☐ **Dependente** (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)

4- TRANSFERÊNCIA (cama / cadeirão)

☐ **Independente** (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)

☐ **Dependente** (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)

5- CONTINÊNCIA (vesical / fecal)

☐ **Independente** (controlo completo da micção e defecação)

☐ **Dependente** (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália; urinol ou arrastadeira)

6- ALIMENTAÇÃO

☐ **Independente** (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)

☐ **Dependente** (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)



Escala de Lawton & Brody

Escala que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as actividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Utilização do telefone, Realização de compras, Preparação das refeições, Tarefas domésticas, Lavagem da roupa, Utilização de meios de transporte, Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros.

PONTUAÇÃO:
A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 0 a 8 pontos (5 pontos no homem), correspondendo ao número de AIVD em que o idoso é independente.

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5



1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- ☐ Utiliza o telefone por iniciativa própria
- ☐ É capaz de marcar bem alguns números familiares
- ☐ É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- ☐ Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- ☐ Realiza todas as compras necessárias independentemente
- ☐ Realiza independentemente pequenas compras
- ☐ Precisa de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- ☐ É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- ☐ Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- ☐ Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- ☐ Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- ☐ Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- ☐ Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- ☐ Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- ☐ Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- ☐ Precisa de ajuda em todas as tarefas domésticas
- ☐ Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DA ROUPA

- ☐ Lava sozinho toda a sua roupa
- ☐ Lava sozinho pequenas peças de roupa
- ☐ A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- ☐ Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- ☐ É capaz de apontar um táxi, mas não usa outro transporte
- ☐ Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- ☐ Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- ☐ Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- ☐ É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- ☐ Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- ☐ Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- ☐ Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- ☐ Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- ☐ Incapaz de manejar o dinheiro



Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão curta

Escala utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspectos cognitivos e comportamentais tipicamente afectados na depressão do idoso.

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três categorias :

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15



		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0



Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein

Questionário que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas.

É constituído por várias questões, que avaliam a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva.

PONTUAÇÃO:
É atribuído um ponto à resposta correta a cada questão, perfazendo a pontuação final o máximo de 30 pontos.
A interpretação da pontuação final depende do nível educacional do idoso.

	Pontos
Analfabetos	≤15
1 a 11 anos de escolaridade	≤22
Escolaridade superior a 11 anos	≤27



1. Orientação (11 pontos por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____ Em que mês estamos? _____
Em que dia estamos? _____ Em que dia da semana estamos? _____
Em que cidade estamos? _____ Em que país estamos? _____
Em que estado estamos? _____ Em que continente estamos? _____

2. Atenção (Pontos: 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)
"Vou dar-lhe três palavras, ouça-as e repita-as, mas só depois de eu as dizer todas, porque há de si a seguir a cada uma delas".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta) "Se des uma metade mais depois continue a subtrair duas, continue-se até ao seguinte número inteiro. Faça ao fim de 5 respostas".
"Após isso diga-me quantos são 30 menos 5 e depois os números encontrados volta a tirar 3 e repete assim até ao fim para poder".
27, 24, 21, 18, 15.

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)
"Vou-lhe entregar duas as três palavras que pedi há pouco para decorar".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)
a. "Como se chama isto?" Mostre os objetos.
Relógio _____
Lápis _____
b. "Vou a fazer que eu vou dizer: O GATO BOTA A MÍDIA" _____
c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e depois dobre-a mais, dar a folha separando com as duas mãos.
Pegue com a mão direita _____
Dobre ao meio _____
Cubra com a mão _____
d. "Vou a fazer três cartões e faço o que lá diz". Mostre um cartão com a frase bem legível, "TOME OS OLHOS", sendo analfabeto li-se a frase.
Fechou os olhos _____
e. "Escute uma frase muito curta". Deve ler rápido e ouvir o frase contida, as frases seguintes não precisam a pontuação.
f. "Vou a fazer uma frase muito curta". Deve ler rápido e ouvir o frase contida, as frases seguintes não precisam a pontuação.

6. Capacidade Construtiva (1 ponto por cada resposta correta)
Deve copiar um desenho (das seguintes) para dentro do espaço, cada um deve ficar com 5 linhas, das duas que intersectadas. Não vai poder fazer no espaço _____



TOTAL (Máximo 30 pontos) _____



Mini-Nutritional Assessment

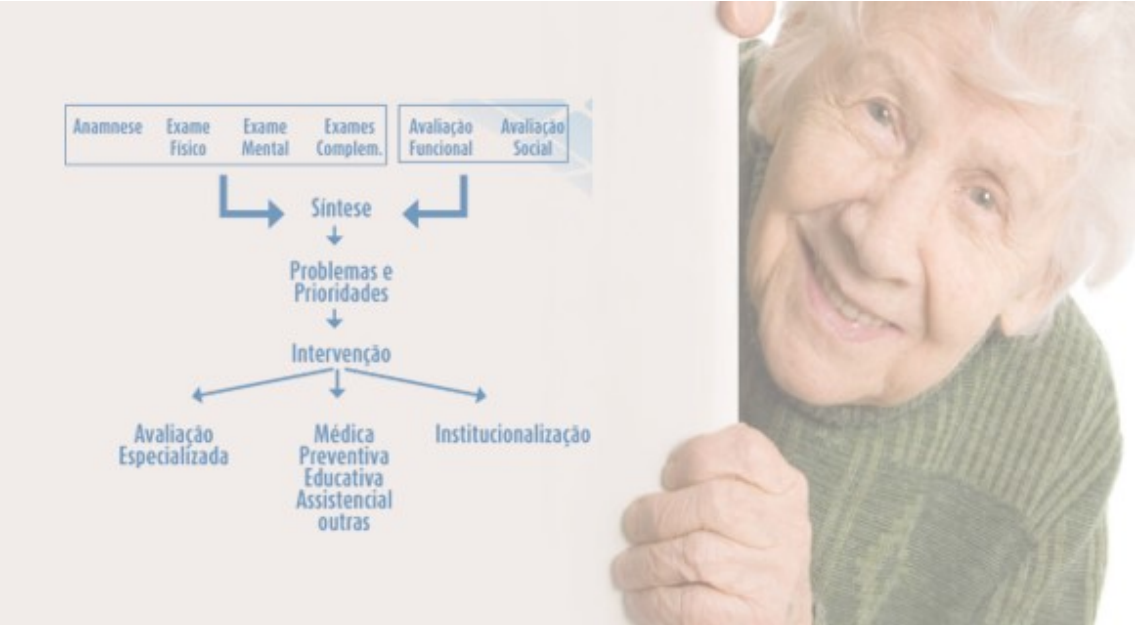
Questionário que permite detectar a presença ou o risco de malnutrição no idoso, sem recurso a parâmetros analíticos

A primeira parte (Triagem) é constituída por 6 questões. Caso não seja possível determinar o IMC (p.ex. doentes acamados) pode-se em alternativa usar o perímetro da perna – se PP = 31 cm corresponde a 0 pontos, se PP ≥ 31 cm corresponde a 3 pontos. Caso a pontuação da triagem seja sugestiva da presença ou risco de malnutrição, é realizada a segunda parte do questionário. Na segunda parte (Avaliação Global) é aprofundada a avaliação através de 12 questões adicionais.

A cada questão é atribuída uma pontuação, cuja soma permite identificar 3 categorias: estado nutricional normal, sob risco de malnutrição, malnutrição.



Resposta	Pontos
Responda à versão "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da versão "Triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação. Adicionalmente de avaliação.	
Triagem A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldades para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão B. Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a 10% do peso 1 = não sabe informar 2 = entre 5% e 10% do peso 3 = não perda de peso C. Mobilidade 0 = não se levanta ou a cadeira de rodas 1 = diminuída (não se levanta sem ajuda) 2 = normal D. Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = não 1 = sim E. Problemas neuropsiquiátricos 0 = ausência de problemas graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos F. Índice de Massa Corporal (IMC = peso(kg)/altura(m)²) 0 = IMC < 18 1 = 18 - 20 2 = 20 - 22 3 = IMC > 22 Pontuação da Triagem (totalizar, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrição Para obter pontuação final, continue com as perguntas (2-12)	
Avaliação global G. O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)? 0 = não 1 = sim H. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = não 1 = sim I. Lenda de peso ou insónia? 0 = não 1 = sim	
J. Quantas refeições fez por dia? 0 = 1 refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições K. O doente consegue: A. comer sem qualquer ajuda de 30 segundos (sem, quando ingerir)? B. beber sem qualquer problema de regurgitação ou vômito? C. andar, andar ou estar sozinho no dia? 0,0 = nenhuma das duas respostas corretas 0,5 = duas respostas corretas 1,0 = três respostas corretas L. O doente consegue fazer as suas próprias coisas de rotina (problemas funcionais)? 0 = não 1 = sim M. Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consegue por dia? 0,0 = menos de três copos 0,5 = três a cinco copos 1,0 = mais de cinco copos N. Mito de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade O. O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional P. Em comparação com outros idosos da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0 = por 0,5 = não sabe 1 = igual 2 = melhor Q. Perímetro braquial (PB) em cm 0,0 = PB < 20 0,5 = 20 - 21 1,0 = 21 - 22 1,5 = PB > 22 R. Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 30 1 = 30 - 31 2 = 31 - 32 Avaliação global (máximo 18 pontos) Pontuação da Triagem: Pontuação da avaliação global: Pontuação total (máximo 30 pontos): 	
Avaliação do Estado Nutricional de 14 a 30 pontos: estado nutricional normal de 11 a 13 pontos: sob risco de desnutrição menor de 10 pontos: desnutrição	



Recursos

Recursos da ULS

URAP:

Assistente social,
Nutricionista

UCC



Recursos da comunidade

A

A

un

Al

Ac

ca

Ad

Ad

ps

Ag

Al

Al

as

Av

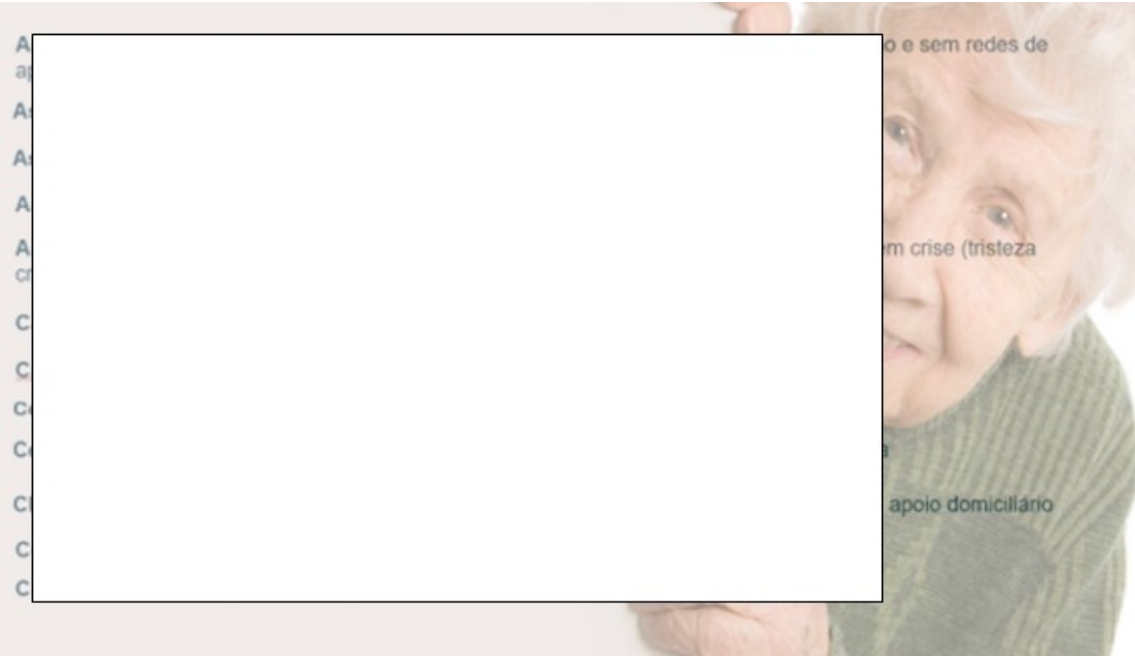
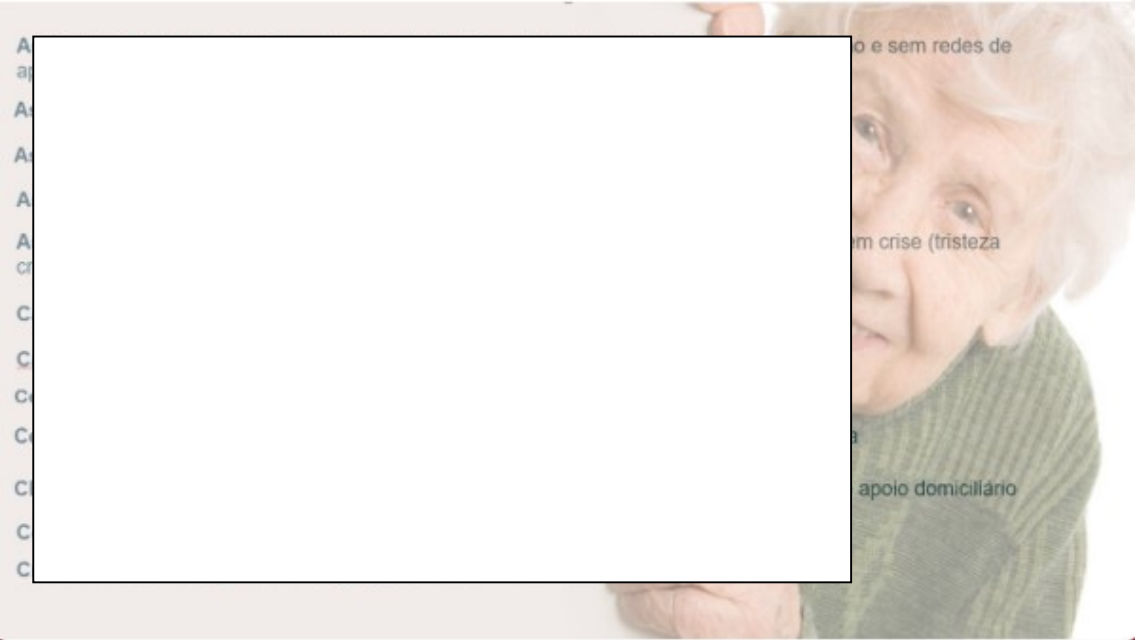
eciliário

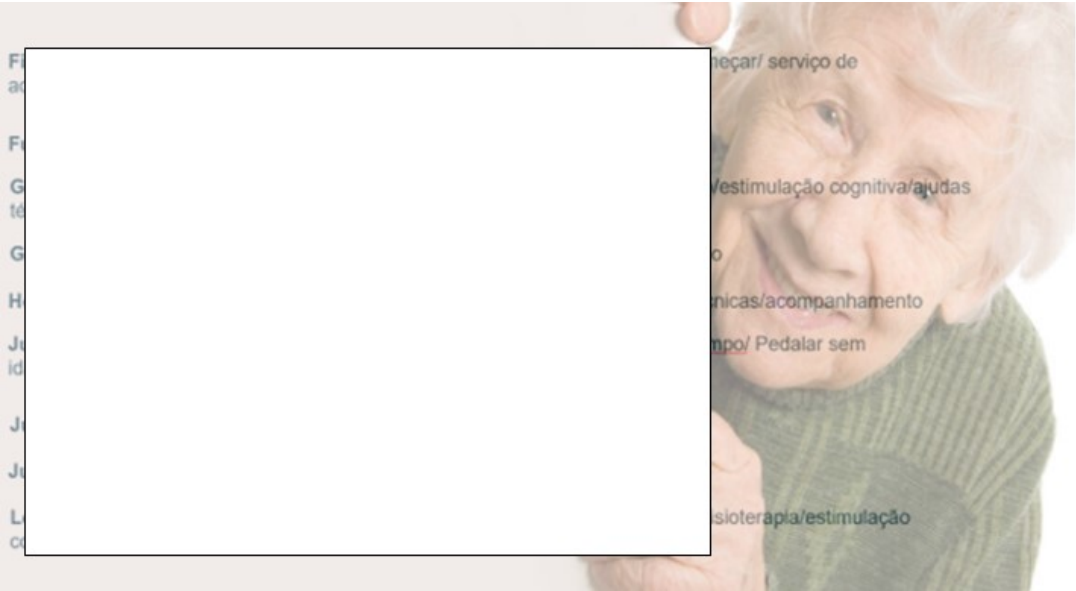
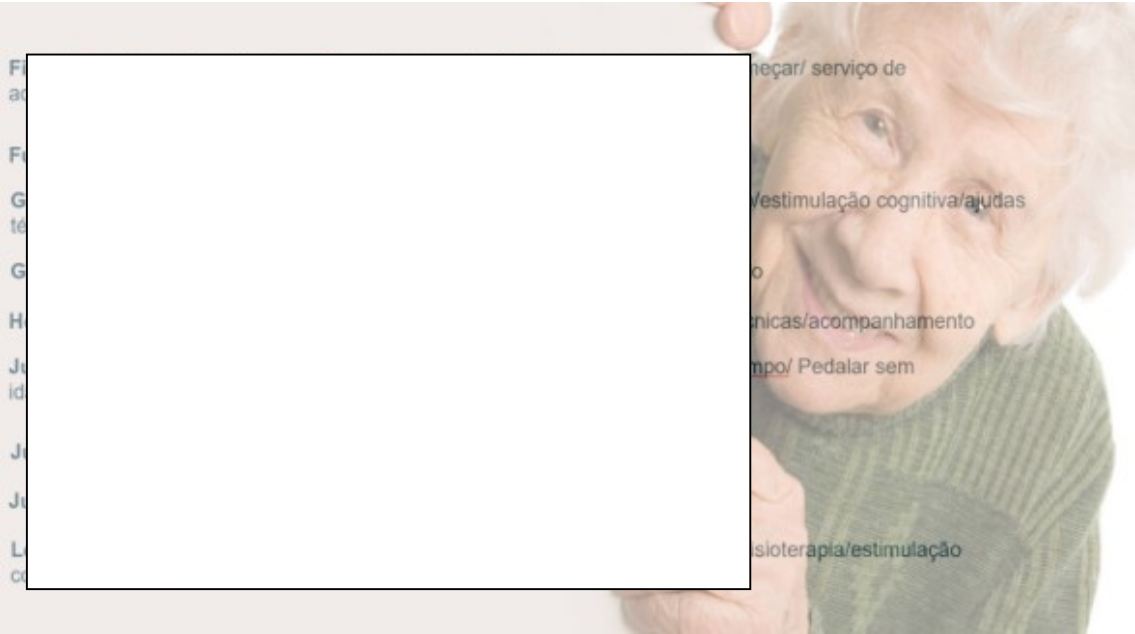
urismo social,

ocial/apolo

ais de







Mo		icílio
No		o domiciliário/ajudas técnicas
Ob		a/ apoio domiciliário/ centro de convívio social
Ob		apoio domiciliário/ centro de convívio/lar/centro
cor		
Pr		olo domiciliário /médico ao domicílio
Sa		idência sénior/apoio domiciliário/programa
cha		
SA		centro dia/apoio domiciliário
Se		centro de dia/ERPI
Un		- Projeto trajetórias/voluntariado
Ve		/lar

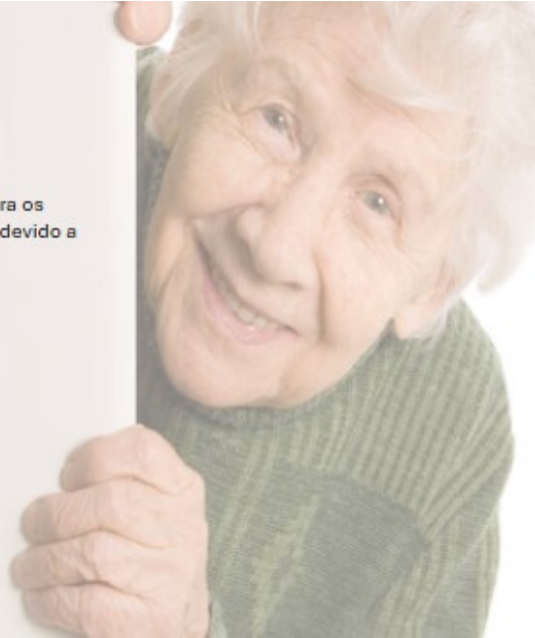
Mo		icílio
No		o domiciliário/ajudas técnicas
Ob		a/ apoio domiciliário/ centro de convívio social
Ob		apoio domiciliário/ centro de convívio/lar/centro
cor		
Pr		olo domiciliário /médico ao domicílio
Sa		idência sénior/apoio domiciliário/programa
cha		
SA		centro dia/apoio domiciliário
Se		centro de dia/ERPI
Un		- Projeto trajetórias/voluntariado
Ve		/lar

Reflexão conjunta

Caso

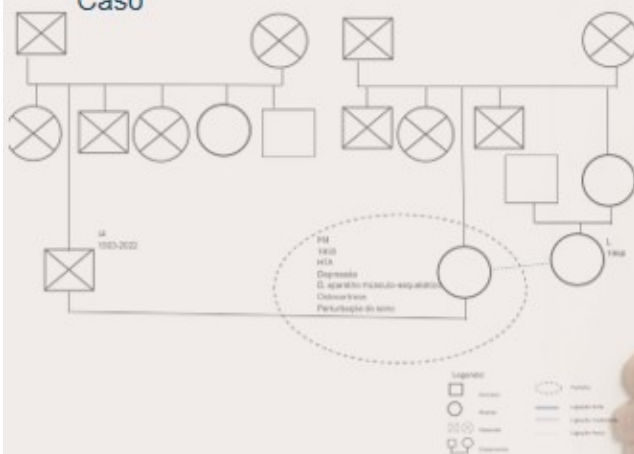
Uteute do sexo feminino, de 91 anos que reside sozinha e procura os cuidados de saúde para realização de tratamento a escoriação devido a queda no domicílio.

Apresenta sinais de tristeza e apatia.



Reflexão conjunta

Caso



Reflexão conjunta

Caso

Ecotape família 4

Legenda:

- Vínculo forte
- - - Vínculo moderado
- Vínculo fraco

Reflexão conjunta

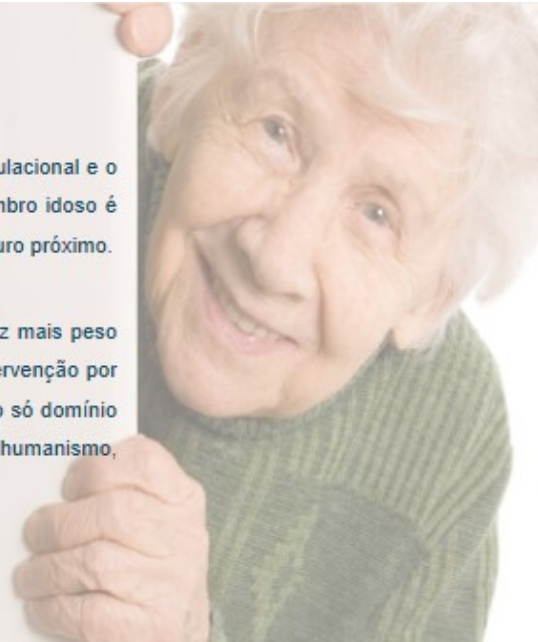
PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	NUTRIÇÃO			POSICÃO SOCIAL
					ESTADO	ALIMENTAR	DESAZADA	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42	43	44	45
46	47	48	49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60	61	62	63
64	65	66	67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78	79	80	81
82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99
100	101	102	103	104	105	106	107	108

Profissão – 5
Instrução – 5
Origem do rendimento familiar – 3
Tipo de habitação – 4
Local de residência – 4
Posição social – Classe Média Baixa

Conclusão

É seguro dizer que a problemática do envelhecimento populacional e o aumento de prevalência de famílias unipessoais com membro idoso é transversal a todo o país, com tendência a aumentar no futuro próximo.

Devido a este facto este tipo de famílias ganhará cada vez mais peso nas listas dos enfermeiros de família, e irão necessitar intervenção por parte deste, afigurando-se um desafio que irá requerer não só domínio de conhecimento por parte do enfermeiro, como também humanismo, empatia, e bom domínio das técnicas de comunicação.



Obrigada pela atenção

Questões?



Referências bibliográficas

Camargos, M. C. S., Rodrigues, R. N., & Machado, C. J. (2011). Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 28(1), 217–230. <https://doi.org/10.1590/S0102-30962011000100012>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Saudável 2017-2025: Proposta de Grupo de Trabalho Interministerial. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: *Uma Abordagem colaborativa em enfermagem de Família*. Lusodência.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). Agregados domésticos privados (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021) e Dimensão (agregado doméstico privado). <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011538>

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). Indivíduos com dificuldades (N.º) nos agregados domésticos privados por Local de residência (à data dos Censos 2021) e Grupo etário (com dificuldades). <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011683>

Santos, Y. N. dos, & Cândido, A. D. S. C. (2017). Relação entre os Sinais de Fragilidade e a Capacidade do Idoso Viver So. *REVISTA DE PSICOLOGIA*, 11(35), 463–478. <https://doi.org/10.14295/online.v11i35.749>

Silva, R. M. S. (2015). *A família nas redes sociais pessoais de idosos* [Master's thesis, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do ISMT. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/db645a2b-db11-447b-9d90-af2080eb84d4/content>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2019). Envelhecimento. https://www.who.int/health-topics/ageing/#tab=tab_1

Avaliação da ação de formação

Leia o código QR ou
utilize a ligação
para aderir



<https://forms.office.com/e/rPnJACWJHZ>

☐ Copiar ligação

ANEXO XIV – Questionário de avaliação global da formação

Questionário de avaliação da ação de formação "Família unipessoal com elemento idoso"

Este questionário destina-se à avaliação da ação de formação "Família unipessoal com elemento idoso: avaliação e intervenção do enfermeiro de família" que decorreu na USF Faria Guimarães a 15/11/2024

1. Relativamente à avaliação global da formação, como classifica: *

	insatisfeito	pouco satisfeito	satisfeito	mutio satisfeito	totalme
O cumprimento dos objetivos propostos	☐	☐	☐	☐	
A formação foi de encontro às suas expectativas?	☐	☐	☐	☐	
A qualidade da formação	☐	☐	☐	☐	

2. Relativamente aos conteúdos programáticos, como considera: *

	insuficiente	suficiente	bom	muito bom
Clareza da exposição dos temas	☐	☐	☐	☐
O tempo dedicado à exposição teórica	☐	☐	☐	☐
O tempo dedicado a brainstorming	☐	☐	☐	☐
A aquisição de novos conhecimentos	☐	☐	☐	☐

3. No que concerne à formadora, como considera *

...

	insuficiente	suficiente	bom	muito
A clareza da apresentação dos objetivos da sessão	☐	☐	☐	☐
A clareza da apresentação dos objetivos da sessão	☐	☐	☐	☐
A motivação do interesse dos elementos presentes	☐	☐	☐	☐

4. Relativamente à organização da ação de formação e seus materiais de apoio, como considera: *

	Insuficiente	suficiente	bom	muito bom
A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados	☐	☐	☐	☐
O domínio	☐	☐	☐	☐
O horário da ação de formação	☐	☐	☐	☐

5. Sugestões de melhoria:

...

Introduza a sua resposta

ANEXO XV – Questionário de consolidação de conhecimento

Família unipessoal com elemento idoso: avaliação e intervenção do enfermeiro de família.

Questionário de avaliação de consolidação de conhecimento

Este questionário surge no seguimento da avaliação da aprendizagem (nível 2 de Kirkpatrick) relativamente à acção de formação que decorreu dia 25/11/2024, intitulada "Família unipessoal com elemento idoso: avaliação e intervenção do enfermeiro de família" e pretende aferir a mudança de conhecimento produzido.

1. Numa escala de 1 a 5, como classifica o grau de dificuldade que sente ao fazer a avaliação familiar segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) das famílias unipessoais relativamente aos seguintes elementos?

	Muito fácil	Fácil	Moderada	Difícil	Muito Difícil
Dimensões operativas da dimensão estrutural	☐	☐	☐	☐	☐
Dimensões operativas da dimensão funcional	☐	☐	☐	☐	☐

2. Quais das seguintes opções considera úteis para colheita de informação útil para o enfermeiro de família na abordagem de uma família unipessoal?

- ☐ Genograma
- ☐ Ecomapa
- ☐ Etapa do ciclo vital familiar
- ☐ Escala de Graffar adaptado
- ☐ Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe
- ☐ Escala FACES II
- ☐ APGAR familiar de Smiklstein

3. Na sua opinião, quais as principais dificuldades sentidas pelas famílias unipessoais com elemento idoso?

- ☐ Dificuldades económicas
- ☐ Isolamento social
- ☐ Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde
- ☐ Aumento da probabilidade de comorbilidade
- ☐ Diminuição da qualidade de vida
- ☐ Aumento da declínio cognitivo

4. Na sua opinião, de que forma o enfermeiro de família pode intervir nas famílias unipessoais com elemento idoso?

- ☐ Melhoria da qualidade da rede social
- ☐ Melhoria do apoio familiar
- ☐ Prevenção da doença
- ☐ Prevenção do declínio funcional
- ☐ Orientação/encaminhamento para serviços de saúde

5. Relativamente à formação, de que forma esta contribuiu para a sua prestação de cuidados a esta tipologia de família?

	Facilitou	Não alterou	Dificultou/gerou confusão
Avaliação da família unipessoal segundo MDAIF	☐	☐	☐
Realização de intervenção familiar	☐	☐	☐
Registo de informação no processo familiar	☐	☐	☐

6. Como se considera no que respeita ao conhecimento de serviços sociais e recursos comunitários existentes na área geográfica de influência da USF:

	Pouco informado	Informado	Muito informado
Serviços sociais	☐	☐	☐
Recursos sociais públicos	☐	☐	☐
Recursos sociais privados	☐	☐	☐
Recursos da ULS	☐	☐	☐

ANEXO XVI – Respostas ao questionário de consolidação de conhecimento

1. Numa escala de 1 a 5, como classifica o grau de dificuldade que sente ao fazer a avaliação familiar segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) das famílias unipessoais relativamente aos seguintes elementos? (0 ponto)



2. Quais das seguintes opções considera úteis para colheita de informação útil para o enfermeiro de família na abordagem de uma família unipessoal? (0 ponto)



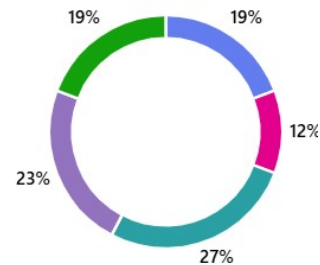
3. Na sua opinião, quais as principais dificuldades sentidas pelas famílias unipessoais com elemento idoso? (0 ponto)



4. Na sua opinião, de que forma o enfermeiro de família pode intervir nas famílias unipessoais com elemento idoso? (0 ponto)

43% dos inquiridos responderam corretamente a esta pergunta.

- Melhoria da qualidade da rede social 5 ✓
- Melhoria do apoio familiar 3 ✓
- Prevenção da doença 7 ✓
- Prevenção do declínio funcional 6 ✓
- Orientação/encaminhamento para serviços de saúde 5 ✓



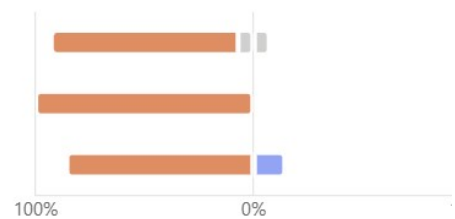
5. Relativamente à formação, de que forma esta contribuiu para a sua prestação de cuidados a esta tipologia de família (0 ponto)

- Facilitou
- Não alterou
- Dificultou/gerou confusão

Avaliação da família unipessoal segundo MDAIF

Realização de intervenção familiar

Registo de informação no processo familiar



6. Como se considera no que respeita ao conhecimento de serviços sociais e recursos comunitários existentes na área geográfica de influência da USF: (0 ponto)

[Mais detalhes](#)

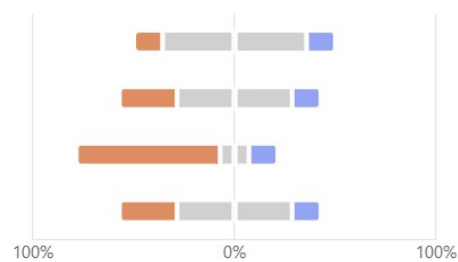
- Pouco informado
- Informado
- Muito informado

Serviços sociais

Recursos sociais públicos

Recursos sociais privados

Recursos da ULS



ANEXO XVII – Programa de comunicações orais do Dia Internacional da Família de 15 de maio de 2024



Dia 15 de maio 2024/ 9h-10h

PROGRAMA DE COMUNICAÇÕES ORAIS

Sala: Auditório

Moderador: Maria João Fernandes

Título	Autores
Relacionamento Conjugal em Famílias Neurodiversas: Potencialidades e Fragilidades Sentidas	Ana Paula Reis; Cristina Veríssimo; Paula Rodrigues; Marina Vaquinhas
Transição para a parentalidade e espiritualidade: uma scoping review	Anabela Grazina; Magda Costa; Cristina Cavaco; Ana Paula Santos; Márcio Tavares
Avaliação e Intervenção Familiar em famílias na transição para a parentalidade: Um estudo de caso	Juliana Ferreira; Joana Pinho; Inês Viseu; Maria José Peixoto; Maria Henriqueta Figueiredo
Aquisição de competências de enfermagem familiar: família Lopes – estudo de caso	Ana Pessoa; Ana Pinheiro; Catarina Moura; Paula Gomes; Catarina Nogueira; Manuela Ferreira; Virgínia Guedes
As Vivências da Família Monoparental Face à Entrada dos Filhos na Escola: Revisão Scoping	Andreia Rodrigues; Bruna Alves; Daniela Brandão; Joana Marinho Rocha; Joana Rocha; Maria Henriqueta Figueiredo

Sala: 1 Poente

Moderador: Virgínia Guedes

ANEXO XVIII – Certificado de participação no International Congress Family Health (ICFH'25)

