

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM
MEMBROS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E
EXCESSO DE PESO: PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Margarida Isabel Monteiro de Castro Silva

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS COM MEMBROS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E EXCESSO DE
PESO: PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

ASSESSMENT AND INTERVENTION IN FAMILIES WITH MEMBERS WITH
ARTERIAL HYPERTENSION AND OVERWEIGHT: PROJECT TO
DEVELOP SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN COMMUNITY NURSING IN
THE AREA OF FAMILY HEALTH NURSING

Estágio de natureza profissional orientado pela Professora
Doutora Maria Henriqueta Figueiredo e coorientado pela
Professora Doutora Maria Rui Sousa

Margarida Isabel Monteiro de Castro Silva

Porto, 2024

“Tudo o que tu podes alcançar está à distância da tua coragem para arriscar.”

Raul Minh'Alma

DEDICATÓRIA

À minha família

AGRADECIMENTO

Agradeço à minha família, que me acompanhou e apoiou sempre nesta aventura.

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, pela sua orientação científica, baseada na evidência, dedicação incansável e conhecimento profundo que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pelo exemplo e por me fazer apaixonar pela Enfermagem de Saúde Familiar.

À Professora Doutora Maria Rui Sousa, pela sua orientação científica, disponibilidade, sabedoria, partilha e paciência para me ouvir.

À Professora Ana Isabel Vilar, que sempre me recebeu com um sorriso, sempre disponível apesar de tantas solicitações.

À professora Virgínia Guedes, detentora de tanto conhecimento, pela sua preciosa orientação pedagógica.

Ao Enfermeiro Orientador Cooperante, pelo seu envolvimento e acompanhamento.

A toda a equipa de profissionais do local onde decorreu o estágio, pela simpatia do acolhimento, pela disponibilidade e colaboração.

Às minhas colegas de curso, a quem carinhosamente apelidamos de JIM-NS, companheiras, dedicadas, amigas, sempre a motivar e a acompanhar.

Por último, a todas as famílias com quem me cruzei pela primeira vez nesta caminhada, a todas e a cada um dos seus membros individualmente, porque sem elas este trabalho não teria razão de ser.

RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF) adota uma abordagem centrada na família como unidade de cuidados e nos seus membros individualmente. Durante a sua prática, mobiliza os conhecimentos específicos para avaliar e intervir na dinâmica familiar, levando em consideração as relações entre os membros da família, as suas forças individuais e as necessidades de cada um, tudo isso considerando também as suas crenças espirituais, sociais, culturais e valores pessoais (Diário da República nº135/2018, Série II de 2018-07-16). Essa abordagem holística visa promover o bem-estar de cada membro da família, reconhecendo a importância do contexto familiar na prestação de cuidados de saúde. Os objetivos traçados e que pautaram todo este crescimento, foram o desenvolvimento das competências específicas do EEECESF, assim como das competências comuns do enfermeiro especialista. Da avaliação da lista das famílias do enfermeiro orientador cooperante, verificou-se grande prevalência de hipertensão arterial concomitantemente com o excesso de peso, nos seus membros, o que determinou a importância da prestação de cuidados à família nesta área. Assim sendo, foi considerado essencial avaliar e intervir em famílias com membros portadores de hipertensão e excesso de peso, apoiando-as nas mudanças necessárias para a melhor dinâmica familiar e saúde de todos os seus membros. Esta abordagem foi realizada de forma colaborativa e sistémica, envolvendo os membros da família. Para a prestação de cuidados adequados, utilizou-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), com entrevistas familiares sistémicas como principal instrumento para avaliação e intervenção. A prática focada na família trouxe benefícios significativos em termos de saúde, pois a proximidade e o conhecimento aprofundado da dinâmica familiar foram fundamentais para o sucesso da intervenção. A identificação da escassez de documentação no programa Saúde da Família, no SClínico®, levou à compreensão da necessidade de envolver os enfermeiros da Unidade Saúde Familiar (USF) nesta temática, tendo sido desenvolvida uma formação em serviço sobre documentação no programa Saúde da Família, utilizando o sistema informático SClínico® e a Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como guias para a documentação adequada. Além disso, o envolvimento em eventos científicos permitiu o aprimoramento da competência para gerir e participar ativamente de intervenções relacionadas com a Enfermagem de Saúde Familiar. Essas ações visavam melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados aos pacientes e suas famílias.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde da Família, Enfermagem de Saúde Familiar, Hipertensão Arterial, Excesso de Peso.

ABSTRACT

The Nurse Specialist in Community Nursing in the area of Family Health Nursing adopts an approach centered on the family as a unit of care and on its individual members. During their practice, they mobilize specific knowledge to assess and intervene in family dynamics, taking into account the relationships between family members, their individual strengths and the needs of each one, all while also considering their spiritual, social and cultural beliefs and personal values (Republic's Diary no 135/2018, Series II of 2018-07-16). This holistic approach aims to promote the well-being of each family member, recognizing the importance of the family context in the provision of healthcare. The objectives that were set and that guided all this growth were the development of the specific competences of the Community Nurse Specialist in the area of Family Health Nursing, as well as the common competences of the specialist nurse. The evaluation of the cooperating nurse advisor's list of families revealed a high prevalence of hypertension, along with overweight, in their members, which determined the importance of providing family care in this area. It was therefore considered essential to assess and intervene in families with members suffering from hypertension and excess weight, supporting them in the changes necessary for better family dynamics and the health of all its members. This approach was collaborative and systemic, involving family members. In order to provide appropriate care, the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention was used, with systemic family interviews as the main tool for assessment and intervention. The family-focused practice brought significant benefits in terms of health, as the proximity and in-depth knowledge of family dynamics were fundamental to the success of the intervention. The identification of the scarcity of documentation in the Family Health program in SClinico® led to the realization of the need to involve nurses from the Family Health Unit USF in this thematic, and in-service training was developed on documentation in the Family Health program, using the SClinico® computer system and the Dynamic Model Family Intervention Assessment Operational Matrix as guides for proper documentation. In addition, involvement in scientific events allowed for the improvement of competence in managing and actively participating in interventions related to Family Health Nursing. These actions were aimed at improving the quality and effectiveness of the services provided to patients and their families.

Keywords: Nursing, Family Health, Family Health Nursing, Hypertension, Overweight.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

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

DGS - Direção Geral da Saúde

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

HTA - Hipertensão Arterial

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MIM@UF® - (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais).

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SIARS - Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde

UC - Unidade Curricular

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade Saúde Familiar

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	10
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	14
1.1. Descrição do contexto da prática.....	14
1.2. Caracterização das famílias	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
2.1. Conceito de família	22
2.2. Transição saúde/doença no indivíduo.....	26
2.3. Transição saúde/doença na família	28
2.4. Quando coexistem a hipertensão arterial e o excesso de peso em membros da família	29
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	32
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	32
3.1.1. Família M.....	34
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	45
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	49
4.1. Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.....	50
4.1.1. Estabelecer uma Relação com a Família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas	50
4.1.2. Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família	51
4.1.3. Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.....	52
4.1.4. Desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.....	53
4.1.5. Intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da	

família, em situações complexas	54
4.1.6. Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa.....	54
4.1.7. Envolver de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar	55
4.1.8. Formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem	56
4.2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	56
4.2.1. Articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	57
4.2.2. Gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.....	58
CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	70
ANEXO I - Matriz Operativa do MDAIF: Versão Reduzida	
Anexo II - Documento Word® “Matriz Operativa versão reduzida” Família M	
Anexo III - Plano Individual de Cuidados - Família M	
Anexo IV - Documento Word® “Matriz Operativa versão reduzida” Família C	
Anexo V - Plano Individual de Cuidados - Família C	
Anexo VI - Documento Word® “Matriz Operativa versão reduzida” - Família B	
Anexo VII -Plano Individual de Cuidados - Família B	
Anexo VIII - Plano de Formação	
Anexo IX - Apresentação da Formação	
Anexo X - Questionário da avaliação da sessão de formação	
Anexo XI - Certificado de Participação - NursID Spring School 2023	
Anexo XII - Certificado de Participação - 1º Webinar do Projeto InfFUCI IDNUR A Família na Transição Saúde - Doença - Intervenção de Enfermagem	

Anexo XIII - Certificado de Participação - 2.º Seminário Enfermagem Saúde Familiar, ACES Maia/Valongo

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Pirâmide Etária dos utentes inscritos no ACES, no início do Módulo I do Estágio.

Fonte: BI-CSP (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários) 15

FIGURA 2: Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF em setembro de 2023. Fonte: SIARS

(Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde) 18

FIGURA 3: Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF na lista do enfermeiro orientador

cooperante. Fonte: SIARS (setembro 2023).....20

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Dados extraídos do SClínico® no 2º momento de avaliação	48
---	----

NOTA INTRODUTÓRIA

Este relatório surge no âmbito do desenvolvimento das unidades curriculares Estágio de Natureza Profissional - Módulo I e Módulo II, que decorreram entre os dias 27 de abril e 30 de junho de 2023 (Módulo I) e os dias 18 de setembro passado e 26 de janeiro do corrente ano (Módulo II), tendo-se desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF) modelo B. Esta Unidade Curricular (UC) insere-se no curso de mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto (Despacho nº 9560/2021, 30 de setembro), que pretende:

Capacitar enfermeiros para desempenhar autonomamente e colaborativamente a enfermagem de saúde familiar, utilizando as melhores evidências da pesquisa como base.

Colaborar na implementação de políticas de saúde familiar e na organização dos cuidados de saúde nesse contexto.

Desempenhar um papel relevante na conceção, execução e avaliação de projetos de saúde direcionados para a família como um todo e seus membros individualmente.

Compreender a complexidade do sistema familiar, considerando a família como a unidade central de cuidados, e os membros individuais como partes desse sistema.

Desenvolver habilidades que demonstrem alto nível de julgamento clínico e tomada de decisão, fortalecendo as capacidades e recursos familiares ao longo das diferentes fases do ciclo de vida familiar.

Para o desenvolvimento destes objetivos gerais, segundo a ficha desta unidade curricular, os objetivos específicos são os seguintes:

Ampliar e fortalecer a compreensão profissional do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar.

Aprofundar habilidades na conceção, gestão e supervisão de cuidados, especialmente aqueles de alta complexidade, na prática da Enfermagem Comunitária, especificamente na área de Saúde Familiar.

Desenvolver habilidades para apoiar o trabalho de outros enfermeiros, promovendo e facilitando aprendizagens profissionais significativas.

Priorizar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, especialmente na enfermagem de saúde familiar, como central no exercício avançado da profissão.

Fortalecer a capacidade de aplicar na prática clínica, especialmente na área de enfermagem de saúde familiar, as melhores evidências disponíveis.

Aprofundar e solidificar habilidades clínicas diferenciadas e avançadas para lidar com necessidades complexas de cuidados dos pacientes na Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Familiar.

Elaborar e discutir o relatório de estágio destacando a relevância das competências adquiridas durante o processo, visando a prática profissional especializada na Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Familiar.

O primeiro regulamento publicado sobre o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) surge como o documento inicial que estabelece os padrões e requisitos para os enfermeiros que desejam especializar-se nessa área. Este regulamento, emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2011, delineia as habilidades, conhecimentos e atribuições específicas que os enfermeiros devem possuir para atuar como especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros introduzidas pela Lei 156/2015, de 16 de setembro, ao contrário do que se verificava até esta alteração, este Estatuto passou a identificar os Títulos de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, conforme se encontra estabelecido no seu artigo 40º. Assim, a Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária no dia 3 de janeiro de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas i) e o) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovou o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, tendo sido homologado por despacho de 8 de maio de 2018. O artigo 1.º deste regulamento define o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar e que visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados. O artigo 3.º define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar:

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

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

Os cuidados de enfermagem à família integram o pressuposto de que a família pode ser definida como um sistema, onde existem laços e relações e onde cada membro tem papéis e funções, num sistema dinâmico, que evolui ao longo do tempo (Silva et al., 2022; Wright & Leahey, 2013). A unidade familiar e as suas respostas às transições são alvo de cuidados especializados por parte do EEECESF, sendo que estes permitem facilitar as respostas familiares em casos de transição complexa, identificando as suas dificuldades, as suas forças e o seu potencial de crescimento perante a mudança (Ferreira et al., 2020; Figueiredo, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Para dar resposta aos objetivos propostos, as atividades realizadas ao longo desta UC terão como referencial teórico e operativo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), uma vez que este modelo permite orientar e sustentar a tomada de decisão na prestação de cuidados às famílias (Ferreira et al., 2020; Figueiredo, 2012).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), foi também norteadora na avaliação dos membros das famílias, como indivíduos, já que tem o seu foco nos processos transacionais a que a pessoa está sujeita durante todo o seu ciclo vital.

O tema “avaliação e intervenção em famílias com membro portador de hipertensão arterial e excesso de peso”, estando subjacente ao processo de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, surgiu da necessidade percebida pela análise de uma amostra de conveniência de sessenta famílias e, em alinhamento com a elaboração em curso, na USF, de um Plano Assistencial Integrado sobre a mesma temática. As famílias selecionadas para integrarem este trabalho, pertencem à lista de famílias do enfermeiro orientador cooperante.

Para a seleção das famílias a integrar neste projeto, começou-se pelo cruzamento da lista de utentes inscritos no enfermeiro orientador cooperante, extraída do Registo Nacional de Utentes, com a lista dos utentes portadores de Hipertensão Arterial (HTA) e Excesso de Peso, também inscritos no enfermeiro orientador cooperante, extraída da plataforma MIM@UF® (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais). Deste estudo, surgiram 16 famílias, com mais que um membro portador de HTA e Excesso de Peso. Posteriormente foram encontradas 6 famílias em que pelo menos um dos membros tinha uma consulta agendada na USF no período de desenvolvimento deste estágio, sendo estas as selecionadas para a integração deste trabalho, se assim o desejassem.

Estruturalmente, este relatório está dividido em duas partes distintas. Na primeira parte, contextualiza-se o trabalho no tempo e no espaço, justifica-se e apresenta-se o tema em questão, e definem-se os objetivos a serem alcançados. A segunda parte é dedicada à descrição das atividades realizadas nesta UC, incluindo a apresentação dos resultados obtidos, bem como o seu contributo para o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Este relatório pretende também espelhar a concretização de dois objetivos importantes:

- Desenvolver competências específicas para cuidar a família enquanto unidade de cuidados, assim como dos seus membros, ao longo do seu ciclo vital;
- Desenvolver competências específicas que promovam a liderança e a colaboração em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O desenvolvimento das unidades curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Módulo II decorreram numa USF Modelo B, pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde do Norte, sendo que o Módulo II se desenvolveu entre os dias 18 de setembro passado e 26 de janeiro de 2024, num total, de 340 horas, com o objetivo de desenvolver as competências específicas do EEECESF.

Entende-se por competência o conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes que permitem a uma pessoa desempenhar uma tarefa ou função com excelência. A competência é mais ampla que a habilidade, que apenas se refere à capacidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos, envolvendo a mobilização de recursos, a tomada de decisão e a capacidade de lidar com situações complexas num contexto específico (Zabala & Arnau 2007), como é o caso da prestação de cuidados à família pelo EEECESF.

Em seguida, será apresentada uma descrição sobre o contexto onde foi desenvolvido o estágio, seguida por uma caracterização da lista de famílias. O primeiro subcapítulo, 'Descrição do contexto da prática', fornecerá uma visão geral do ambiente e das condições em que o estágio decorreu. Em seguida, no segundo subcapítulo, 'Caracterização das famílias', serão apresentadas informações detalhadas sobre as famílias clientes, incluindo os seus perfis socioeconómicos, necessidades de saúde e outros aspetos relevantes.

1.1. Descrição do contexto da prática

O ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) é responsável pela prestação de cuidados de saúde da população residente num conjunto de 15 freguesias e uniões de freguesias, pertencentes a três concelhos distintos, Espinho (4) Vila Nova de Gaia (10) e Gondomar (1) num total de 183.524 habitantes (Censos 2011). De acordo com a Base de Dados Nacional do Registo Nacional de Utentes, no mês de abril de 2023, este ACES tinha 184 633 utentes inscritos, que se encontram representados na Figura 1, segundo a faixa etária e género.

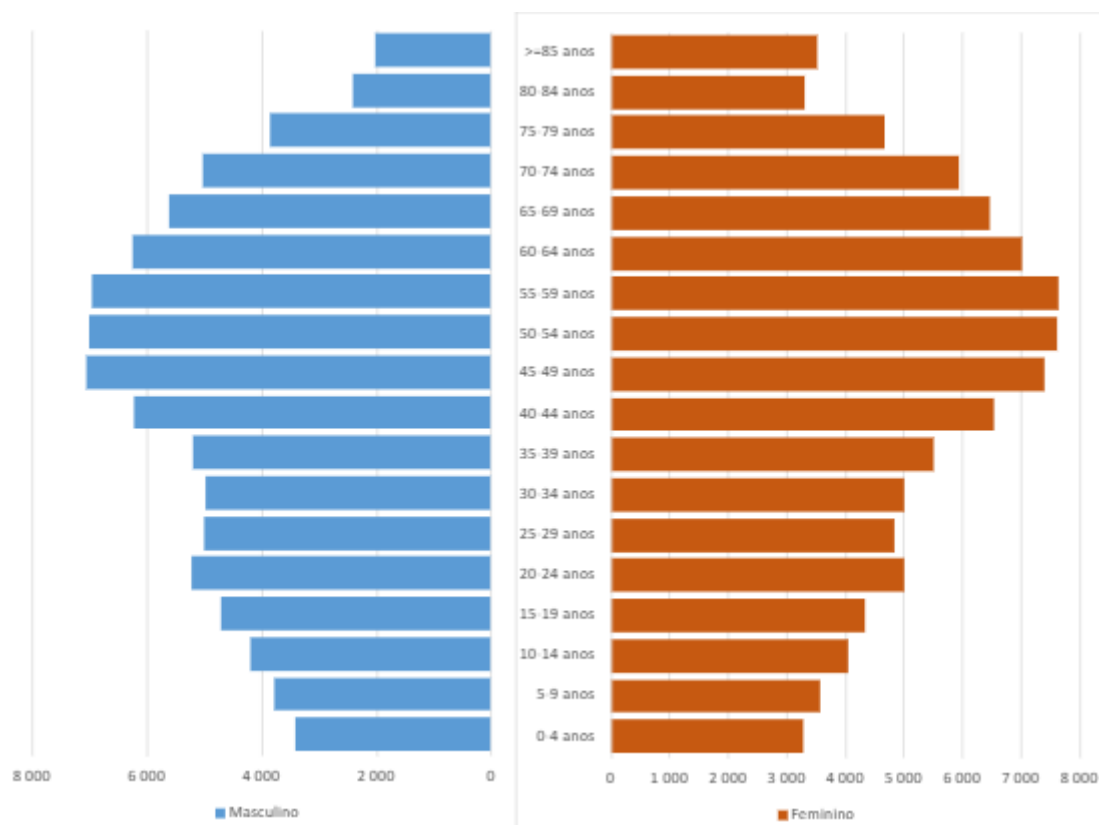


FIGURA 1: Pirâmide Etária dos utentes inscritos no ACES, no início do Módulo I do Estágio.
Fonte: BI-CSP (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários)

Observa-se relativa equidade em relação ao gênero ($n=88810$ masculino, 48%; $n=95823$ feminino, 51,8%), sobreponível ao cenário nacional em 2022 ($n=4.984,5$ milhares de indivíduos de gênero masculino, 47% e $n=5.459,7$ milhares de indivíduos do gênero feminino, 52%).

A população mais representativa da USF é a população ativa, com uma incidência significativa no grupo etário dos 50 aos 54 anos. Essa distribuição é semelhante ao cenário nacional, onde, em 2022, a faixa etária dos 40 aos 49 anos apresentava uma percentagem de indivíduos superior a 7,00%. Mais especificamente, a maior prevalência era observada na faixa dos 45 aos 49 anos, com 7,70% da população residente em Portugal, seguida pela faixa dos 50 aos 54 anos, com 7,28%.

Relativamente ao grupo de jovens com idade inferior a 15 anos inscritos na USF, este representa 12,06% dos utentes, sendo o índice de dependência de jovens de 18,64%. A população ativa (com idades entre os 15 e os 64 anos) representa 64,73% e os idosos (com idade ≥ 65 anos), representam 23,20% da população inscrita, sendo o índice de dependência de idosos de 35,85%. Comparativamente, a nível nacional, em 2022, o grupo de jovens com idade inferior a 15 anos representava 12,97 % da população (equivalente à população da USF: 12,06%), a po-

pulação ativa representava 63,24 % (equivalente à população da USF: 64,73%) e a população idosa representava 20,29% (equivalente à população da USF: 23,20%).

Em setembro de 2006 surgiram oficialmente as primeiras dez Unidades de Saúde Familiares, sendo mais de cem em 2017. Assim sendo, pode-se dizer que esta USF foi das primeiras a surgir em Portugal, tendo iniciado funções a 20 de março 2007.

As áreas de atuação e intervenção da USF estão em alinhamento com a portaria n.º 1368/2007, que define a carteira básica de serviços das Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e com o Plano Nacional de Saúde da Direção Geral de Saúde (DGS, 2021):

“1. Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida: a) Saúde geral; b) Saúde da mulher; c) Saúde infantojuvenil; d) Saúde do adulto e do idoso; 2. Cuidados em situação de doença aguda; 3. Acompanhamento clínico de situações de doença crónica e patologia múltipla; 4. Cuidados no domicílio; 5. Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» da pessoa” (Portaria n.º 1368/2007).

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B, disposta no n.º 1 do artigo 3.º, que refere que as USF's se podem organizar em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. A cada um destes modelos correspondem processos e modelos distintos de retribuição do desempenho, a nível de incentivos institucionais e financeiros e acreditação da USF, pelo que importa aprovar a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento. Estas foram elaboradas pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I.P.

Os modelos de desenvolvimento das USF (modelo A, B e C) foram definidos no Despacho n.º 24 101/2007, de 22 de outubro, assim como os processos para a sua atribuição. Para tanto, foram considerados como critérios fundamentais: o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. A USF onde se desenvolve esta UC é do tipo B, pressupondo uma autonomia funcional, organizacional e técnica, com o objetivo de eliminar uma parte da dependência das entidades hierarquicamente mais importantes, no que toca a decisões e gestão de recursos.

O Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho, procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que

as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integram as USF's de modelo B.

A 7 de novembro de 2023, foi publicado o Decreto-Lei n.º 103/2023, que aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar.

As USF's são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, compostas por equipas multiprofissionais, voluntariamente constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, dispondo de autonomia organizativa, funcional e técnica, integrando -se numa lógica de rede com outras unidades funcionais do agrupamento de centros de saúde (ACES) ou da unidade local de saúde (ULS). Relativamente a recursos humanos, a USF é neste momento constituída por cinco médicos, cinco enfermeiros, (dois especialistas em Enfermagem Comunitária e um especialista em Enfermagem de Reabilitação) e quatro assistentes técnicos.

Atualmente, o horário de funcionamento da USF é das 08h às 20h, nos dias úteis.

A USF está neste momento a desenvolver a candidatura para a certificação de unidades de saúde, em conformidade com os manuais definidos no Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde português.

De acordo com as diretrizes do Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde (DGS, 2020), o processo de certificação é conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da Direção-Geral da Saúde (DGS), e de acordo com os procedimentos documentados em que se baseia esta entidade certificadora de serviços.

Um certificado concedido pela DGS a uma unidade de saúde representa uma confirmação de que essa unidade está em conformidade com os padrões e critérios estabelecidos nos manuais de padrões e em outros requisitos do Modelo de Certificação.

As unidades de saúde que obtêm essa certificação são avaliadas e monitoradas de acordo com as diretrizes estabelecidas no documento atual e na documentação de referência que embasa todo o Modelo de Certificação de unidades de saúde do Ministério da Saúde.

Relativamente ao método de trabalho, esta equipa organiza-se em equipas nucleares, consultas planeadas sendo o cliente atendido primeiro na consulta de enfermagem e depois na consulta médica.

De acordo com Base de Dados do Registo Nacional de Utentes, no mês de abril de 2023, a USF tinha 9549 utentes inscritos distribuídos por faixa etária e género representados na Figura 2.

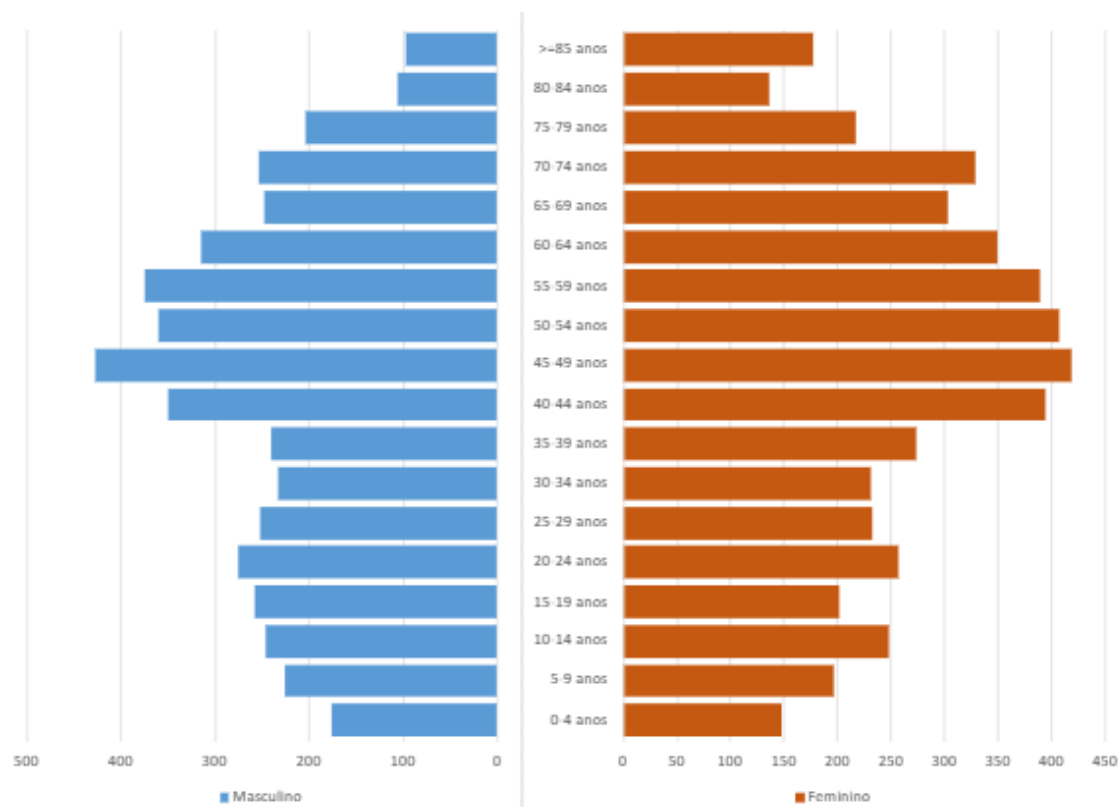


FIGURA 2: Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF em setembro de 2023. Fonte: SIARS (Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde)

A pirâmide etária apresenta-se do tipo regressivo, em que o topo é mais largo do que a base, indicando uma grande proporção de idosos em relação aos jovens, traduzindo uma taxa de natalidade baixa e uma esperança média de vida relativamente alta. Esta estrutura demográfica reflete uma baixa taxa de natalidade e uma esperança média de vida relativamente alta. Essa tendência pode ser atribuída a vários fatores, incluindo urbanização, redução da taxa de mortalidade infantil e acesso facilitado a métodos contraceptivos, contribuindo para uma maior longevidade da população. Observa-se relativa equidade em relação ao género ($n=4633$ masculino; $n=4916$ feminino), sendo a população mais representativa a população ativa, com incidência nos grupos etários dos 45-49 anos de idade, semelhante ao cenário nacional. O grupo de jovens com idade inferior a 15 anos representa 12,98% dos utentes, sendo o índice de dependência de jovens de 19,86%, ligeiramente superior comparativamente com o índice do ACES que é de 18,64%. A população ativa (com idades entre os 15 e os 64 anos) representa 65,41% e os idosos (com idade ≥ 65 anos) representam 21,67% da população inscrita, sendo o índice de dependência de idosos de 33,19%, ligeiramente inferior ao índice do ACES que é de 35,85%.

Consultando o programa informático MIM@UF®, em fevereiro de 2023, verificou-se que, dos 9581 utentes inscritos no mês anterior na USF, 2526 (26,4%) tinha codificação, segundo a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, versão 2 (ICPC-2) do problema

“Excesso de Peso”, sendo 1277 do sexo feminino e 1249 do sexo masculino. Os valores obtidos acompanham os valores dos registos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na região Norte, que correspondem, a 23,6% para o excesso de peso. Verificou-se ainda que, dos 1575 (16,5 %) de adultos com diagnóstico de hipertensão na USF, 16,2% tinha também excesso de peso (1554 utentes, 797 mulheres e 757 homens).

1.2. Caracterização das famílias

A lista do enfermeiro orientador cooperante, ainda segundo o BI-CSP, em março de 2023, é composta por 808 famílias, totalizando 1975 pessoas, sendo 2,44 a média de membros por família, com um desvio padrão de 0,31. Relativamente ao género, é composta maioritariamente por mulheres, 52,64%, sendo 47,36% dos inscritos, do género masculino. A faixa etária mais predominante é a dos 45-49 anos, com 182 indivíduos, representando 9,32% da lista, seguindo-se a faixa etária dos 50-54 anos, representando 7,63% dos inscritos (149 indivíduos). As faixas etárias com menos indivíduos são as das crianças mais novas e a dos mais idosos, sendo que dos 0-4 anos estão inscritas 71 crianças (3,63%), os 5-9 anos estão inscritas 81 crianças (4,15%), dos 80-84 anos, 30 idosos (2,42%) e com mais de 85 anos, 33 pessoas (2,66%).

A distribuição por faixa etária e género dos indivíduos inscritos na lista do enfermeiro orientador cooperante está representada na Figura 3.

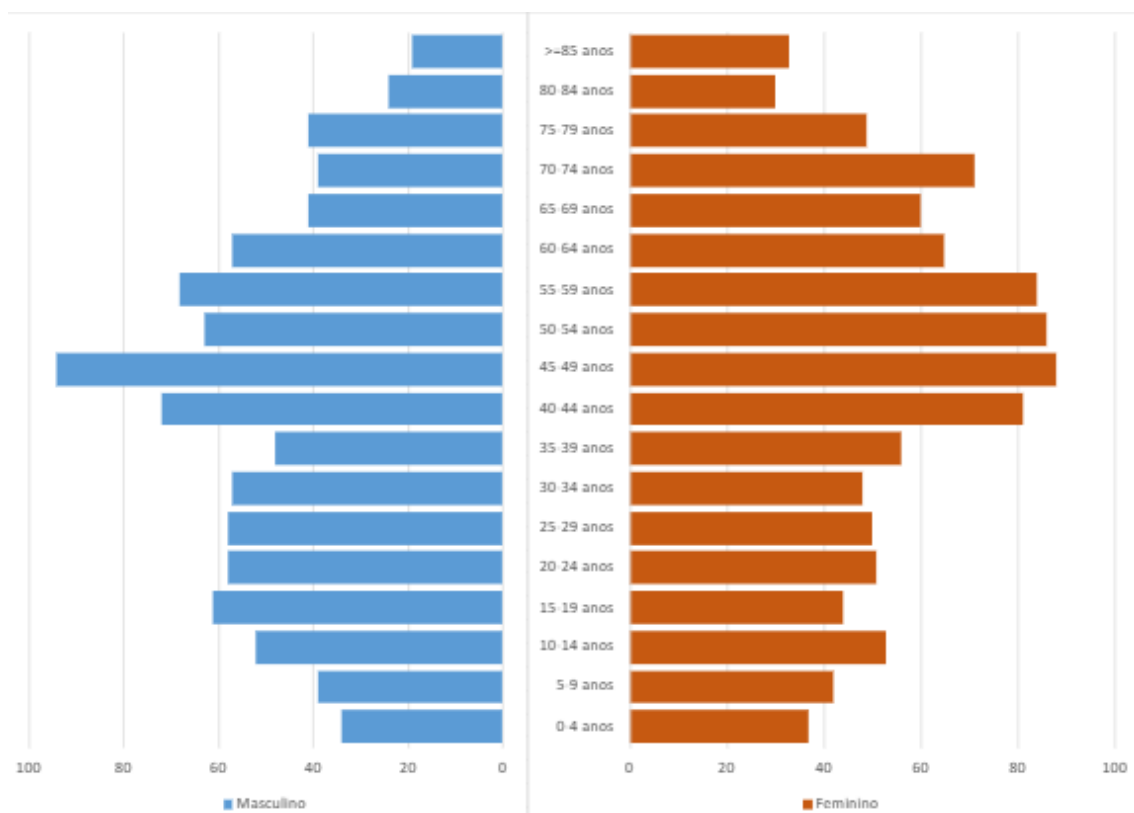


FIGURA 3: Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF na lista do enfermeiro orientador cooperante. Fonte: SIARS (setembro 2023)

Esta pirâmide etária mostra uma tendência de envelhecimento da população, indicada pelo maior número de utentes em faixas etárias mais avançadas, como 80-84 anos e acima de 85 anos, com o número de mulheres maior do que o número de homens. No entanto, em faixas etárias mais jovens, como 0-4 anos e 5-9 anos, a diferença entre géneros é menor. Ainda no que se refere à percentagem de género, em algumas faixas etárias, como 45-49 anos e 50-54 anos, o número de mulheres inscritas é maior do que o número de homens, enquanto em outras faixas etárias, como 0-4 anos e 5-9 anos, a diferença é menor.

Pelos dados fornecidos pelo Sistema de Informação Nacional de Unidades de Saúde (SINUS) em janeiro de 2023, estas famílias são maioritariamente unipessoais, 31,93%, seguindo-se as famílias com dois elementos, 23,64%. Há ainda 164 famílias com 3 elementos (20,30%), 146 famílias com 4 elementos (18,07%) e 38 Famílias com 5 elementos (4,70%). Por último, está também inscrita uma família com 7 elementos (0,12%) e outra com 8 elementos (0,12%).

Ainda considerando a informação do BI-CSP, relativamente aos problemas de saúde ativos mais identificados nos membros das famílias da lista do enfermeiro orientador cooperante, segundo a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, versão 2 (ICPC - 2),

encontra-se com maior prevalência o excesso de peso, com 30,83% membros portadores, seguindo-se a alteração de lípidos (22,31%) e a hipertensão sem complicações (17,47%). De salientar ainda o abuso do tabaco em 17,75% dos membros e a obesidade, presente em 16,69% dos inscritos.

Assim, no sentido de melhor compreender as necessidades em saúde, foi realizada a caracterização de uma amostra de um total de 60 famílias inscritas na lista do enfermeiro orientador cooperante, num total de 162 membros, com base no critério de acessibilidade. A colheita dos dados foi realizada com recurso a um questionário às famílias que se deslocaram à USF para consulta de enfermagem. Esta amostra contribuiu para uma caracterização das famílias da lista do enfermeiro orientador cooperante, sendo que os dados recolhidos foram documentados no sistema de informação SClínico®. Os dados colhidos para a avaliação foram: idade, género dos membros, tipo de família, os subsistemas familiares presentes, etapa do ciclo vital, patologias dos membros, existência de membro dependente, existência de animal doméstico e foi aplicada a Escala de Graffar Adaptada (Amaro, 2001). Relativamente aos membros da família, identifiquei as patologias diagnosticadas, quer através da entrevista, quer consultando os registos no processo clínico.

A média de idades encontrada nos membros das famílias foi de 46,4 anos, com uma amplitude de 97 anos e um mínimo de 2 meses de idade, sendo 46,3 % dos membros do género feminino e 53,2% do género masculino. O tipo de família predominante foi o nuclear, representando 63,3% da amostra, seguindo-se os tipos unipessoal e alargada, representando 10% cada um, 5% o tipo reconstituída, e 11,67% o tipo monoparental, liderada pelo género feminino. Quanto aos subsistemas familiares, o conjugal estava presente em 71,67% das famílias, o parental em 61,67% e o fraternal em 23,33% das famílias. Relativamente à etapa do ciclo vital, 43,34% das famílias estavam na etapa família com filhos adultos, 11,67% das famílias estavam na etapa família com filhos adolescentes, 8,30% na etapa de família com filhos pequenos, 5,00% na etapa de família com filhos em idade escolar e 5,00% na etapa de formação de casal. Nenhuma das famílias avaliadas apresentava membro dependente. No que respeita à classe social, identificou-se 66,67% de famílias de classe média, 16,67% de famílias de classe média alta, 15% de classe média baixa e 1,67% de classe alta. Do levantamento das patologias diagnosticadas, constatei que 21% dos membros eram portadores de excesso de peso e 23,4% portadores de hipertensão arterial, sendo que 12,96% apresentavam as duas condições.

Tendo em conta estes dados, e em particular o número de famílias com membro portador de hipertensão arterial, as famílias alvo para a avaliação e intervenção no decorrer dos estágios foram aquelas em que existisse mais do que um membro portador concomitantemente de excesso de peso e hipertensão arterial.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será abordado o conceito de família como unidade sistémica, sujeita a transições, nomeadamente a transições acidentais e particularmente, transições de saúde/doença. Será ainda explanada a doença crónica e o seu impacto na dinâmica familiar, e a coexistência de hipertensão e excesso de peso num membro da família.

2.1. Conceito de família

O conceito de família evoluiu ao longo da história, paralelamente à evolução da sociedade. Émile Durkheim, sociólogo francês, na sua obra "Da Divisão do Trabalho Social" (1893) desenvolveu um dos primeiros conceitos teóricos sobre a família, a "função social", destacando a importância da família como uma instituição elementar para a harmonia da sociedade, (Durkheim, 1997).

Segundo a Teoria dos Sistemas Familiares, a família é a base da sociedade, tendo como função socializar as crianças, transmitir valores culturais, providenciar afeto e apoio emocional aos seus membros, regular a sexualidade e a reprodução, e contribuir para a integração social, (Lamanna, Riedmann & Stewart, 2021).

A teoria familiar sistémica, desenvolvida por vários teóricos como Murray Bowen na década de 1960, enfatiza a interdependência e as dinâmicas familiares, destacando a família com um sistema interligado de membros, em que a ação de um membro afeta todos os outros. Neste modelo, a família é considerada um sistema social aberto e auto-organizado, considerada como um todo e não apenas como a soma dos membros, sendo, simultaneamente, uma parte de outros sistemas mais amplos (Relvas, 2003).

Em 1982, Minuchin apresenta a família como um sistema organizado por hierarquias, constituído por diferentes subsistemas em constante interação: subsistema individual (cada membro), parental (pais e filhos), conjugal (marido e esposa), e fraternal (irmãos). Cada subsistema tem um papel específico na família e é organizado por uma hierarquia de poder. A interação entre os subsistemas, definirá os limites e as trocas permitidas a cada membro da

família, (Gladding, 2015). Assim sendo, é possível coexistirem vários subsistemas, compostos por diferentes gerações, gêneros diferentes, com interesses e funções particulares, sendo que, o comportamento de cada um, influencia o outro.

Em 1994, a OMS (Organização de Saúde ou World Health Organization -WHO) apresenta um conceito de família em que enfatiza as relações, alertando para a importância de ultrapassar o limite das relações biológicas ou legais: “o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. A família é um grupo de pessoas com relações baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum” (WHO, 1994). A OMS ainda apresenta família como contexto de promoção da saúde e redução da doença, já que é no seio da família que cada membro desenvolve crenças e comportamentos de saúde desde o seu nascimento (Rodrigues, 2013).

Vaughan-Cole et al. (1998) acrescentam que na família há um histórico de atenção e zelo concomitantemente com a perspectiva de um vínculo contínuo dedicado ao cuidado. Esta ideia é reforçada na SAÚDE 21 onde a família é identificada como a unidade básica da sociedade e estabelece ainda a relação da família com o domicílio (Hennessy & Gladin, 2006), considerando-a como um grupo de pessoas que partilham responsabilidades na saúde, tornando-se ambiente potenciador ou não de mudanças comportamentais em saúde.

De acordo com Abreu (2011), o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, apoia a pessoa/família a explorar a transição através das suas expectativas e experiências, a identificar eventos stressantes associados, a compreender como os suportes pessoais (os recursos facilitadores dentro da própria pessoa) e os suportes externos, podem facilitar ou dificultar a transição vivencial.

De acordo com Figueiredo (2012), a família, considerada como uma unidade sistémica, desempenha um papel singular no suporte à saúde de seus membros, possuindo uma capacidade intrínseca de auto-organização. A compreensão desse conceito deve considerar tanto o histórico quanto o contexto familiar, expandindo a perspectiva do indivíduo para abranger a família como um todo, reconhecendo sua complexidade, abrangência, interdependência e diversidade (Figueiredo, 2012).

No contexto familiar como um sistema, várias propriedades influenciam a prática de enfermagem. Ochoa De Alda (1995) destaca a totalidade como uma dessas propriedades, argumentando que o enfermeiro deve compreender, não apenas as intenções e ações individuais dos membros da família, mas também as relações entre eles. Ele enfatiza a causalidade circular, sugerindo que as respostas de um membro da família podem influenciar outro, criando um ciclo de estímulo e resposta. Além disso, aborda a equifinalidade, indicando que diferentes famílias, partindo de condições iniciais distintas, podem alcançar o mesmo objetivo. Por outro lado, a equicausalidade é discutida, demonstrando que famílias

com condições iniciais semelhantes podem chegar a resultados diferentes. Nesse contexto, sob a orientação de um paradigma sistémico, os cuidados de Enfermagem devem concentrar-se nas interações entre os membros da família (Figueiredo, 2012). Neste sentido, os enfermeiros precisam de adotar uma compreensão clara do conceito de família (Wright & Leahey, 2019) e utilizar uma estrutura de avaliação familiar que ajude a organizar as forças e necessidades da família, oferecendo assim uma base para o planeamento e adequação das intervenções. Isso deve ser feito com base nas teorias das ciências sociais da família, da teoria familiar e das teorias de Enfermagem (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2019).

Hanson (2005), descreve a Enfermagem de Saúde Familiar como o cuidado às necessidades de saúde das famílias dentro da esfera da enfermagem. Isso pode envolver focar-se na família como contexto, como uma unidade completa, como um sistema ou como um elemento da sociedade.

A Enfermagem em Saúde Familiar é uma área da Enfermagem caracterizada por um corpo de conhecimento próprio, multifacetado e dinâmico, que continua a evoluir à medida que novas descobertas científicas e mudanças nas práticas ocorrem. Esta evolução tem ocorrido no domínio teórico através de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar que colocam a família como objeto de estudo (Figueiredo, 2012). Essa evolução parece refletir a crescente importância dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde abrangentes e centrados nas famílias, em consonância com a criação e consolidação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal nos últimos quarenta anos (Fronteira et al., 2019).

A família permanece essencial como suporte à vida e à saúde de seus membros, sendo ela própria um sistema co-evolutivo, ou seja, uma unidade em constante evolução, capaz de manter-se funcional com recursos e energias internas (Figueiredo, 2023).

Em 2012, Wright e Leahey desenvolveram o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), compreendendo na sua estrutura uma avaliação da família em três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional, subdividindo-as em várias subcategorias. Associado ao MCAF, está o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF), que explana três fatores como base para o planeamento das intervenções: o nível de funcionamento da família, o nível de competência do enfermeiro e os recursos disponíveis (Wright & Leahey, 2019). O MCIF incorpora intervenções específicas de Enfermagem com base nos conceitos de circularidade e questionário circular, permitindo compreender os relacionamentos e interações entre os membros das famílias (Wright & Leahey, 2019).

Além disso, Wright e Leahey (2019) propõem intervenções específicas direcionadas ao domínio cognitivo, como elogiar as forças da família e dos seus membros, e promover a literacia para capacitar para a resolução de problemas. No domínio afetivo, sugerem a

validação ou normalização das respostas emocionais, incentivar os membros a compartilharem a sua perspectiva da doença e estímulo ao apoio familiar para transformar emoções e desbloquear a capacidade de resolução de problemas. Para o domínio comportamental, propõem incentivar os membros da família a cuidarem do membro com incapacidade, apoiar o descanso e planejar rituais, integrando novas práticas para alterar padrões de interação.

Figueiredo (2012), ao desenvolver o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como uma teoria de Enfermagem, fundamentou-se tanto no MCAF quanto no MCIF, utilizando o Pensamento Sistémico como referencial epistemológico.

Com a construção do MDAIF, Figueiredo (2012) procurou atender às necessidades percebidas pelos enfermeiros no cuidado às famílias, reconhecendo a necessidade de uniformização concetual e operativa no contexto da Enfermagem em Saúde Familiar em Portugal. Esse referencial teórico e operativo incorpora uma matriz que visa orientar a prática de Enfermagem em Saúde Familiar, sistematizando-a. A matriz possui uma configuração dinâmica, flexível e interativa, buscando impulsionar a mudança por meio de três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. No que se refere às áreas de atenção, os critérios de diagnóstico do MDAIF orientam tanto para a identificação do diagnóstico quanto para as intervenções, permitindo assim a avaliação dos resultados em relação aos objetivos e necessidades reconhecidos. Isso promove a capacitação dos membros da família diante das demandas que surgem durante as transições ao longo de seu ciclo de vida (Figueiredo, 2012).

A matriz operativa é uma ferramenta que ajuda a definir aspetos essenciais dos cuidados de enfermagem, com base no processo de enfermagem, identificando áreas prioritárias de atenção na prestação de cuidados à família como uma unidade. A matriz conduz a formulação de diagnósticos, fornecendo critérios diagnósticos com base nos dados colhidos e interpretados colaborativamente. Ela também sugere intervenções que permitem ao enfermeiro, junto com a família, decidir quais as mais adequadas, considerando a diversidade e singularidade de cada família. Além disso, a matriz facilita a inter-relação com os outros componentes do modelo e é aplicável em todas as etapas do processo de enfermagem (Figueiredo, 2023).

O MDAIF é reconhecido pela International Family Nursing Association (2023) como um modelo para a prática de enfermagem com as famílias. A evidência disponível apoia esse reconhecimento, mostrando que as famílias aderem positivamente às orientações dos enfermeiros de família e conseguem mobilizar as próprias forças e recursos diante das intervenções implementadas. Tudo isto se traduz numa maior funcionalidade e sustentabilidade familiar, resultando em ganhos em saúde (Brás et al., 2019; Ferreira et al., 2020; Murteiro et al., 2021; Pereira, 2012).

Discutido o conceito de família, é relevante recorrer à Teoria das Transições de Afaf Meleis,

já que apresenta uma estrutura conceptual facilitadora da compreensão das mudanças que, ocorrendo no indivíduo, naturalmente terão impacto na família como um todo. De acordo com Meleis (2010), transição é a passagem de uma fase da vida, situação ou estado para outro, envolvendo não apenas o processo em si, mas também os resultados que surgem da interação complexa entre a pessoa e o ambiente. Essa mudança pode afetar diversos aspetos da vida, como a saúde, os papéis nas relações interpessoais, as expectativas e as habilidades.

2.2. Transição saúde/doença no indivíduo

Segundo Meleis (1994), para que se compreenda a experiência do indivíduo que se encontra a vivenciar uma transição, é preciso explorar as condições pessoais e ambientais, as forças que facilitam o processo de mudança, ou que pelo contrário, o inibem. Os fatores pessoais estão relacionados essencialmente com o status socioeconómico, com o significado que o indivíduo atribui à situação, com as suas crenças e atitudes e com o seu conhecimento e capacidades. Dos diferentes tipos de transição identificados por Meleis, de acordo com o tema deste relatório, destacam-se as transições de tipo de saúde/doença.

A vivência de uma transição saúde/doença no indivíduo pode ser compreendida como um processo individual e complexo, podendo implicar mudanças físicas, emocionais, sociais e até mesmo espirituais. Este tipo de transição pode ocorrer pelas mais variadas razões, como por exemplo: diagnóstico de doença, início de um tratamento médico, recuperação ou alteração de uma condição crónica. É crucial adotar uma abordagem multidimensional ao considerar a transição saúde/doença, considerando os aspetos psicossociais e culturais do indivíduo (Meleis, 2010).

É vital capacitar o indivíduo com informações sobre sua condição de saúde e opções de tratamento, com o objetivo de facilitar a adaptação, promover a autonomia e a gestão eficaz dos recursos, da doença e do regime terapêutico. A educação contínua é promotora da autorreflexão e da tomada de decisões informadas. O plano de cuidados deve ser individualizado, considerando as preferências, valores e os objetivos do indivíduo.

Considerando que o aparecimento de uma doença pode ser encarado como uma perda, constituindo um luto da saúde perdida, Kübler-Ross (2017) refere que, neste processo, o indivíduo pode passar por diferentes fases (negação, raiva, negociação, depressão e, eventualmente, aceitação):

- Fase de Negação: inicialmente, o indivíduo pode encontrar dificuldades em aceitar a realidade da situação. Pode experimentar uma sensação de surpresa ou incredulidade perante o diagnóstico ou mudanças na condição de saúde;
- Fase de Raiva: à medida que a realidade se torna mais evidente, surge a raiva. Esse sentimento pode ser direcionado para outras pessoas, para si próprio, ou até para a própria situação em si. A expressão de raiva é comum perante a frustração e a sensação de impotência;
- Fase de Negociação: nesta fase, o indivíduo tenta negociar ou fazer acordos na tentativa de reverter a situação. Isso pode envolver compromissos pessoais consigo mesmo, com outros ou até mesmo com entidades superiores, na esperança de evitar ou adiar as consequências da transição;
- Fase de Depressão: frequentemente, a negociação não resulta na reversão da situação, pelo que, à medida que isso acontece, o indivíduo pode vivenciar sentimentos de tristeza profunda ou desalento. O humor depressivo, nesta fase, pode refletir a percepção da perda associada às mudanças na saúde;
- Fase de Aceitação: eventualmente, muitos indivíduos atingem o patamar da aceitação, reconhecendo e aceitando a realidade da transição. Isso não significa necessariamente satisfação com a situação, pelo contrário, trata-se de uma atitude positiva e corajosa diante do futuro, que envolve a capacidade de lidar com as adversidades e superar os desafios com perseverança e otimismo.

No decorrer da transição deste tipo, a mudança pode motivar alterações nos hábitos de vida, nomeadamente incorporando uma alimentação mais equilibrada, a prática regular de exercício físico e a abolição de comportamentos prejudiciais à saúde, o que frequentemente se afigura de difícil implementação.

Consequência da nova condição de saúde, a pessoa muitas vezes precisa de adequar as suas expectativas para o futuro, considerando as limitações impostas pela condição de saúde. Inicialmente, precisa de se consciencializar da situação e envolver-se na procura de formas para controlar a doença. Espera-se, que com o apoio do enfermeiro, sejam mobilizados recursos facilitadores como conhecimentos aprofundados, significados, apoio familiar e social, entre outros, que possam contribuir para uma transição saudável, expressa através de uma adaptação e gestão eficaz dessa condição.

A vivência de uma transição saúde/doença é única e individual, envolvendo simultaneamente componentes emocionais, sociais e físicos. De facto, para uma transição saudável é fundamental facilitar a adaptação, recorrendo ao suporte social, apelando à compreensão da própria condição e à procura de recursos adequados. A transição de um estado de saúde para

a condição de doença é um processo dinâmico que exige uma abordagem abrangente e empática por parte dos enfermeiros, visando oferecer um suporte eficaz e elevar a qualidade de vida do indivíduo ao longo dessa trajetória.

2.3. Transição saúde/doença na família

A doença crónica tem um impacto significativo na saúde em Portugal, sendo uma das principais causas de morte (Comissão Europeia, 2021). Daqui resulta um aumento da procura de cuidados de saúde exigindo mudanças importantes nas políticas de saúde, na organização dos cuidados de saúde e no suporte social do Estado.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística de Portugal, em 2021, 43,9% da população com 16 anos ou mais é portadora de doença crónica ou problemas de saúde prolongados, mais 0,7% do que em 2020 e mais 2,7% do que em 2019 (INE, 2022).

As doenças crónicas são responsáveis por 86% de todas as mortes na União Europeia. Além disso, entre 70% e 80% dos orçamentos de cuidados de saúde são gastos no tratamento dessas patologias (Comissão Europeia, 2022). O aumento da incidência de doenças crónicas está diretamente ligado ao envelhecimento da população, resultante da melhor oferta de cuidados de saúde e da melhoria das condições socioeconómicas (Ministério da Saúde, 2013). Este fenómeno resultará num aumento significativo de situações de incapacidade, de doença e de perda de autonomia, demandando assim uma considerável necessidade de suporte social e de cuidados de saúde (Barros, Machado & Simões, 2011).

As doenças crónicas e a sua imprevisibilidade têm impactos profundos não apenas na saúde física, emocional e psicológica individual, mas também afetam as relações familiares e sociais. Frequentemente, esses impactos se estendem para áreas como educação, carreira e ambiente de trabalho. (Sousa et al., 2021).

As doenças crónicas podem variar nas suas causas e nos mecanismos de desenvolvimento, mas são semelhantes em termos de persistência ao longo do tempo, à forma como afetam o indivíduo portador e a dinâmica familiar, no que concerne às implicações multidimensionais físicas, sociais e emocionais.

As atuais políticas visam prevenir as doenças crónicas, capacitar os indivíduos para gestão da sua própria saúde e reduzir as hospitalizações, promovendo uma integração rápida da pessoa

com doença crônica na sua família e comunidade.

A dinâmica familiar é um processo contínuo de interação com o ambiente, buscando constantemente o equilíbrio. Com o surgimento da doença, a família é obrigada a uma série de mudanças, tanto nas rotinas, regras ou rituais familiares, como na redistribuição de papéis, com o consequente acréscimo de responsabilidades e competências. Nesse contexto, é responsabilidade EEECESF atender às necessidades percebidas pelo indivíduo e sua família durante o processo de adaptação às mudanças resultantes dessa transição (Meleis, 1991).

Considerando o papel educacional da família, é dentro do ambiente familiar que o desenvolvimento dos seus membros e o bem-estar de todos devem ser promovidos.

No plano de cuidados à família com membro portador doença crônica, é importante considerar a estrutura familiar, a fase do ciclo vital familiar, devendo ser dada especial atenção ao Processo Familiar, de forma a oferecer o suporte necessário à mudança, considerando as necessidades do indivíduo portador de doença crônica e envolvendo ativamente a família nesse processo, mobilizando as suas forças.

2.4. Quando coexistem a hipertensão arterial e o excesso de peso em membros da família

A hipertensão arterial e o excesso de peso apresentam etiologia complexa, multifatorial e resultante da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. A associação entre excesso de peso e hipertensão arterial é comum exatamente porque ambas as condições partilham uma série de fatores de risco comuns. Do ponto de vista genético, a predisposição genética pode influenciar a ocorrência tanto do excesso de peso quanto da hipertensão arterial em determinados indivíduos. Além disso, hábitos de vida pouco saudáveis, como uma dieta rica em gorduras saturadas e açúcares, falta de exercício físico regular, consumo excessivo de álcool e tabagismo, estão associados ao desenvolvimento de ambas as condições. O excesso de peso, também pode levar ao excesso de gordura visceral, o que aumenta a resistência à insulina e pode desencadear mecanismos que aumentam a tensão arterial. Por outro lado, a hipertensão arterial pode contribuir para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares em indivíduos com excesso de peso. Portanto, é crucial adotar uma abordagem integrada no destas condições, focando tanto a modificação dos fatores de risco de estilo de vida quanto o cumprimento do regime medicamentoso (Spinelli, 2018)

Abordar a coexistência de hipertensão arterial e excesso de peso na família requer esforços colaborativos, compreensão mútua e um compromisso coletivo com a promoção de um estilo de vida saudável. O membro da família que enfrenta essas condições pode experimentar desafios físicos e emocionais significativos. No entanto, ao enfrentar esses desafios em conjunto, a família pode não só apoiar o membro afetado, mas também promover a saúde e o bem-estar geral. É fundamental que os membros da família tenham uma compreensão clara das consequências associadas à hipertensão e ao excesso de peso. Demonstrando empatia e oferecendo apoio, cria-se um ambiente de compreensão no qual o membro que padece da condição, se percebe apoiado nos seus esforços de cuidado e gestão da saúde. A gestão dessas condições frequentemente envolve alterações no estilo de vida, como a adoção de uma alimentação equilibrada, o aumento da prática de atividade física e a gestão do stresse. A introdução dessas transformações pode ser desafiadora para a família, já que pode implicar mudanças nas rotinas do dia a dia e nas opções alimentares.

Segundo (2008), a família pode contribuir em vários aspetos no controle da hipertensão e do excesso de peso de um dos seus membros, nomeadamente:

- Educação nutricional e promoção de hábitos alimentares saudáveis (a família desempenha um papel crucial na orientação nutricional dos seus membros, sendo essencial para a formação de hábitos alimentares saudáveis e para incentivar escolhas nutricionais conscientes. A promoção de uma alimentação equilibrada, rica em nutrientes e moderada em calorias, é fundamental e deve começar no seio da família);

- Estímulo à atividade física regular (a prática regular de atividade física é essencial para o controle da hipertensão arterial e do peso. A família pode incentivar a participação em atividades físicas, como caminhadas, desportos coletivos ou exercícios em família, criando um ambiente favorável para um estilo de vida ativo);

- Criação de um ambiente alimentar saudável em casa (manter em casa apenas alimentos saudáveis pode influenciar as escolhas alimentares da família, incluindo a remoção ou redução do acesso fácil a alimentos altamente processados e ricos em calorias vazias);

- Apoio emocional e motivacional (tanto a hipertensão, como o excesso de peso, estão muitas vezes relacionadas com fatores emocionais e comportamentais. A família pode oferecer apoio emocional e motivacional nos momentos difíceis da vida do indivíduo, incentivando mudanças positivas de estilo de vida);

- Integração de estratégias de controlo das patologias (incorporar estratégias de controlo das patologias na rotina diária, como cozinhar refeições saudáveis em conjunto, programar atividades físicas em família e criar um ambiente propício ao sono adequado, são práticas que contribuem para o bem-estar;

- Acompanhamento nas consultas de vigilância (a orientação profissional pode ajudar a família a desenvolver estratégias personalizadas para o controle da hipertensão e do excesso de peso, levando em consideração as necessidades individuais de cada membro).

A abordagem familiar no controle da obesidade reconhece a importância de um esforço coletivo, enfocando a criação de um ambiente que promova escolhas saudáveis e apoie o bem-estar de todos os membros da família.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Neste capítulo, abordarei as atividades desenvolvidas na componente clínica de estágio, com prestação de cuidados à família, como um alvo central da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), assim como também explanarei o cuidado individual aos seus membros, ao longo das diferentes fases do ciclo vital da família e nos diversos níveis de prevenção.

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

Neste subcapítulo, o objetivo é descrever a avaliação e intervenção sistémica realizada às famílias enquanto clientes de cuidados, bem como aos seus membros individualmente, como forma de cumprimento à primeira competência específica do EEECESF.

Foram encontradas 6 famílias na lista do enfermeiro orientador cooperante, com mais que um membro portador simultaneamente de hipertensão e excesso de peso. A cada família foi atribuída uma letra identificativa aleatoriamente. Dessas, todas foram contactadas, sendo que apenas aceitaram colaborar neste trabalho. Todas as famílias foram informadas da confidencialidade de todos os que todos os dados, conforme o código deontológico de enfermagem

Foram avaliadas as necessidades da família como um todo, considerando a sua dinâmica interna e as interações entre os seus membros, assim como as necessidades individuais de cada membro da família, baseando a atividade na Teoria Geral dos Sistemas que reconhece a influência mútua entre os membros da família e o seu ambiente, considerando o ciclo de vida da família e os diferentes estádios de desenvolvimento de cada membro (Andrade & Martins, 2016).

Foi enfatizada a importância da prevenção em saúde, atendendo às necessidades de cuidados em diferentes níveis, desde a promoção da saúde até a prevenção de doenças e a gestão de condições de saúde existentes.

As consultas foram realizadas na USF e no domicílio da família. Durante o processo de colheita e tratamento de dados, foram considerados os aspetos éticos e deontológicos inerentes à prestação de cuidados, incluindo o respeito pela autonomia e privacidade da família, a garantia da confidencialidade das informações, a promoção do consentimento informado, sempre com integridade e responsabilidade na descrição da prestação de cuidados neste relatório clínico. Para preservar a privacidade dos participantes, foram utilizadas letras para identificar os indivíduos.

Recorreu-se ao MDAIF como referencial teórico e à sua matriz operativa que integra diferentes áreas de atenção: rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico, dentro da dimensão estrutural; avaliado na dimensão de desenvolvimento, a satisfação conjugal e, quando aplicável, o papel parental, já que o planeamento familiar e a adaptação à gravidez não são aplicáveis, por se tratarem de famílias apenas com membros idosos; dentro da dimensão funcional, foi avaliado o processo familiar, não tendo sido avaliado o papel de prestador de cuidados, por não estar presente em nenhuma das famílias intervencionadas.

A metodologia adotada nas consultas foi a entrevista familiar sistémica, já que esta envolve tanto a família como o enfermeiro, trabalhando em conjunto para perceber as dinâmicas familiares, identificar comportamentos disfuncionais e facilitar a comunicação e expressão dos sentimentos de cada membro da família. Esta prática é fundamentada na teoria de Minuchin (1990), que destaca a importância de abordar a família como um sistema complexo, no qual as interações entre os membros podem influenciar o funcionamento geral da família. Ao promover uma compreensão mais profunda das dinâmicas familiares e facilitar a expressão de sentimentos, o objetivo é melhorar o bem-estar e a saúde da família como um todo. A entrevista familiar sistémica contempla quatro momentos: acolhimento, avaliação, intervenção e finalização (Wright & Leahey, 2011, cit. em Figueiredo, 2023). A fase do acolhimento é fundamental, sendo o momento em que os membros da família presentes são informados acerca dos objetivos da entrevista e o tempo previsto para a sua realização. Esta entrevista está fundamentada tanto na Teoria Geral dos Sistemas quanto na Teoria da Comunicação. A Entrevista Familiar Sistémica adota três princípios fundamentais na sua abordagem: a neutralidade, a hipotetização e a circularidade. A neutralidade implica que o profissional se abstenha de julgamentos sobre os membros da família e os seus comportamentos, mantendo-se imparcial; a hipotetização implica a criação de suposições que não são nem verdadeiras nem falsas, mas que servem como ponto de partida para investigação adicional; e a circularidade, surge nas questões circulares com o intuito de obter respostas que enriqueçam ou modifiquem as hipóteses iniciais, permitindo que cada membro da família partilhe sua percepção sobre a dinâmica familiar.

Esta abordagem baseia-se nos princípios de totalidade, causalidade circular, reciprocidade e

multicausalidade. Além disso, ela parte da premissa de que, pela comunicação, as pessoas expressam sua própria percepção do mundo. Esses princípios e premissas são fundamentais para uma compreensão profunda das relações familiares e para a facilitação do processo terapêutico (Relvas, 1996; Zordan et al., 2012).

Os instrumentos de avaliação familiar utilizados foram os que são parte integrante da matriz operativa do MDAIF, como o Genograma, Ecomapa, a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) e o Apgar Familiar De Smilkstein, com o objetivo de mapear as relações familiares ao longo do tempo e identificar pontos de intervenção. Estes instrumentos proporcionaram uma compreensão mais completa da dinâmica familiar, facilitando assim o planejamento e a implementação de intervenções adequadas.

Para descrever e documentar os cuidados prestados às famílias, recorreu-se a taxonomias reconhecidas, como a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), que permitem classificar e organizar os dados de forma padronizada. Para o registo das informações colhidas, foi utilizado o documento Word® “Matriz Operativa versão reduzida” (Anexo I).

Será descrita apenas uma família no corpo do relatório, estando o processo de enfermagem de todas em anexo (Anexos II, III, IV, V, VI e VII).

3.1.1. Família M

Foram realizadas 3 consultas à Família M com a presença dos membros do casal, sendo a primeira na USF, a segunda no domicílio, e a última foi via telefone, contactando com a esposa na presença do marido.

A figura 4 representa o genograma da família, instrumento de avaliação familiar que apresenta alguns dos dados colhidos com os membros do casal, recorrendo a questões de tipo linear.

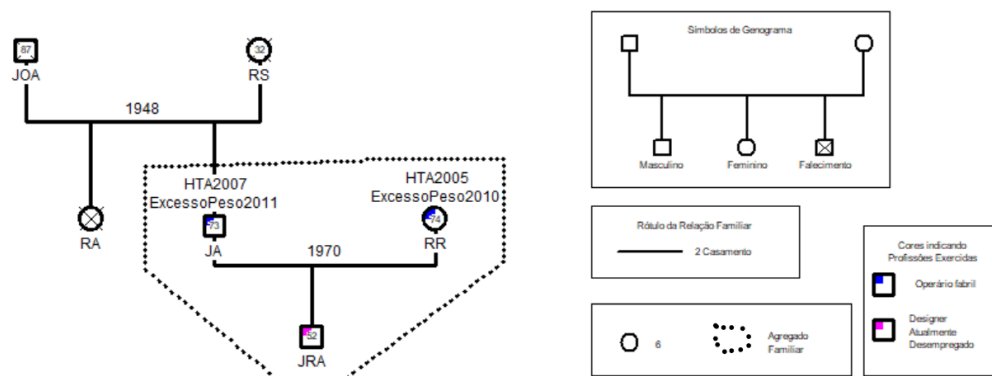


Figura 4: Genograma da família M

A família M, constituída por JA 73 anos, RR de 74 anos, e JRA de 52 anos, filho único. É uma família nuclear, detentora de dois subsistemas: conjugal, e paternal e encontra-se na etapa do ciclo vital família com filhos adultos. Casaram em 1970, tendo o pai de JA vivido com o casal desde o casamento até ao seu falecimento em 2018.

A Figura 5 representa o ecomapa da família, que explorando as relações e ligações com o contexto externo, pretende representar as relações sociais e familiares desta família (Figueiredo, 2023)

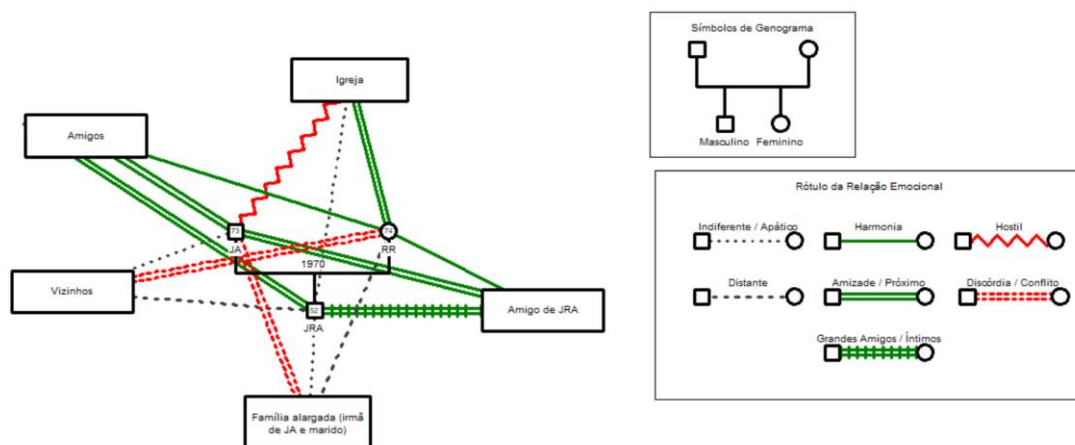


Figura 5: Ecomapa da família M

Trata-se de uma família que mudou de casa recentemente, sendo que a RR tem um vínculo fraco com todas as entidades sociais com que se relaciona, exceto com o melhor amigo do filho, com quem tem um vínculo intermédio. O único vínculo forte é entre o filho e o seu melhor amigo. Todos têm um vínculo fraco tanto com a família alargada (irmã do marido com quem raramente falam) como com os vizinhos, com quem a esposa tem uma relação

conflituosa.

Pode-se dizer que a família pertence a uma classe social média. RR—completou o ensino secundário, e o filho tem um curso superior com duração superior a 3 anos, estando neste momento desempregado. Ambos os membros do casal trabalharam grande parte das suas vidas numa fábrica, como operários semiqualeificados, estando neste momento os dois reformados. Habitam num apartamento, no 2º andar de um bairro social, sendo uma habitação de Grau 3, em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, dois quartos e com os eletrodomésticos essenciais.

Quanto às áreas de atenção avaliadas na Família M, e considerando a estrutura operacional do MDAIF, na Dimensão Estrutural foram avaliadas todas as áreas de atenção: Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precauções de Segurança, Abastecimento de Água e Existência de Animal Doméstico; na Dimensão de Desenvolvimento foi avaliada a Satisfação Conjugal; o Processo Familiar foi a área de atenção avaliada da Dimensão Funcional.

No âmbito da Dimensão Estrutural, no que se refere ao rendimento familiar na Família M, a sua origem situa-se no grau 3 e revelam conhecimento e capacidade para gerir o rendimento de acordo com as despesas familiares “Já vivemos melhor, mais desafogados, já vivemos pior, agora estamos benzinho. Ali no bairro temos menos despesas e o que ganhamos dá para nós. Não temos muito, mas sabemos gerir” (JA). Os membros do casal auferem os dois vencimentos certos, habitando num bairro social, têm apoios para o pagamento da renda, e do abastecimento de água, gás e eletricidade, auferindo de taxas sociais inferiores. O filho, licenciado, embora já tenha tido emprego durante alguns anos, está desde 2020 desempregado, tendo terminado no ano transato o subsídio de desemprego. Quanto ao edifício residencial, a Família M reside num bairro social, num andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais, ou seja, um tipo de habitação grau 3. A Família não utiliza aquecimento em casa, a habitação tem gás canalizado e possuem conhecimento sobre a sua utilização, nomeadamente no que concerne à manutenção (compreendem os procedimentos corretos de manutenção do sistema de gás canalizado, fundamental para garantir sua eficiência e segurança, incluindo o conhecimento sobre os materiais utilizados, como tubulações e conexões, bem como os requisitos de ventilação e segurança) e à segurança (identificação de sinais de fuga de gás, procedimentos de emergência, utilização adequada de equipamentos de segurança, como detetores de gás e válvulas de corte, e a importância da ventilação adequada em áreas onde o gás é utilizado).

Vivem num segundo andar, sem elevador, mas demonstraram conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas, referindo que já têm conhecimento de entradas vizinhas com elevador de escada ou rampa de acesso, que podem requisitar nos serviços camarários, se vierem a necessitar. O abastecimento de água é através da rede pública e a família não tem animal doméstico. Quanto ao asseio da casa, RR, operária fabril durante

anos, desde nova, segundo a mesma, nos anos 90 ficou desempregada, tendo passado a trabalhar como empregada doméstica em várias casas. Diz que gosta de limpar, tendo a sua casa limpa e asseada. RR diz que por ser assim, diferente dos vizinhos, por ser muito cuidadosa com a higiene, teve vários conflitos com os vizinhos, não falando com nenhum, neste momento. É ela a única zeladora dos espaços comuns, limpando a escadaria sem que ninguém lhe peça, pague ou agradeça.

Considerando os dados apresentados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado, Prevenção de Segurança Demonstrada e Abastecimento de Água Adequado.

Relativamente à Dimensão de Desenvolvimento, foi realizada uma análise da satisfação conjugal, levando em conta a dinâmica da relação, a comunicação, a interação sexual e a função sexual. Esta avaliação foi conduzida com base na especificidade deste casal (membros idosos, reformados, com filho adulto, solteiro, desempregado, a residir com o casal), considerando os elementos particulares que poderiam influenciar a sua dinâmica conjugal. Foram colocadas previamente algumas hipóteses:

Papel de cuidador: O casal podia sentir a responsabilidade de cuidar do filho desempregado, sendo que este stresse adicional, poderia afetar sua dinâmica conjugal;

Impacto financeiro: O filho desempregado pode representar uma sobrecarga financeira adicional para o casal, podendo ser fonte de preocupações sobre o futuro financeiro, podendo interferir com a satisfação conjugal;

Mudanças nos papéis familiares: A presença do filho adulto, solteiro, já não é recente, mas a situação prolongada do seu desemprego poderia implicar alteração dos papéis familiares, com o casal idoso assumindo o papel de provedor principal e possivelmente enfrentando uma inversão de papéis relativamente ao momento em que o filho esteve empregado;

Stresse emocional: o filho adulto desempregado pode enfrentar stress emocional devido à falta de emprego e possíveis sentimentos de inadequação, podendo promover um ambiente emocionalmente carregado em casa, afetando indiretamente a dinâmica conjugal do casal;

Conflitos de geração: as diferentes perspetivas e expectativas entre as gerações podem levar a conflitos dentro da família, o que pode interferir com a dinâmica conjugal do casal, podendo haver necessidade de intervenção no sentido de encontrar o equilíbrio entre as necessidades e expectativas do filho com as deles próprios.

Foi assim percebida a necessidade da avaliação desta área para a realização da atividade diagnóstica, garantindo uma abordagem mais personalizada e direcionada às necessidades específicas do casal.

Quanto à relação dinâmica, tanto RR quanto JA revelam-se satisfeitos com a divisão e partilha das tarefas domésticas. RR expressa que "tratar da casa é a minha praia" e que "é quase terapêutico para mim as lides domésticas". Por outro lado, JA menciona que "se por acaso faço qualquer coisa, nunca fica bem feito, nunca é como ela gosta". Diante dessas circunstâncias, quando questionados se estavam satisfeitos com a partilha das tarefas domésticas, RR responde: "Sim, sim. Deixe estar assim que está bem", demonstrando imediatamente a sua concordância, seguida por JA, que de imediato disse. "Concordo" (JA).

No que diz respeito à satisfação do casal com o tempo que estão juntos, ambos se mostraram satisfeitos. Utilizaram-se questões de escala, circulares e reflexivas para identificar interações entre os membros do casal. Foram feitas as seguintes questões: "Deixem-me fazer-lhes uma pergunta sobre o vosso já tão longo relacionamento: pensando na vossa relação antes de estarem reformados, e agora, como se sentem relativamente ao tempo que passam juntos, de 0 a 10 considerando zero como muitíssimo pior e dez como muitíssimo melhor. JA, como acha que RR se sente? RR, como acha que JA se sente? RR, como se sente? JA, como se sente?" Ambos responderam que antes de estarem reformados passavam menos tempo juntos, sendo que no momento, com o filho adulto e a reforma, voltaram a estar mais tempo juntos, estando ambos satisfeitos.

A avaliação continuou com a forma como cada um expressa os sentimentos. Ao longo da entrevista, que objetivava explorar mais profundamente as questões levantadas, foi observado que o casal expressava insatisfação com a forma como cada um comunicava seus sentimentos. RR relatou dificuldades em expressar seus sentimentos, enquanto JA expressou preocupação devido à aparente reação de RR, sentindo-se culpado, sem perceber o que se passava. Com base nessas observações e nos relatos do casal, foi diagnosticada uma falta de satisfação conjugal devido a uma relação dinâmica disfuncional. Quando questionados quem é que tinha mais facilidade em expressar sentimentos, JA disse: "Sou eu. Ela amua, e às vezes parece que tenho de lhe arrancar as palavras com um saca-rolhas". RR concordou com JA. Foram de seguida questionados se foram sempre assim, diferentes na expressão de sentimentos, e se estavam satisfeitos com essa situação. Ambos disseram que foram sempre assim desde novos. Quanto à satisfação, JA referiu: Eu gostava que fosse diferente, que a RR não andasse como anda às vezes, amuada. Já não temos idade para isso". Acrescentou ainda: "É um disparate. Já vivemos mais do que o que temos para viver, e qualquer dia acontece-nos alguma a um de nós e podemos continuar a viver, mas sem viver, percebe, senhora enfermeira? Por isso, temos de aproveitar cada momento, porque estamos perto do fim, não devemos perder tempo com amuos desnecessários. Ainda por cima, às vezes dura dois ou três dias, e ando ali sem perceber o que se passa e invento problemas.". Nesse momento, RR respondeu: "- "Se calhar querias que fosse como tu, que comesse a mandar vir, sem pensar no que diz pela boca fora. Eu prefiro ficar calada e esperar que a mágoa passe" , provocando

em JA a resposta: “Pois, mas ao menos passado um bocado já não é nada, enquanto tu...” .

Perante este cenário, pareceu oportuno o recurso à técnica de intervenção da carta terapêutica, utilizando a metodologia em que o cliente escreve a carta a outra pessoa (Almeida, 2023), sugerindo que RR escrevesse a JA, com o objetivo de proporcionar uma forma alternativa de comunicação emocionalmente segura e eficaz entre os membros do casal. Com esta intervenção, pretendia-se permitir que RR expressasse os seus sentimentos, preocupações, que para ela fossem difíceis de verbalizar diretamente, já que ao escrever a carta, teria tempo para organizar os seus pensamentos e escolher as palavras com cuidado, proporcionando uma oportunidade para uma comunicação mais clara e significativa. Além disso, a carta terapêutica pode ajudar a fortalecer os laços emocionais entre o casal e promover uma compreensão mútua mais profunda, dando oportunidade a JA de perceber os sentimentos de RR, quando esta tem dificuldade em manifestá-los.

Por várias vezes a segunda consulta foi adiada, remarcada, por motivo de doença ou consulta hospitalar, acabando por se concretizar no domicílio. Nela estiveram presentes os dois membros do casal, sendo que o filho também estava em casa, mas no quarto.

Esta consulta começou pela avaliação de resultados, sendo que ambos se mostraram satisfeitos com os resultados conquistados, referindo RR ter conseguido expressar os seus sentimentos depois de terem realizado a intervenção da carta terapêutica. À pergunta se tinham implementado o planeado, a carta terapêutica, RR respondeu: “Fizemos sim, e até gostei. Sabe, não acho que seja rancorosa, mas não esqueço as discussões, grandes ou pequenas, os conflitos, e ao escrever aquelas coisas, fez-me remexer nos sentimentos, e fiquei assim meio abalada, mas por outro lado, senti uma sensação de leveza, por ter tirado de cima de mim tudo aquilo que queria dizer e não tinha dito” (RR). Foi JA quem de seguida referiu que RR tinha redigido da carta terapêutica e explicou os resultados: “Bem, a minha esposa entregou-me, não leu. Eu li, e reli, e reli.... não lhe disse nada, mas registei e depois, passadas umas semanas (duas talvez), voltamos a repetir, mas pedi-lhe que me lesse. E foi um descalabro, ela chorou baba e ranho, mas acabou bem, muito bem até” (JA).

Em conjunto, foi percebido que escrever a carta facilitou a expressão emocional, “escrever a carta é um modo mais fácil de me expressar livre e abertamente, sem sentir a pressão da interação direta. Consigo pensar mais calma e claramente” (RR). Sendo que este comportamento além de ajudar RR a articular os seus pensamentos de uma forma mais clara e completa, também a lhe permite que a reflexão sobre seus sentimentos, podendo encorajá-la a ser mais honesta e aberta na sua comunicação. Por outro lado, JA ao ler a carta, pode-lhe permitir uma compreensão mais profunda dos sentimentos e pensamentos de RR, promovendo a empatia e fortalecendo o vínculo emocional entre o casal. Foi então sugerido um ritual terapêutico, que sempre que qualquer um dos membros tenha dificuldade na expressão dos sentimentos, o faça por escrito; transformar a carta terapêutica em ritual pode

facilitar a expressão emocional e promover a comunicação aberta e honesta dentro do relacionamento conjugal.

Prosseguiu-se com a avaliação da comunicação entre os membros do casal. A comunicação do casal refere-se às interações e comportamentos relacionais que caracterizam a relação entre os seus membros e que contribuem para a satisfação percebida no relacionamento, envolvendo a capacidade de partilhar e reduzir ambiguidades entre os membros do casal. O diálogo aberto sobre as expectativas e preocupações de cada um, a capacidade de chegar a acordo mesmo perante discordâncias e a satisfação em relação ao padrão de comunicação estabelecido são aspetos-chave na avaliação da comunicação, que é uma dimensão fundamental da satisfação conjugal (Figueiredo, 2009). Assim sendo, pode dizer-se que a forma como os membros do casal comunicam entre si, influencia diretamente a percepção de satisfação no relacionamento, com a capacidade de partilhar, entender e resolver conflitos sendo elementos essenciais para promover uma relação satisfatória e saudável.

Sobre se o casal conversa ou não sobre as expectativas e os receios de cada um, foi percebido que o fazem. RR afirmou: "Há sempre medo, há sempre receios. Já nos conhecemos há muitos anos, temos uma vida inteira juntos, mas nesta vida nada é certo, nada deve ser tido como certo e, claro, temos de conversar, e conversamos".

Apesar de conversarem sobre as expectativas e os receios de cada um, podem ter opiniões diferentes, pelo que é importante avaliar se o casal consegue ou não chegar a acordo quando há discordância de opinião. Para isso, foi-lhes questionado o seguinte: "Mesmo um casal que se relacione muito bem, é sempre composto por duas pessoas diferentes, com opiniões diferentes e podem entrar em discordância. Isto também vos acontece? Se acontece, quando acontece, conseguem chegar a acordo?" (Enf.). Foi JA quem respondeu: "Sim, que remédio. Muitas vezes. O nosso filho, por exemplo, um homem feito, mas ainda não bateu as asas, ainda estás debaixo das saias da mãe. Isso é uma coisa que me faz alguma confusão, no meu tempo não era assim. Até o facto de estar sempre metido no quarto, sempre a falar com o melhor amigo dele, às vezes parece que não existe mais ninguém no mundo, e isso faz-me confusão, às vezes apetecia-me dar-lhe um ralhete. A minha mulher acha normal, que agora é assim... Enfim. Mas sim, chegamos a acordo, tanto chegamos que ele lá continua. Ainda agora está no quarto. É como se não estivesse em casa, mas está" (JA). Perante isto, RR acrescenta: "Sim, entramos em acordo sim. Uma vez cedo eu, outras ele, mas tem de ser assim, senão não há casamento que dure" (RR). Percebeu-se assim, que no momento, o motivo de mais discordância é o filho e o facto de estar desempregado há muito tempo, dependente dos pais. No entanto, ambos concordaram que conseguem chegar a acordo nos momentos em que não partilham a mesma opinião.

Ainda dentro da avaliação da comunicação, avaliou-se a forma como o casal comunica, com foco no hábito de dedicar tempo para dialogar entre si. Foram questionados sobre se

costumavam reservar tempo para conversar como casal e discutir assuntos importantes: “têm reservado tempo para conversar? Estão satisfeitos com o vosso padrão de comunicação? Costumam conversar sobre a vossa relação?” (Enf.) Ambos responderam afirmativamente, indicando que, sim, que tinham esse hábito e que o consideravam importante para o relacionamento. Além disso, expressaram satisfação em relação ao seu padrão de comunicação, destacando que se sentiam confortáveis e abertos à partilha de pensamentos, sentimentos e preocupações um com o outro. “Sim, senhora enfermeira, eu estou” (JA). “Eu também. Passamos dia após dia juntos, se não conversássemos, éramos umas múmias.” (RR). “Já nos conhecemos há muitos anos, já sabemos quase tudo um do outro, às vezes, só com o olhar já se diz tudo. As conversas agora são diferentes, não é como aos 20 anos, mas sim, falamos, sempre que é preciso, falamos” (JA). Estas respostas positivas indicam que o casal valoriza a comunicação e que está satisfeito com a forma como comunicam entre si.

Neste momento, foi possível diagnosticar uma comunicação eficaz entre o casal pois demonstraram capacidade para discutir as suas expectativas e receios, conseguindo chegar a acordo mesmo quando há discordância de opinião. Além disso, ambos mostraram satisfação com o padrão de comunicação estabelecido na relação. Referiram partilhar abertamente expectativas e receios um com o outro, e foram capazes de discutir esses assuntos respeitosa e construtivamente. Mesmo quando surgiram discordâncias de opinião, conseguiram chegar a um acordo através do diálogo e da negociação. Por exemplo, em relação ao filho estar desempregado e parecer que há muito não procura emprego, estando muito tempo fechado no quarto, ambos expressaram os seus pontos de vista e comprometeram-se a encontrar uma solução que atendesse às necessidades e preocupações de ambos. Além disso, durante a conversa, ambos expressaram satisfação com o padrão de comunicação estabelecido na sua relação, destacando a importância que atribuem à abertura, ao respeito mútuo e à capacidade de resolver conflitos de forma colaborativa, refletindo uma comunicação eficaz entre o casal e evidenciando um diagnóstico positivo neste aspeto.

Em 2014, Alencar et al. (2014), numa revisão integrativa sobre os fatores que interferem na sexualidade de idosos, exploraram os fatores que interferem na sexualidade do idoso, salientando a importância do papel dos enfermeiros na educação sexual, com o objetivo de explorar os mitos que permeiam o exercício da sexualidade nos casais idosos, já que a satisfação sexual é um fator importante para um relacionamento saudável. Assim sendo, continuando a avaliação da satisfação conjugal, foi abordada de seguida o foco Interação Sexual, investigando a satisfação do casal com o seu padrão de sexualidade e o seu conhecimento sobre questões relacionadas à sexualidade. Foram utilizadas questões lineares no sentido de obter uma resposta concreta em relação ao assunto: ““Ainda relativamente à vossa sexualidade, há alguma questão, alguma dúvida, em que possa ajudar?” (Enf). A esta questão, ambos não facilitaram o desenvolvimento da avaliação deste foco, referindo:

“Obrigada, mas penso que não. O que sei já me chega” (RR); “Sim, obrigada, mas penso que não” (JA), pelo que foi decidido colocar questões mais concretas. Considerando que em 2020, em Portugal morreram 57 pessoas (44 homens e 13 mulheres) por infeção pelo VIH/SIDA, este é um tema a não descuidar em casais idosos. Prosseguiu-se questionando também sobre as doenças sexualmente transmissíveis: “Desculpem-me o atrevimento, mas, relacionado com a sexualidade, há um tema importante, que muitas vezes os profissionais se esquecem quando lidam com casais da vossa idade, que é a transmissão sexual de doenças. Têm alguma questão em relação a isto?” (Enf.). JA respondeu de imediato: “Sim, eu sei, até tenho um amigo com sífilis, mas ele é meio maluco. Nós estamos casados há muitos anos e casamos pela Igreja, promessa de amor e fidelidade para toda a vida” (JA). “Estamos casados há 54 anos. Somos só um do outro e os dois de Deus” (RR).

Sabendo que a sexualidade tem papel fundamental no bem-estar e na saúde da pessoa, atribui-se à disfunção erétil um impacto importante na autoestima do homem prejudicando na sua qualidade de vida (Alves et al., 2012). É fundamental averiguar o impacto de uma disfunção sexual na sexualidade do casal, com o objetivo de promover a sua relação sexual, se assim perspetivarem. Questionados sobre existências de alguma disfunção erétil, JA respondeu de imediato: “Nem quero pensar nisso, para já temos tudo a funcionar muito bem” (JA). Ambos os membros do casal se mostraram satisfeitos com o seu padrão de sexualidade e revelaram conhecimento sobre sexualidade. Com os dados colhidos, neste momento foi possível o diagnóstico Interação Sexual Adequada.

Considerando todos os dados colhidos, é possível o diagnóstico: Satisfação Conjugal mantida por Relação Dinâmica Não Disfuncional, Comunicação Eficaz, Interação Sexual Adequada e Relação Sexual Não Comprometida.

Na dimensão funcional, foi avaliado o processo familiar, particularmente a aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros e o impacto que os sentimentos de cada um têm na Família. “Já temos passado alguns momentos difíceis ao longo da vida, mas ajudámo-nos sempre, sabemos que podemos contar uns com os outros para ouvir, compreender e ajudar a enfrentar qualquer desafio que surja” (RR) “Eu já tenho dito muitas vezes, tanto à minha esposa como ao nosso filho, que ao expressarmos abertamente e partilharmos nossos sentimentos, fortalecemos as nossas relações; partilhar sejam as nossas alegrias, preocupações ou tristezas aproxima-nos ainda mais e torna-nos uma família mais unida” (JA).

Relativamente ao Coping Familiar, JA é, o elemento do casal, quem expressa mais os sentimentos e quem geralmente toma a iniciativa de abordar assuntos a serem resolvidos: “É sempre ele que vem ter comigo quando temos alguma coisa para resolver. Quando me chateei com os vizinhos, o mês passado, lá veio ele: que se passa? Andas muito calada ultima-

mente. Quero que saibas que estou aqui ajudar e que juntos havemos de encontrar maneira de resolver" (RR).

Quanto aos papéis familiares, JA é quem desempenha o papel de provedor, enquanto RR desempenha o papel de gestão financeira, não havendo referência ou sinal de conflitos ou saturação de papel, mas sim de consenso: desde sempre foi JA quem ganhou mais dinheiro, quem mais contribuiu financeiramente para as despesas da família, no entanto RR é que foi sempre a gestora do orçamento familiar, assumindo os pagamento das contas, e as compras para a casa, " Sempre fui eu que trabalhei mais, que ganhei mais dinheiro, mas todos os meses levantava o dinheiro e entregava a RR, porque ela é que tratava de ir às compras, pagar as contas, e ainda hoje é ela que gere isso tudo" (JA).

Em termos de Relação Dinâmica, RR é quem detém mais poder na família, exercendo a influência mais significativa sobre as decisões, os comportamentos e as interações que ocorrem dentro do contexto familiar: "quando se trata de decisões importantes, seja sobre o nosso filho, ou até mesmo sobre a gestão dos dinheiros, ou da casa, foi sempre a opinião de RR que teve mais peso, ainda hoje é assim, ela é mais ponderada" (JA). De acrescentar ainda que em termos de alianças e uniões, os membros da família estão satisfeitos com o modo como a família expressa suas opiniões, mesmo que haja alianças entre RR e JRA. "O nosso filho foi sempre muito protegido pela mãe, mas isso não quer dizer que não me sinta confortável para dizer o que penso" (JA).

Em relação à coesão e adaptabilidade da família, conforme avaliado na escala de FACES II, percebe-se que se trata de família ligada e flexível, concluindo-se ser moderadamente equilibrada.

Avaliado o Apgar Familiar De Smilkstein a ambos os membros do casal, conclui-se tratar de uma família com moderada disfunção.

As crenças são convicções ou ideias que uma pessoa mantém como verdadeiras, mesmo que não haja evidências científicas que as comprovem. Baseiam-se em experiências pessoais, influências culturais, educação, religião, entre outros fatores, e condicionam as percepções, atitudes e comportamentos dos indivíduos, estando frequentemente muito enraizadas na identidade e na forma como a pessoa vê o mundo. Já as crenças familiares são aquelas que são partilhadas e transmitidas no seio da família, podendo ser valores morais, religiosos, políticos, tradições culturais, ou qualquer outra ideia que seja considerada importante dentro da dinâmica familiar. Essas crenças são frequentemente passadas de geração em geração e podem desempenhar um papel significativo na formação da identidade. Relativamente a crenças religiosas, a família M é católica, sendo RR quem vai todos os domingos à missa, tendo uma identificação pessoal com a fé católica desde criança, que lhe foi transmitida pelos pais. O marido, embora crente, não se identifica com a atualidade da Igreja, sentindo-

se revoltado com as notícias sobre os escândalos no clero, revelando uma rutura entre a sua fé pessoal e a percepção que tem das práticas nas instituições religiosas contemporâneas. Quanto aos princípios fundamentais e valores nesta família, este casal destaca a importância do respeito mútuo, confiança, comunicação franca e colaboração, como pilares essenciais. Foi-lhes pedido um exemplo de uma situação em que o respeito mútuo tenha sido fundamental para resolver um conflito na família, sendo RR quem respondeu: “Não nos entendemos relativamente à situação atual do nosso filho, adulto, desempregado há já alguns anos, ainda a viver connosco, dependente de nós. Eu entendo que ele não queira um emprego qualquer, que continue a procurar emprego na área dele, afinal investiu muito na sua formação” (RR). Por seu lado, JA diz: “para mim o que é preciso é um trabalho honesto, nem que fosse a apanhar lixo na rua” (JA). Quando questionados sobre como resolveram este conflito, RR respondeu: “Já conversamos muito os três sobre isto, e temos que nos render às evidências, respeitamos os pontos de vista de cada um, mas acima de tudo, a vida é dele, já é adulto, temos que respeitar e apoiar as decisões do rapaz” (RR). “É isso, também já tivemos a idade dele, tivemos decisões a tomar também e assumimos as consequências, com o nosso filho é igual, ele que tome as decisões dele e que se aguentar” (JA).

O casal tem ainda o ritual de ir para o sofá, depois do jantar, e “discutir” a atualidade, enquanto vêm os noticiários, revelando uma prática de partilha pelo casal, proporcionando um espaço para troca de ideias e reflexão sobre questões importantes.

A par do plano de cuidados à família, foi também elaborado um plano de cuidados individual, a JA e RR. (Anexo III)

Foi efetuada a monitorização do peso e IMC, assim como a avaliação da tensão arterial a ambos os membros do casal. A ambos foi diagnosticado na primeira consulta, excesso de peso e hipertensão em grau moderado. A par disso sendo o uso de tabaco um fator de risco para as doenças cardiovasculares, foi também avaliado o uso de tabaco, no entanto, nenhum dos membros tinha alguma vez fumado, pelo que o diagnóstico foi sem abuso de tabaco. JA era também portador de *diabetes mellitus*, também fator de risco, pelo que foi avaliada a glicemia capilar, estando no momento com hiperglicemia (metabolismo energético alterado). Perante estes dados, e atendendo a que os hábitos de vida saudáveis, a par da gestão do regime medicamentoso são cruciais para o controle das doenças e redução das complicações, foi feita a avaliação do regime terapêutico. Tanto JA como RR foram diagnosticados com gestão do regime terapêutico comprometido, porque embora cumprissem o regime medicamentoso (sem gestão do regime medicamentoso comprometida) ambos tinham potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para gerir o regime de exercício e o regime alimentar. Foram traçados objetivos em conjunto com o casal, sendo que na consulta seguinte ambos referiram mudanças comportamentais em termos de exercício físico e regime alimentar, com ganhos em saúde (Anexo III).

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

A liderança e colaboração são fundamentais nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, para garantir uma abordagem holística, trabalho em equipe eficaz, empoderamento da família, partilha de conhecimento e promoção da continuidade do cuidado, resultando em ganhos em saúde para a família como um todo, e para os seus membros individualmente.

A competência específica do EEECESF “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” prevista no Regulamento n.º 428/2018 (Diário da República, 2.ª série - N.º 135 de 16 de julho de 2018) pode ser compreendida em duas componentes mais ou menos distintas: a articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, e a gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. Ainda segundo o mesmo Regulamento, o EEECESF é também responsável por promover uma cultura organizacional, educacional, prática e de pesquisa interprofissional. Além disso, deve criar e manter uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar em todos os níveis de prevenção, aproveitando as tecnologias de informação e comunicação para disseminar conhecimento e promover ganhos em saúde nas famílias alvo de cuidados.

Neste estágio, um exemplo da articulação com outras equipas de saúde mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, foi caso da família C, em que foi efetuada a referenciação para a consulta de desabituação tabágica, a decorrer em outra USF da mesma ULS.

Ainda relacionado com esta competência, especialmente com o objetivo de utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar a documentação no sistema informático SClínico®, particularmente no programa Saúde da Família e pretendendo ainda, promover práticas de registo de enfermagem de qualidade na área de saúde familiar, foi desenvolvido uma sessão formativa no âmbito da documentação do processo de enfermagem no programa Saúde da Família no SClínico®, implicando previamente a identificação das necessidades formativas dos enfermeiros da USF, planeamento da formação, implementação e avaliação dos resultados obtidos.

Este tema surgiu no decorrer do Módulo I do Estágio, aquando da colheita de dados para a caracterização das famílias da lista do enfermeiro orientador cooperante, uma vez que não foi encontrada nenhuma família com o programa Saúde da Família associado.

De acordo com a American Nurses Association (2015), os registos de enfermagem são documentos legais que podem ser usados como evidência em processos legais ou administrativos, sendo crucial que os enfermeiros sejam precisos e completos no registo das informações, evitando omissões.

Os registos de enfermagem são ferramentas essenciais que apoiam a continuidade dos cuidados e fornecem informações fundamentais para o planeamento de cuidados, quer a indivíduos quer a famílias. Além disso, contribuem ainda para a pesquisa e educação na área da enfermagem de saúde familiar, promovendo a melhoria contínua da prática clínica.

Segundo Ribeiro (2021), a documentação de enfermagem é crucial para a continuidade de cuidados, sendo este um dos aspetos presentes na avaliação de qualidade de serviços de saúde. A prática de enfermagem reflexiva através da documentação, permite aos enfermeiros o desenvolvimento da capacidade, da competência, do conhecimento e da perícia para decidir como, quem, porquê, o que deve ser feito e para que deve ser feito (resultados esperados) (Figueiredo & Moreira, 2009). A documentação é, ainda, um suporte para o planeamento dos cuidados de enfermagem (Figueiredo & Moreira, 2009; Vieira, 2018). Assim sendo, é também possível, através da documentação, melhorar a tomada de decisão do enfermeiro, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados que presta (Ribeiro, 2021).

Por tudo isto, no início deste estágio, em outubro de 2023, foi consultado o MIM@UF®, verificando-se existirem apenas 68 pessoas com o programa de Saúde da Família associado no SClínico®, muito diferente, por exemplo do programa Saúde do Adulto, com 38.934 pessoas com programa associado. Estes dados foram extraídos da tabela do indicador “P08.01.R02. Inscritos Programa de Saúde Enfermagem por Programa de Saúde” que apresenta o número de indivíduos (homem, mulher e total) que tem ativo determinado programa de saúde no SClínico®.

Perante isto, foi apresentado ao enfermeiro orientador cooperante a intenção de apresentar a toda a equipa de enfermagem daquela USF esta temática em reunião de formação da equipa. Este, por sua vez, apresentou em reunião de inter pares de enfermagem esta proposta, que foi acolhida com interesse por todos, já que dos cinco enfermeiros da USF, quatro nunca tinham aberto o programa de Saúde da Família, e nunca tinham explorado esse programa. No entanto, os registos de enfermagem são de suma importância, permitindo a documentação de toda a informação importante relativa aos cuidados de saúde prestados aos clientes, sejam indivíduos, famílias ou comunidades. Estes registos servem ainda como uma base para avaliar

a eficácia dos cuidados, facilitar a coordenação entre diferentes profissionais de saúde e oferecer informações precisas para intervenções futuras. Além disso, são essenciais para garantir a continuidade dos cuidados, permitindo que outros profissionais de saúde tenham acesso às informações necessárias para a prestação de cuidados seguros e eficazes.

É importante destacar a importância da adoção da terminologia CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) no SClínico® por incorporar continuamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem da família, especificamente "as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em saúde familiar adquiridos pela família" (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 12), de modo a permitir a documentação das informações geradas nos cuidados prestados às famílias, o que constitui uma contribuição valiosa para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à família (Figueiredo, 2009).

A formação em serviço tem como objetivo principal aumentar o conhecimento e as competências profissionais dos enfermeiros, tanto a nível coletivo quanto individual, dando resposta às necessidades identificadas, objetivando a criação de um modelo de cuidados de saúde eficientes e eficazes, adaptado às dinâmicas e mudanças atuais (Decreto-Lei n.º 437/91 do Ministério da Saúde, 1991; Relvas, 2018).

Foi elaborado um plano de formação (Anexo IV) onde se apresenta o objetivo da sessão que visa aumentar a documentação pelos enfermeiros da USF no programa de Saúde da Família, no SClínico®. Os conteúdos incluíram as áreas de atenção do MDAIF, os instrumentos de avaliação familiar e documentação no programa Saúde da Família, no SClínico®.

No final da formação foi feita a avaliação do processo formativo, com o objetivo de averiguar se esta correspondeu às necessidades da equipa. Recorrendo ao modelo da Abordagem de Donald Kirkpatrick (1959) que preconiza uma sequência lógica das intervenções de avaliação através de quatro níveis (Alves, 2009), sendo nesse mesmo dia feita a avaliação de nível 1, que passou pela aplicação imediata de um questionário (Anexo VII) aos formandos acerca do processo pedagógico e das dimensões logísticas, com o intuito de provar a sua eficácia (Valverde, 1998). Ou seja, neste momento foi avaliada não as aprendizagens ou a sua aplicabilidade, mas sim as opiniões imediatas dos participantes acerca do processo formativo a que acabaram de assistir, nomeadamente dos conteúdos, metodologia, formadora, e organização da formação.

Avançando para o nível 2 de avaliação, ainda seguindo o mesmo modelo, com o objetivo de acompanhar a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, após a formação, na semana de 26 de fevereiro a 1 de março, foi feita uma auditoria aos registos clínicos de enfermagem, no âmbito do programa de Saúde da Família, cujos resultados estão explanados na tabela 1

Tabela 1- Dados extraídos do SClínico® no 2º momento de avaliação

Período	Consultas Realizados	Pessoas com programa associado no dia da consulta
Antes da formação		68
1ª semana fevereiro	450	22
2ª semana fevereiro	382	41
3ª semana fevereiro	429	95
Total	1261	158

Da análise dos dados colhidos pode concluir-se que ocorreu uma mudança na documentação dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros da USF, no âmbito do programa de Saúde da Família. Nas duas primeiras semanas de fevereiro (9 dias) o total de pessoas a quem o programa de Saúde da Família foi associado foi de 63, apenas menos 5 do que existia antes da formação; apenas na terceira semana (5 dias) o programa de saúde foi associado a mais 95 pessoas, o que traduz o atingimento do objetivo proposto no início da formação.

Esta formação vai de encontro ao Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio de 2019, em que o artigo 20º deste aborda a Carreira de Enfermagem, incluindo as disposições relacionadas à formação profissional. O ponto 1 desse artigo estabelece que a formação profissional em enfermagem engloba a formação inicial, a formação contínua e a especializada, todas visando o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, relacionais e éticas, cruciais ao desempenho profissional de qualidade. Com base nesta disposição legal, a OE apoia a formação em enfermagem tanto na fase inicial quanto ao longo da vida profissional, (Regulamento n.º 656/2021, de 16 de julho), que estabelece as diretrizes e requisitos para a formação contínua dos enfermeiros, garantindo a atualização das suas competências ao longo da carreira.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No contexto da análise das experiências de estágio e da reflexão sobre as competências desenvolvidas, Argyris e Schön (1978), definem competência como a capacidade de uma pessoa para realizar eficazmente uma ação ou um conjunto de ações, utilizando o seu conhecimento, habilidades e atitudes, em diferentes contextos e situações, com o objetivo de alcançar os objetivos desejados. Esta definição fornece uma base conceitual para avaliar a eficácia das práticas desenvolvidas durante o estágio e para a realização da análise crítica das atividades e aprendizagens realizadas e competências desenvolvidas, como se pretende neste capítulo.

A componente clínica do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar foi essencial para o desenvolvimento de competências especializadas, pois possibilitou a aplicação prática do conhecimento na prestação de cuidados às famílias como clientes, além de promover o desenvolvimento do pensamento crítico.

Relativamente à prestação de cuidados às famílias durante o estágio, foi sustentada no modelo operativo MDAIF, com recurso à entrevista familiar sistémica, integrada ao processo de enfermagem, implicando a colheita de dados, a identificação de diagnósticos, o planeamento de intervenções de enfermagem voltadas para a saúde familiar, bem como a implementação dessas intervenções; tudo isto adaptado às necessidades identificadas e com mobilização dos recursos e potenciais da família. Foram utilizadas técnicas de intervenção sistémica durante a implementação das intervenções, visando alcançar ganhos em saúde familiar conforme os objetivos e critérios de resultados acordados colaborativamente com os membros das famílias.

Conforme o regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros n.º 428/2018 de 16 de julho, publicado no Diário da República em 2018, as competências clínicas do enfermeiro especialista se dividem em duas áreas distintas. A primeira área envolve o cuidado à família como unidade de cuidados, bem como a cada um de seus membros ao longo do ciclo vital e em diferentes níveis de prevenção. A segunda área diz respeito à liderança e colaboração em processos de intervenção dentro do campo da enfermagem de saúde familiar.

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

Esta competência implica considerar a família como uma unidade de cuidados, fundamental promover a capacitação da família, concentrando-se tanto na família como um todo quanto nos indivíduos que a compõem, ao longo de todo o ciclo de vida.

4.1.1. Estabelecer uma Relação com a Família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas

No contacto com as famílias, foi demonstrada empatia e disponibilidade de forma a responder às suas necessidades da família como um todo, e às individuais dos seus membros. No caso da família B, em que o consumo de tabaco por JS interferia com a dinâmica familiar, na medida em que o fumo e o cheiro incomodavam PS e SO, ao mostrar a disponibilidade, conseguiu-se numa primeira fase, que JS reduzisse muito o consumo de tabaco, de tal forma que deixou de interferir com a dinâmica da família de estarem à mesa a conversar, depois do jantar, assim, como o próprio JS teve ganhos em saúde, refletindo-se de imediato na tensão arterial, apresentando-se normotenso logo na segunda consulta.

Uma situação complexa de abordar, foi a satisfação conjugal, de tal forma, que na primeira consulta com a família C não foi possível fazê-lo, sendo-o apenas na segunda consulta, em que foi percebido que a satisfação conjugal estava não mantida por relação sexual comprometida manifestada por conhecimento não demonstrado sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais. Foi possível na segunda consulta por já se ter estabelecido uma relação terapêutica mais eficaz, facilitando o sucesso da consulta.

Os objetivos estabelecidos em consulta foram acordados em conjunto com os membros presentes, explorando novas formas de funcionamento que promovessem o crescimento e fortalecimento da saúde familiar, mais uma vez, é exemplo a família C, em que só se

interveio na satisfação conjugal na segunda consulta, quando o casal permitiu o estabelecimento de objetivos nessa área.

Foi adotada uma abordagem motivadora no sentido de encorajar as famílias a alcançarem os objetivos estabelecidos, promovendo, mantendo, restaurando e fortalecendo a saúde da família como um todo e dos seus membros individualmente, destacando sempre as forças das famílias.

Os planos de cuidados foram elaborados em colaboração com as famílias, visando alcançar os resultados acordados em conjunto.

4.1.2. Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família

Realizada colheita de dados sobre a estrutura familiar de cada família, utilizando-se genogramas e ecomapas, com o intuito de compreender a dinâmica familiar e as interações entre os seus membros, assim como as relações, dinâmicas e interações da família com seu ambiente externo.

Feita colheita de dados relevantes sobre o estado de saúde das famílias e de seus membros, com recurso a diferentes fontes: consulta de registos do processo clínico, diálogo com a equipa de saúde das famílias, observações das interações familiares e comunicação verbal e não verbal durante as entrevistas, sendo assim possível compreender a interação entre os membros das famílias, a sua saúde e o ambiente, considerando as características individuais das famílias. Assim sendo, antes de entrar em contacto com as famílias, houve o cuidado de consultar os processos clínicos individuais, para que fosse possível a inclusão de condições clínicas prévias.

Avaliadas as famílias utilizando a matriz operativa do MDAIF, considerando as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, com a identificação das necessidades e elaboração dos planos de cuidados de forma colaborativa. Foi por se ter utilizado a matriz operativa do MDAIF que foi possível diagnosticar na família B que a precaução de segurança estava não demonstrada por conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás. Foi preciso colaborar com a família para se definir como atuar para que as precauções de segurança fossem restabelecidas.

4.1.3. Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas

Desenvolvido um conhecimento sobre as condições de saúde mais comuns nas famílias, bem como sobre as interações entre os membros das famílias e o impacto na saúde de cada indivíduo.

Desenvolvida a capacidade de avaliação familiar com o objetivo de identificar dinâmicas familiares, padrões de comunicação e fatores de risco que possam influenciar a saúde dos membros das famílias.

Reavaliados os membros das famílias, considerando não apenas os aspetos físicos de saúde, mas também os emocionais, sociais e ambientais.

Demonstrada capacidade de adaptação dos planos de cuidados e estratégias de monitorização com base nas necessidades específicas de cada família e na evolução das condições de saúde dos membros.

Verificada capacidade de estabelecer uma comunicação aberta, empática e eficaz com os membros das famílias, envolvendo-os no processo de monitorização e no planeamento dos cuidados de saúde. Recorreu-se a diferentes abordagens de comunicação, como a prática de escuta ativa e a observação cuidadosa das expressões não verbais dos membros da família, com o intuito de adquirir uma compreensão mais profunda e perspicaz sobre as preocupações e necessidades das famílias e dos indivíduos.

Demonstrada capacidade de trabalhar em equipa com outros profissionais de saúde familiar, garantindo uma abordagem integrada e abrangente nos cuidados às famílias, nomeadamente com toda a equipa da USF: enfermeiros com a partilha de conhecimentos acerca das famílias e sua dinâmicas, facilitando a intervenção; com os assistentes técnicos, que colaboraram na colheita de dados essenciais para a elaboração deste trabalho; com a médica de família, que partilhou o seu conhecimento de longos anos acerca das famílias clientes de cuidados, facilitando o direcionamento dos cuidados. Esta colaboração entre diferentes profissionais é fundamental para fornecer cuidados de saúde eficazes e abrangentes.

Avaliada de forma precisa e sistemática as respostas dos membros das famílias às intervenções realizadas, documentando todas as informações relevantes de forma clara e completa no SClínico®.

4.1.4. Desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

Feita pesquisa bibliográfica sobre diretrizes e evidências científicas relevantes para a prática de enfermagem de saúde familiar, sobretudo sobre a influência das doenças crônicas, especialmente hipertensão arterial e excesso de peso, nas famílias.

Realizada uma análise crítica da qualidade e relevância das evidências científicas encontradas, compreendendo os métodos de pesquisa e identificando vieses, assim como percebendo a aplicabilidade dos resultados à prática clínica.

Utilizadas as evidências científicas para fundamentar as decisões clínicas e intervenções de enfermagem, adaptando as recomendações às necessidades específicas das famílias e seus membros.

Feita a partilha do conhecimento e habilidades relacionadas à prática baseada em evidências com os enfermeiros onde decorreu o estágio, nomeadamente com a formação, onde foi apresentado também exemplos dos cuidados prestados às famílias alvo de cuidados durante o estágio.

Avaliados regularmente os resultados das intervenções, de forma a identificar áreas de sucesso e oportunidades de melhoria, incluindo a análise de ganhos de saúde e satisfação do cliente. No final das consultas eram feitas questões reflexivas aos membros participantes sobre a evolução da consulta, assim como, as consultas seguintes eram iniciadas com questões de avaliação de comportamentos e ganhos em saúde desde a intervenção anterior. Foi um processo de avaliação regular dos resultados das intervenções, com o objetivo de identificar áreas de sucesso e oportunidades de melhoria, incluindo a análise dos ganhos de saúde e da satisfação das famílias clientes de cuidados. Este processo de avaliação contínua e feedback foi importante para garantir a eficácia das intervenções e o progresso das famílias e seus membros em direção aos seus objetivos de saúde.

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

Oferecidas informações às famílias sobre as suas condições de saúde, tratamento, e estratégias de promoção da saúde, capacitando-as como um todo e a cada membro individualmente, promovendo a tomada de a toma de decisão informada e a participação ativa na autogestão das condições de saúde individuais e necessidades familiares.

Identificadas as necessidades específicas das famílias, bem como seus recursos internos e externos a ser mobilizados para a promoção da saúde e bem-estar.

Elaborados planos de cuidados em colaboração com as famílias, considerando os seus objetivos, preferências e capacidades, e garantindo intervenções culturalmente sensíveis e contextualmente relevantes.

Implementadas intervenções flexíveis, ajustadas conforme necessário considerando a evolução das necessidades e circunstâncias das famílias.

Monitorizados regularmente os progressos das famílias, avaliando a eficácia das intervenções e ajustando-as conforme necessário para garantir resultados positivos e sustentáveis.

Foi evidente na família M, com o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional manifestada por não satisfação do casal com a forma como cada um expressava os sentimentos, em que, através do recurso à carta terapêutica, o casal aprendeu uma nova estratégia que possibilitou melhorar a qualidade de seu relacionamento, reduzir conflitos e aumentar a satisfação conjugal, contribuindo para o bem-estar geral da família

4.1.6. Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa

Incentivo dos membros à partilha das suas histórias de saúde, com o objetivo de compreender as suas experiências.

Realizada a identificação conjunta com as famílias das suas habilidades e oportunidades para promover mudanças, visando promover a conscientização.

Reconhecidas e analisadas as interações entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde, identificando os fatores facilitadores ou dificultadores do processo, sendo propostas estratégias para promover mudanças positivas nessas interações.

Discutido com as famílias quais recursos seriam necessários para atender às suas necessidades, e exploradas formas de obtê-los.

Fornecidos retornos consistentes às famílias, destacando suas habilidades, os seus recursos e pontos fortes.

Revisto com os membros presentes em consulta, o progresso em relação aos objetivos estabelecidos, encorajando a comunicação e a retroalimentação familiar.

Documentados os planos de cuidados, os cuidados prestados e a avaliação do progresso das famílias no programa de registo clínico (SClinico®).

A partilha de JS sobre seu histórico de consumo de drogas revelou-se como um recurso motivacional para o sucesso da cessação do seu o hábito de fumar, com evidentes ganhos de saúde individuais e para toda a família

4.1.7. Envolver de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar

Solicitada orientação e supervisão às professoras orientadoras (pedagógicas e científica) e enfermeiro orientador cooperante, com o intuito de aperfeiçoar o cuidado especializado em enfermagem familiar.

Desenvolvida uma permanente reflexão sobre as interações com as famílias e avaliada a sua efetividade relativamente aos objetivos acordados, com o intuito de aprimorar a prestação de cuidados.

Promovido o desenvolvimento pessoal e profissional de forma contínua, mediante a participação em atividades de capacitação na área de enfermagem de saúde familiar:

Participação no NursID Spring School 2023 (Anexo XI)

Participação 1º Webinar do Projeto InfFUCI - CIDNUR (Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa) “A Família na Transição Saúde -Doença-Intervenção de Enfermagem” (Anexo XII);

Participação no 2º Seminário Enfermagem Saúde Familiar, ACES Maia/Valongo (Anexo XIII).

4.1.8. Formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

Monitorizada em cada consulta as respostas das famílias às intervenções, registando quaisquer mudanças ou progressos observados, evidente, por exemplo na família M “Como está aquela situação que trabalhámos, da expressão de sentimentos? Tem havido dificuldades?”, ou na família C “Relativamente à vossa atividade sexual, na última consulta, falaram-me das vossas dificuldades e que iriam na consulta com o andrologista falar nesse assunto. Como correu?”

Avaliados os resultados das intervenções implementadas em relação aos objetivos estabelecidos, com recurso à análise das mudanças nos estados de saúde diagnosticados inicialmente, utilizando a matriz operativa do MDAIF.

Todas as informações relevantes foram devidamente documentadas nos processos clínicos das famílias, incluindo os dados colhidos durante a monitorização e a avaliação dos resultados das intervenções.

Em todas as consultas, foram analisados criticamente os dados colhidos com o objetivo de identificar padrões, tendências ou áreas que necessitasse de ajustes nas intervenções planeadas ou implementadas.

Com base na análise dos dados, feitos os ajustes necessários às intervenções planeadas ou implementadas. otimizando os ganhos em saúde das famílias.

4.2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Em relação à competência específica do EEECESF: “liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” segue-se a reflexão crítica sobre como foram atendidos aos critérios de avaliação estabelecidos no Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho relativamente a esta competência.

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

Identificadas as necessidades específicas das famílias incluindo uma avaliação sistémica da família, seus recursos e suportes existentes.

Demonstrado conhecimento acerca dos recursos disponíveis na comunidade relevantes para dar resposta às necessidades das famílias

Orientadas / referenciadas as famílias para os recursos necessários de acordo com as suas necessidades e objetivos estabelecidos em consulta.

Coordenados os cuidados entre a equipa de saúde das famílias, através da partilha de informações relevantes e da definição de planos de cuidados integrados, garantindo de uma abordagem centrada na família.

Com base na análise dos dados, foram monitorizados e avaliados continuamente os progressos das famílias em relação aos seus objetivos, adaptando conforme necessário e garantindo a disponibilidade dos recursos adequados ao apoio às famílias.

É exemplo, a família em que o abuso de tabaco por parte de um dos membros, além de prejudicar a saúde individual, interferia na dinâmica familiar, já que os outros membros não toleravam o cheiro do tabaco, interrompendo-se muitas vezes a comunicação para satisfação do vício. Neste caso, depois de negociadas várias estratégias, o fumador foi encaminhado para a consulta de cessação tabágica a funcionar noutra USF da mesma ULS.

A avaliação com recurso à Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), atribuiu a todas as famílias a classe social média. A família M, a residir num bairro social e com um filho desempregado, intensificou a dúvida acerca da necessidade de referenciar esta para a assistente social da ULS, no entanto, com o avançar da consulta, foi percebido que esta

família era já acompanhada pela assistente social da junta de freguesia, dispensando a referenciação para a da ULS.

4.2.2. Gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

Baseada na avaliação sistémica das famílias, foram elaborados planos de cuidados que abrangem os diferentes níveis de prevenção: promoção da saúde, prevenção de doença, deteção precoce de problemas de saúde e gestão de condições crónicas.

Incentivada a coordenação eficaz dos cuidados de saúde da família, envolvendo outros profissionais de saúde sempre que necessário.

Apoiadas as famílias na gestão de condições crónicas de saúde, particularmente hipertensão e excesso de peso estimulando técnicas de autorregulação, e apoio emocional.

Monitorizado em cada consulta o progresso da família em relação aos objetivos de prevenção de saúde estabelecidos, avaliada a eficácia das intervenções sendo estas ajustadas conforme necessário. é exemplo a família em que houve necessidade de reformular o objetivo do traçado relativamente à gestão do regime alimentar. evidenciando uma abordagem adaptativa e personalizada, em que as estratégias são ajustadas para atender às necessidades específicas de cada família, contribuindo assim para o sucesso do processo de intervenção e promoção da saúde.

Prestados cuidados abrangentes e centrados na família, considerando os diferentes níveis de prevenção.

Realizada formação em serviço, aos enfermeiros da USF onde decorreu o estágio: “Processo de Enfermagem no Programa Saúde da Família e SCLínico®”.

Documentados os planos de cuidados, os cuidados prestados e a avaliação do progresso das no SCLínico®.

É de realçar a importância da competência na atividade diagnóstica, já que a capacidade de formular e estruturar perguntas eficazes desencadeia oportunidades significativas de mudança no processo de mudança nos indivíduos e nas famílias. Uma comunicação baseada em perguntas bem elaboradas permite a intervenção nos aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais da família, orientando o plano de cuidados e facilitando mudanças comportamentais. Pode-se dar como exemplo o momento em que a questão “se percebi, têm dificuldades na expressão de sentimentos em casal, pelo que lhes pergunto agora, como se

sentem em relação a isso?” permitiu a intervenção área na da expressão de sentimentos, em que um dos membros sentia dificuldade e que interferia com a satisfação conjugal. A partir daí foi possível, em conjunto com a família, elaborar um plano de cuidados que resultou em mudanças comportamentais, conseguindo-se o diagnóstico de satisfação conjugal mantida, através do restabelecimento da relação dinâmica.

A prática de ajustar e reformular perguntas, formular hipóteses sistêmicas e aplicar técnicas de intervenção de forma oportuna e adaptável é de extrema importância na interação com as famílias, promovendo o reconhecimento da dinâmica familiar como um sistema vivo em constante evolução. O desenvolvimento da capacidade de observar o comportamento e a linguagem não verbal dos membros da família de maneira objetiva e intencional foi fundamental, porque só assim foi possível identificar padrões comportamentais e interações, contribuindo significativamente para a colheita de dados sistemática e para a atividade diagnóstica de forma mais eficaz e holística.

Foi notável a mudança na forma de estar com as famílias, libertando-se da visão redutora da família apenas como contexto, para a visão da família como cliente, adotando uma abordagem mais colaborativa, uma postura de escuta ativa e atenta às interações entre os membros. Foram aplicadas técnicas de intervenção sistêmica com o objetivo de promover ganhos em saúde familiar, conforme as metas traçadas em conjunto com os membros da família. Foi o caso da implementação da carta terapêutica, que facilitou a expressão de sentimentos.

Trabalhar a compreensão da satisfação conjugal em casais com filhos adultos, foi um desafio, uma nova realidade, que resultou na aquisição de habilidades para avaliar e intervir nessa área de cuidado. Porquê esta área em particular? Foram várias razões. O relacionamento conjugal é uma parte fundamental da vida familiar e tem um impacto significativo na saúde e bem-estar dos membros da família, com o aumento da expectativa de vida e o adiamento da saída dos filhos de casa, os casais com filhos adultos enfrentam desafios únicos no seu relacionamento, o que torna essa área particularmente relevante para intervenção. Uma das famílias alvo de cuidados, estava justamente nesta situação, e ao longo da entrevista sistêmica, foi evidente a importância para o casal, de abordar essa área específica de cuidado; além disso, a ausência de experiência prévia nesta área, foi uma oportunidade desejada e conseguida para o desenvolvimento das habilidades de avaliação e intervenção.

Ao longo deste percurso de aprendizagem, destaca-se o aprimoramento da competência na abordagem individual aos membros das famílias, distanciando-se da tradicional perspectiva que encara o indivíduo de forma isolada. Em contrapartida, foi adotada uma abordagem considerando o contexto familiar, integrando o indivíduo dentro do seu ambiente familiar, explorando as dinâmicas familiares por meio do genograma familiar, e compreendendo suas interações com os demais membros da família, com a rede de apoio familiar ampliada e outros sistemas sociais mais abrangentes. Além disso, são reconhecidos os diversos papéis que

o indivíduo pode desempenhar dentro desses contextos, promovendo assim uma compreensão mais holística e integrada da prática de enfermagem em saúde familiar.

Houve ainda oportunidade de aprimorar a competência através da ação de formação apresentada, tendo-se verificado o aumento da documentação pelos enfermeiros da USF no programa de saúde da família, conforme objetivado.

CONCLUSÃO

Este relatório pretende descrever o percurso para o desenvolvimento das competências específicas da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF), concretizando-se na a prática de cuidados especializados a famílias com membros portadores de hipertensão e excesso de peso.

Durante a componente clínica, foram desenvolvidas várias atividades, incluindo a análise e caracterização do contexto da prática, a avaliação dos indicadores de saúde e desempenho da USF, bem como a caracterização de uma amostra de conveniência das famílias inscritas na lista do enfermeiro orientador cooperante. Foram assim identificadas áreas pertinentes de intervenção, emergindo o tema deste relatório.

A intervenção em famílias com membros portadores de hipertensão arterial e excesso de peso foi extremamente relevante, por ambas as condições de saúde, tão prevalentes, poderem ter um impacto significativo na qualidade de vida não só dos indivíduos, mas também das famílias como um todo. Foi uma mais valia esta prática de cuidar a família como um todo, sem descuidar cada um dos seus membros individualmente, mas abandonando a visão só do cuidado individual. Ao reconhecer como a saúde de um membro influencia a dinâmica familiar e, por sua vez, afeta a saúde de todos os membros, geram-se novas perspetivas facilitadoras do desenvolvimento de estratégias colaborativas de mudança. Nesta visão, a avaliação individual é essencial para identificar as necessidades específicas dos membros da família e compreender o seu impacto no sistema familiar como um todo.

Esta prática baseou-se no estudo e na assimilação de referências teóricas bem fundamentadas e atualizadas, que orientaram a prestação de cuidados à família e seus membros, intervindo eficazmente em diferentes níveis de prevenção, começando pela promoção da saúde familiar.

O recurso ao MDAIF como referencial teórico e operativo foi essencial no processo de cuidados à família, pois facilitou a avaliação holística da família, permitindo identificar necessidades de intervenção que de outra forma poderiam passar despercebidas. Por exemplo, foi possível detetar necessidades de intervenção relacionadas com a satisfação conjugal em duas famílias, para melhorar o bem-estar familiar. Isso resultou em ganhos significativos em saúde para as famílias envolvidas. Além disso, o uso do MDAIF capacitou

a aluna treinando-a numa nova área, preparando-para replicar essa abordagem no seu local de trabalho.

Também a Teoria das Transições desempenhou um papel crucial na tomada de decisões no cuidado individual de cada membro da família. Ao considerar o impacto das transições de vida de cada membro na dinâmica familiar, foi possível realizar uma intervenção mais abrangente e eficaz. Essa abordagem enfatizou a importância do bem-estar de cada membro da família, contribuindo para promover a qualidade de vida de toda a família.

As intervenções realizadas com as famílias, baseadas no paradigma colaborativo e na abordagem sistêmica, resultaram em ganhos significativos em saúde, capacitando-as em diversas áreas.

Destaca-se a importância do empoderamento da equipe de enfermagem, evidenciado pelas mudanças na prática clínica após a formação sobre documentação no programa Saúde da Família, no SClínico®, Destaca-se que a concretização das atividades inerentes ao perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar contribui para o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, bem como para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem às famílias, objetivando mais saúde e qualidade de vida para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. C. (2011). *Transições e contextos Multiculturais*. Formasau.

Alencar, D. L., Marques, A. P. O., Leal, M. C. C., & Vieira, J. C. M. (2014). Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3533-3542. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.12092013>

Almeida, F., Dantas, M. J. & Figueiredo, M. H. (2023). Cartas Terapêuticas. In M. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (VIII/449-452). Lidel.

Alves, M. A. S. G., Queiroz, T. M., & Medeiros, I. A. (2012). Fisiologia peniana e disfunção erétil: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(3), 439-44. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2012.16.03.2>

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

Andrade, A. I. N. P. A., & Martins, R. (2016). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 40(16), 185-199. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227>

International Family Nursing Association (IFNA). (2017). Declaração de Posição da IFNA sobre Competências de Prática Avançada para Enfermagem Familiar. <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/>

Brás, M., Brás, R., Figueiredo, M., & Curopos, L. (2019). *Estudo de caso à luz do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar* (Poster). NursID - CINTESIS-ESEP & UNIESEP <http://hdl.handle.net/10198/20818>.

Comissão Europeia. (2022). Panorâmica. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_pt

- Costa, R. S., & Nogueira, L. T. (2008). Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5), 871-876. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500012>
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-45. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Direção-Geral da Saúde - DGS. (2013). Hipertensão Arterial: definição e classificação. Departamento da Qualidade na Saúde. Norma Direção Geral de Saúde número 020/2011
- Direção-Geral da Saúde DGS. (2020). Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde [PDF]. Recuperado de <https://acredita.dgs.pt/fichero.asp?orig=GENERALES&nom=Documento+Geral+de+Certifica%C3%A7%C3%A3o+de+Unidades+de+Sa%C3%BAde%5FAprovado+a+26%5F11%5F2020%5Fv2%2Epdf>
- Watzlawick, P., Beavin, J. H & Jackson, D. D. (2002). *Pragmática Da Comunicação Humana*. Cultrix
- Durkheim, E. (1997). The division of labor in society. Les Presses Universitaires de France (PUF).
- Escola Superior de Enfermagem (2023). Guia Orientador: UC: Estágio de natureza profissional com relatório -Módulo I e Módulo II
- Figueiredo, M. (2013). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - MAPEAMENTO DE INDICADORES. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/mapeamentoindicadores.pdf
- Figueiredo, M. (2013). Projeto: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma acção transformativa em Cuidados de Saúde Primários Avaliação Estrutural - INDICADORES DE GANHOS EM SAÚDE. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/indicadores_de_ganhos_em_saude.pdf
- Gaio, V., Antunes, L., Barreto, M., Gil, A. P., Kislaya, I., Namorado, S., Rodrigues, A. P., Santos, A., Nunes, B. & Dias, C. M. (2018). Prevalência de Excesso de Peso e de Obesidade Em Portugal: resultados do primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015). Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 22, 29-33. <http://hdl.handle.net/10362/94519>

- Gomes, T. E. A. (2020). *Satisfação Conjugal, Satisfação Sexual e Imagem Corporal Em Casais: Estudo Exploratório* (Tese de mestrado, Universidade do Porto). Repositório Aberto da UP. <https://hdl.handle.net/10216/130911>
- Garrido, M. M., Prigerson, H. G., Penrod, J. D., Jones, S. C., Boockvar, K. S., & Hamel, M. B. (2020). Transitions in Family Caregiving: Phenomenological Study of Family Caregivers of Adults with Serious Illness. *Journal of Palliative Medicine*
- Gladding, S. T. (2015). *Family Therapy: History, Theory, and Practice*. Pearson.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. Lusociência.
- Harvard T.H. Chan School of Public Health. (s.d.). Prato: Alimentação Saudável (Portuguese). The Nutrition Source. Recuperado de [\[Prato: Alimentação Saudável \(Portuguese\) | The Nutrition Source | Harvard T.H. Chan School of Public Health\]](#)
- Hennessy, D., & Gladin, L. (2006). *Report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study*. WHO Regional Office for Europe. https://www.researchgate.net/publication/265067039_The_Report_on_the_Evaluation_of_the_WHO_Multi-country_Family_Health_Nurse_Pilot_Study
- Imber-Black, E. & Roberts, J. & Whiting, R. A. (1989). *Rituals in families and family therapy*. Norton Professional Books.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da Saúde: 2021*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508>. ISSN 2183-1637.
- Knowles, S. J. (2004). Marital satisfaction, shared leisure, and leisure satisfaction in married couples with adolescents (Tese de mestrado, Oklahoma State University). <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=e3a967a8c7d4c8d30261f2cabf3578a53d6aa077>
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes* (10ª ed.). Martins Fontes.

Lamanna, M. A., Riedmann, A., & Stewart, S. D. (2021). *Famílias em Transformação: Uma Perspectiva Sociológica*. Pearson.

Marques, M. R. F. (2023). *Integração da Família nos cuidados-Intervenções de Enfermagem em Saúde Familiar* (Tese de mestrado, Politécnico de Leiria). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.8/9319>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização pan-americana da saúde - representação brasil. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

Ministério da Saúde. 2007. Diário da República n.º 201/2007, Série I de 2007-10-18, páginas 7655 - 7659. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1368-2007-629123>

Ministério da Saúde. 2008. Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde - Capítulo IV. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2008-34455075-49183375>

Ministério da Saúde. 2017. Diário da República n.º 138/2017, Série I de 2017-07-19, páginas 3840 - 3847. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/212-2017-107709510>

Ministério da Saúde. 2018. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, páginas 19354 - 19359. Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Ministério da Saúde. Diário da República n.º 110/2019, 1ª Série de 2019-09-09, página 94. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17200/0009400101.pdf>

Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Artmed.

MS - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Esenf.pt. Obtido 12 de junho de 2023, de <https://estudar.esenf.pt/ms-mecsf/>

- Murteiro, A., Vítor, C., Figueiredo, M., Silva, M., Ferreira, M., Lebreiro, M., & Guedes, V. (2021). Perceção de competência dos enfermeiros de família sobre a entrevista familiar sistémica (Comunicação oral, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://web.esenfc.pt/?url-yCQgS5Xn>
- Nóbrega, R. V. (2012). Proposta de subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE® para hipertensos na atenção básica, páginas 51-60. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/5090>
- Norgren, M. B. P., Souza, R. M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2>
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.
- Ochoa de Alda, I. (1995). Abordagens em terapia familiar sistémica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Diário da República n.º 135 - II Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26 - II Série. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento n.º 656/2021, de 16 de julho. Diário da República n.º 137/2021, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>
- Paiva, B. C. (2023). Famílias com Pessoas Idosas: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar-Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/49938>
- Paz, G., Vale, C., Teles, E., Teixeira, C., Ribeiro, M., Martins, I., ... & Fernandes, F. (2021). ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E TENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA DA FIGUEIRA DA FOZ-UM ESTUDO MULTICÊNTRICO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, (86), 8-13.

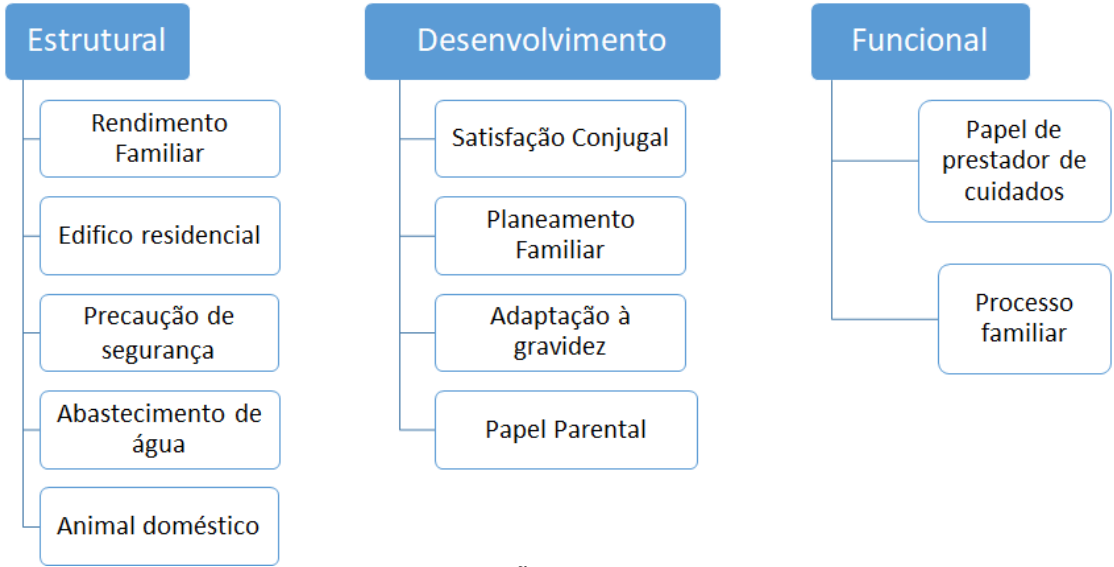
- Peixoto, M. J., & Santos, C. (2009). Estratégias de Coping na família que presta cuidados. *Cadernos de saúde*, 2(2), 87-93. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2009.2795>
- Pereira, A. (2012). Vulnerabilidade social e acesso aos cuidados de saúde (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16184>
- Processo Assistencial Integrado da Pré-obesidade no Adulto Pré-obesidade; Integração de Cuidados Profissionais das Unidades do Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). Consultado em 4 de junho de 2023 de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0102015-de-21122015-pdf.aspx>
- Projeto: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma acção transformativa em Cuidados de Saúde Primários. (2013, julho 11). Esenf.pt. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/indicadores_de_ganhos_em_saude.pdf
- Relvas, A. (2003). *Por Detrás do Espelho - da Teoria à Terapia com a Família*. Quarteto.
- Ribeiro, M. R. S. M. (2021). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade de cuidados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 36(2), 59-73. <https://orcid.org/0000-0002-4011-3849>
- Ribeiro, I., Pires, R., Serqueira, C., Cruz, M., Lima, L., Carvalho, L. C., Gonçalves, P., e Coelho, J. (2021). Entrevista clínica: documento de apoio. Escola de Enfermagem do Porto. <https://moodle.esenf.pt>
- Rodrigues, N. P. (2019). *O estilo de gestão do regime terapêutico dos clientes com dor oncológica crónica: Influência na gestão do regime medicamentoso* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/29474>
- Santos, H. M. O. R. (2011). A satisfação conjugal e o envolvimento paterno (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10451/29788>
- Schumacher, K.L.; Meleis, A.I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

- Spinelli, A. C. S. (2018). Obesidade e hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 25(1), 23-29. http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1/05_revista%20brasileira%20de%20hipertens%C3%A3o_25_n1.pdf
- Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). *Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://doi.org/10.48684/2ad2-jv51>
- Tareco, E. S. R. (2015). *Sistemas informáticos em saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem, revisão sistemática* (Tese de mestrado, Universidade do Algarve). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.1/7670>
- Wiener, N. (1948). Cybernetics. *Scientific American*, 179(5), 14-19.
- World Health Organization. (2022). WHO European regional obesity report 2022. World Health Organization. Regional Office for Europe. [WHO European Regional Obesity Report 2022](#)
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2019). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. F.A. Davis Company.
- Zabala, A., & Arnau, L. (2007). *11 ideas clave - Como aprender y enseñar competencias*. GRAÓ.

ANEXOS

ANEXO I - Matriz Operativa do MDAIF: Versão Reduzida

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



A - DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)			
Dado avaliativo: Tipo de Família			
Família nuclear		Coabitação	
Família reconstruída		Família Institucional	
Família monoparental		Comuna	
Monoparental liderada pelo homem		Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher		Alargada	
Outro <i>(especificar)</i>			
Dado avaliativo: Família Extensa			

Dado avaliativo: Classe social	

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

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

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

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

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

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

Focos/ Áreas De Atenção

Foco		A.1- Rendimento Familiar	
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar		(colocar resultados/dados) - Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) [(no caso de ORF superior a 3) ou (no caso de ORF igual ou inferior a 3 e enfermeiro considere que deve ser avaliado)] ↓ - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)	
Critérios diagnósticos		<u>Rendimento Familiar Insuficiente</u> se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF	
Diagnóstico		Rendimento Familiar Insuficiente / Rendimento Familiar Não Insuficiente (eliminar o que não se adequa)	
Resultados Desejados		(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)		Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)	
		Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)	
		Promover a gestão do rendimento familiar	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):			
Fundamentação (ACI)(Se adequado)			
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)		Data	
(Especificar as atividades de avaliação)		(colocar resultados/dados)	
Diagnóstico		Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente(eliminar o que não se adequa)	
Foco		A.2 - Edifício Residencial	
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial		(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado) - Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar) - Conhecimento Demonstrado /Não Demonstrado sobre riscos de edifício (no caso de TH 4 ou 5) - Higiene da Habitação Presente/Não Presente - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre governo da casa (no caso de Higiene da Habitação Não Presente) - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional (no caso de Higiene da Habitação Não Presente)	
Critérios diagnósticos		- Edifício residencial Não Seguro se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. - Edifício residencial negligenciado Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)	
Diagnóstico		Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício residencial Negligenciado (eliminar o que não se adequa)	
Resultados Desejados		(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)		Requerer serviço social (técnica de serviço social)	
		Requerer serviços médicos (autoridade de saúde concelhia)	
		Orientar a família para serviços sociais	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):			
Fundamentação (ACI) (Se adequado)			
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)		Data	
(Especificar as atividades de avaliação)		(colocar resultados/dados)	
Resultados Desejados		(colocar texto livre)	

Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro
	Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional
	Promover governo da casa
	Reforçar o governo da casa
	Instruir a família sobre governo da casa
	Motivar a família para governo da casa
	Requerer serviços sociais
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário) (Especificar as atividades de avaliação)	Data (colocar resultados/dados)
Diagnóstico	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.3- Precaução de Segurança	
Atividade Diagnóstica do item	(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)	
Avaliar Precaução de Segurança	- Existência / Ausência de <u>Barreiras arquitetônicas</u> Se Existência especificar: - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas - Existência / Ausência de <u>Aquecimento</u> Se Existência, especificar: <u>tipo de aquecimento</u> (central, lareira, ar condicionado, etc.) e <u>conhecimento</u> sobre utilização de equipamento. Se Não tiver conhecimento, especificar (colocar texto livre) - Existência / Ausência de <u>Abastecimento de gás</u> Se Existência, especificar: <u>tipo de abastecimento</u> (canalizado ou botija) e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás. Se Não tiver conhecimento, especificar (colocar texto livre)	
Crítérios diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada, se: (Existência de Barreiras arquitetônicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)	
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada (eliminar o que não se adequa)	
Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento	
	Ensinar sobre utilização de equipamento de gás	
	Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico	
	Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento	
	Negociar sobre utilização de equipamento de gás	
	Negociar sobre utilização de equipamento elétrico	
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas	
Orientar para serviços da comunidade		
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)		Data
(Especificar as atividades de avaliação)		(colocar resultados/dados)
Diagnóstico		Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada (eliminar o que não se adequa)
Foco	A.4- Abastecimento de Água	
Atividade Diagnóstica do item	(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)	
Avaliar Abastecimento de Água	- Existência / Ausência de <u>Abastecimento de água</u> (colocar texto livre, caso não tenha abastecimento de água) Se Existência, especificar: <u>tipo de abastecimento de água</u> (rede pública, rede privada ou mista). Se rede privada ou mista, especificar (furo, poço, ...) - No caso de rede privada ou rede mista: - Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano - No caso da utilização da água da rede privada para consumo humano: - Com / Sem Controlo da qualidade da água	

	- No caso de não ser efetuado o controle da qualidade da água: • Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre o controlo da qualidade • Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água	
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado, se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e NÃO é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Co- nhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]	
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado (eliminar o que não se adequa)	
Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água	
	Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água	
	Orientar para serviços de controlo da qualidade da água	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário) (Especificar as atividades de avaliação)		Data (colocar resultados/dados)
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado (eliminar o que não se adequa)	

Foco		A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico		<i>(colocar resultados/dados)</i> (eliminar o que não se adequa) - Existência / Ausência de Animal doméstico <i>(especificar espécie/raça)</i> - Existência / Ausência de Vacinação - Se Ausência de vacinação - Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - Existência / Ausência de Desparasitação - Se ausência de desparasitação - Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - Outros dados: <i>(colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)</i>
Critérios diagnósticos		Animal doméstico negligenciado, se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(Animal não desparasitado) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
Diagnóstico		Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
Resultados Desejados		<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)		Ensinar sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses) Orientar para serviços da comunidade Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico Motivar para vacinação do animal doméstico Motivar para desparasitação do animal doméstico Supervisionar vacinação do animal
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário) (Especificar as atividades de avaliação)	Data	
		<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico		Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Animal Doméstico Negligenciado

Resultados Desejados		<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)		Ensinar sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses) Orientar para serviços da comunidade Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico

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

B - DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)	
Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	B.1.1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	B.1.1.2- Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	B.1.1.3- Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Relação dinâmica Não Disfuncional / Relação dinâmica Disfuncional (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Satisfação com o padrão de comunicação do casal	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	

Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Não eficaz / Comunicação eficaz (<i>eliminar o que não se adequa</i>)	
Dimensão	B.1.3 - Interação Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1 - Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2 - Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade	
Conhecimento do casal sobre sexualidade	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não ou Itens 1; 2: Não	
Subdiagnóstico	Interação Sexual Adequada / Interação Sexual Não Adequada (<i>eliminar o que não se adequa</i>)	
Dimensão	B.1.3 - Função Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1 - Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
Disfunções Sexuais	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2 - Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim ou Item 1: Sim e Item 2: Não	
Subdiagnóstico	Relação Sexual Comprometida / Relação Sexual Não Comprometida (<i>eliminar o que não se adequa</i>)	
Foco	B.1. Satisfação Conjugal	
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida	
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação dinâmica disfuncional / Comunicação Não Eficaz /Interação Sexual Não Adequada / Relação Sexual Comprometida (<i>eliminar o que não se adequa</i>)	
Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas	
	Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas	
	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Promover a comunicação do casal	
	Planejar rituais familiares	
	Motivar para atividades em conjunto	
	Ensinar sobre sexualidade	
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
	Orientar para serviços médicos	
	Orientar para terapia familiar	

Orientar para serviços (psicologia)					
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):					
Fundamentação (ACI) (Se adequado)					
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário) (Especificar as atividades de avaliação)	Data (colocar resultados/dados)				
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida (eliminar o que não se adequa)				
Foco	B.2 - Planejamento Familiar				
Dimensão	B.2.1 - Fertilidade				
Atividade Diagnóstica do item O casal planeia ter filhos/ mais filhos	B.2.1.1 - O casal planeia / não planeia ter filhos ou mais filhos <table><tr><td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr><tr><td colspan="2">Fundamentação</td></tr></table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Atividade Diagnóstica do item Alterações na fertilidade do casal	B.2.1.2 - Alterações / Sem alterações na fertilidade do casal <table><tr><td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr><tr><td colspan="2">Fundamentação</td></tr></table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial	B.2.1.3 - Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos de fertilização artificial <table><tr><td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr><tr><td colspan="2">Fundamentação</td></tr></table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade	B.2.1.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade <table><tr><td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr><tr><td colspan="2">Fundamentação</td></tr></table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Critérios diagnósticos	Fertilidade Comprometida se: O casal deseja ter filhos e tem alterações na fertilidade e/ou um dos itens seguintes se situar no Não demonstrado				
Subdiagnóstico	Fertilidade comprometida / Fertilidade Não Comprometida (eliminar o que não se adequa)				
Dimensão	B.2.2 - Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional				
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional	B.2.2.1 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre consulta pré-concepcional <table><tr><td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr><tr><td colspan="2">Fundamentação</td></tr></table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	B.2.2.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez <table><tr><td>Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td><td>Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</td></tr><tr><td colspan="2">Fundamentação</td></tr></table>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Fundamentação	
Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))				
Fundamentação					
Critérios diagnósticos	Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não				
Subdiagnóstico	Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez				

	demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.2.3- Uso de Contracetivo	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.1- Uso / Não uso de Contracetivo	
Uso de Contracetivo	<i>Se Uso qual?</i>	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.2 - Não interrupção / Interrupção do uso de contraceptivo	
Interrupção do uso de contraceptivo	<i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.3 - Satisfação / Não Satisfação com o contraceptivo adotado	
Satisfação com o contraceptivo adotado		
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.4 - Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos contraceptivos	
Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos		
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.5 - Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre contracepção de emergência	
Conhecimento do casal sobre contracepção de emergência		
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre uso de contraceptivos	
Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivos		
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
CrITÉRIOS diagnÓSTICOS	Uso de contraceptivo Não adequado Se: Uso de contraceptivo e Um dos itens se situar no Não	
SubdiagnÓstico	Uso de contraceptivos adequado / Não adequado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.2.4- Conhecimento sobre Reprodução	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.4.1- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre o ciclo sexual da mulher	
Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher		
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.4.2- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino	
Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do	<i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

sistema reprodutor feminino	des, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino	B.2.4.3 - Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez	B.2.3.4 - Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre fecundação e gravidez	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Reprodução demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Foco	B.2- Planeamento familiar	
Critérios diagnósticos	Planeamento Familiar Ineficaz se: - Fertilidade Comprometida e/ou; - Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado e/ou; - Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado; - Se o casal tem uso de contraceptivo e uso de contraceptivo não adequado e/ou; - Conhecimento sobre reprodução não demonstrado	
Diagnóstico	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz por Fertilidade Comprometida / Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado / Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado/ Se o casal tem uso de contraceptivo e este não adequado / Conhecimento sobre reprodução não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos	
	Ensinar/ Instruir o casal sobre contraceção de emergência	
	Orientar antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência	
	Ensinar/ Instruir/ Treinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado	
	Motivar para o uso do contraceptivo	
	Providenciar contraceptivo	
	Providenciar material de leitura	
	Informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional	

	Ensinar o casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino	
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino	
	Ensinar o casal sobre fecundação e gravidez	
	Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada	
	Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes	
	Orientar o casal para serviços médicos	
	Informar o casal sobre métodos de fertilização artificial	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário) (Especificar as atividades de avaliação)		Data (colocar resultados/dados)
Diagnóstico		Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz (eliminar o que não se adequa)
Foco	B.3 - Adaptação à Gravidez	
Dimensão	B.3.1- Conhecimento	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre direitos sociais da gravidez	B.3.1.1 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da gravidez	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre direitos sociais da maternidade / paternidade	B.3.1.2 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da maternidade / paternidade	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez	B.3.1.3 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento sobre as alterações fisiológicas na gravidez.	B.3.1.4 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as alterações fisiológicas na gravidez	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento sobre novo ciclo vital	B.3.1.5 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre novo ciclo vital	
	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez	B.3.1.6 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde na gravidez	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

	identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.7 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre curso de preparação para o parto	
Conhecimento sobre curso de preparação para o parto	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.8 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre desenvolvimento fetal	
Conhecimento sobre desenvolvimento fetal	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.9 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre o processo psicológico associado ao puerpério	
Conhecimento sobre o processo psicológico associado ao puerpério	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.10 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde do recém-nascido	
Conhecimento sobre vigilância de saúde do recém-nascido	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultado (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.11 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre enxoval da mãe e do bebê	
Conhecimento sobre enxoval da mãe e do bebê	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.12 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre prevenção de acidentes do recém-nascido	
Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.13 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre alimentação do recém-nascido	
Conhecimento sobre alimentação do recém-nascido	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Adaptação à gravidez demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.3.2 - Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.1 - O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à gravidez	
O casal partilha receios	Atividade diagnóstica	Resultados

e expectativas associadas à gravidez	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade	B.3.2.2 - O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à parentalidade	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais	B.3.2.3 - Os elementos do casal apoiam-se / não se apoiam mutuamente nas tarefas desenvolvimentais	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz / não eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.3- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia	B.3.3.1 - A grávida/ casal é assídua (o) / não é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto	B.3.3.2 - O casal está / não está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item O casal está a preparar/preparou o enxoval da mãe e do bebé	B.3.3.3 - O casal está / não está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Comportamentos de adesão Não Demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamentos de adesão demonstrado / não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Foco	B.3. Adaptação à gravidez	
Critérios diagnósticos	Adaptação à Gravidez Não Adequada Se: • Conhecimento Não demonstrado e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Comportamentos de adesão Não Demonstrado	
Diagnóstico	• Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada por Conhecimento Não demonstrado / Comunicação Não Eficaz / Comportamentos de adesão Não Demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez	
	Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade	
	Ensinar o casal sobre etapas de adaptação á gravidez	
	Ensinar o casal sobre alterações fisiológicas na gravidez	

Ensinar o casal sobre a nova etapa do ciclo vital
Informar/ orientar o casal sobre curso de preparação para o parto
Informar o casal sobre vigilância de saúde na gravidez
Ensinar o casal sobre desenvolvimento fetal
Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
Informar o casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido
Informar o casal sobre enxoval da mãe e do bebê
Ensinar o casal sobre cuidados de higiene ao recém-nascido
Ensinar o casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido
Ensinar o casal sobre alimentação do recém-nascido
Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
Orientar para serviços de saúde
Facilitar o suporte familiar
Promover a comunicação expressiva das emoções
Promover a comunicação do casal

Atividades que concretizam as intervenções (ACI):

Fundamentação (ACI) (Se adequado)

Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário) (Especificar as atividades de avaliação)		Data (colocar resultados/dados)
Diagnóstico		Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada (eliminar o que não se adequa)
Foco	B.4 - Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)	
Dimensão	B.4.1 - Conhecimento do papel (recém-nascido)	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	B.4.1.1 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	B.4.1.2 - Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno	B.4.1.3 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento materno	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	B.4.1.4 - Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

	ge(s))	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial	B.4.1.5 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento artificial	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido	B.4.1.6 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre choro do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	B.4.1.7 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica	B.4.1.8 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre perda de peso fisiológica	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	B.4.1.9 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	B.4.1.10 - Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	B.4.1.11 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.12 - Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	

Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre a vigilância de saúde	B.4.1.13 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a vigilância de saúde	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido	B.4.1.14 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido	B.4.1.15 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre competências do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	B.4.1.16 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultado (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (recém-nascido) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (recém-nascido) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.4.2- Conhecimento do papel (de recém-nascido até à infância escolar)	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	B.4.2.1 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	B.4.2.2 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.3 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	

Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultado (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	B.4.2.4 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral	B.4.2.5 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	B.4.2.6 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária	B.4.2.7 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	B.4.2.8 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	B.4.2.9 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	B.4.2.10 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		

Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação	B.4.2.11 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais vigilância de saúde/vacinação	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre socialização	B.4.2.12 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	B.4.2.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	B.4.2.14 - Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	B.4.2.15 - Conhecimento demonstrado / Não dos pais sobre a importância de regras estruturantes	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (de recém-nascido até à infância escolar) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (de recém-nascido até à infância escolar) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.4.3 - Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	B.4.3.1 - Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	B.4.3.2 - Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.3 - Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança	

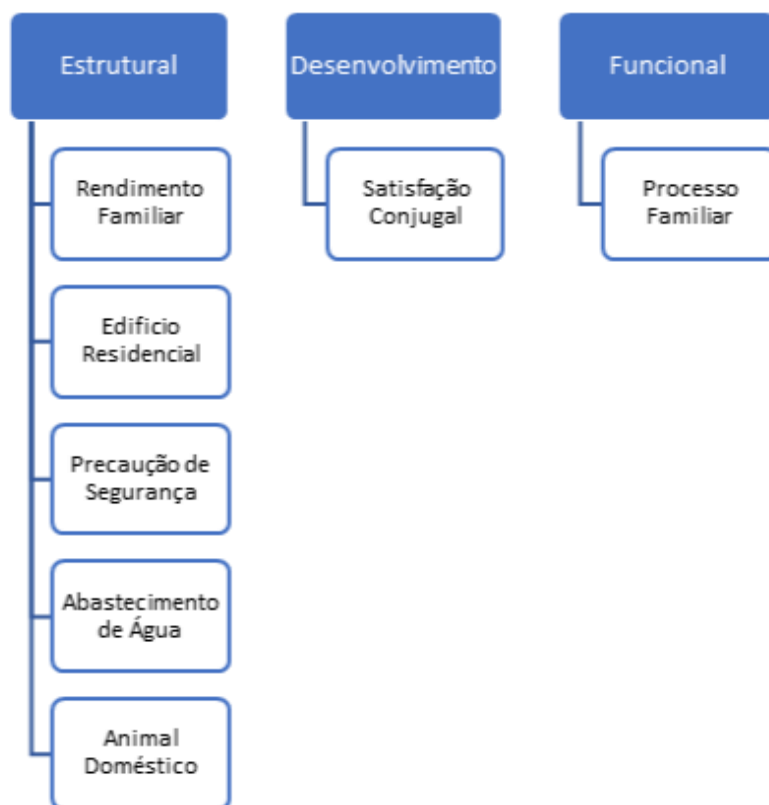
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os pais promovem uma higiene adequada à criança	B.4.3.4 - Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	B.4.3.5 - Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança	B.4.3.6 - Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os pais promovem a socialização da criança	B.4.3.7 - Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	B.4.3.8 - Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os pais definem regras entre subsistemas	B.4.3.9 - Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item Os pais interagem positivamente com a criança	B.4.3.10 - Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (de recém-nascido até à infância escolar) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (de recém-nascido até à infância escolar) Demonstrado	

	/ Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.4.4 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.4-Consenso SIM/ NÃO	
Consenso do Papel	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s)cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.4.5 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.5-Conflito SIM/ NÃO	
Conflito do Papel	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.4.6 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.6- Saturação SIM/ NÃO	
Saturação do Papel	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)	
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim	
DiagnÓstico	• Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado / Comportamentos de adesão Não demonstrado / • Consenso do papel Não / Conflito do papel Sim / Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)	
Resultados Desejados	(colocar texto livre)	

Anexo II - Documento Word® “Matriz Operativa versão reduzida”

Família M

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



Áreas de atenção da Família M (adaptada do MDAIF, 2012, p. 104)

1ª consulta

Data: 16.10.2023

Local: USF

Intervenientes: JA, RR e Enf. Margarida

Objetivos

Apresentar aos membros presentes o propósito deste trabalho;

Avaliar dados antropométricos dos membros presentes: IMC, TA.

Avaliar hábitos individuais de risco que possam influenciar o peso e a tensão arterial

Avaliar a família nas dimensões estrutural e de desenvolvimento

Registar informação colhida no documento MO MDAIF versão reduzida

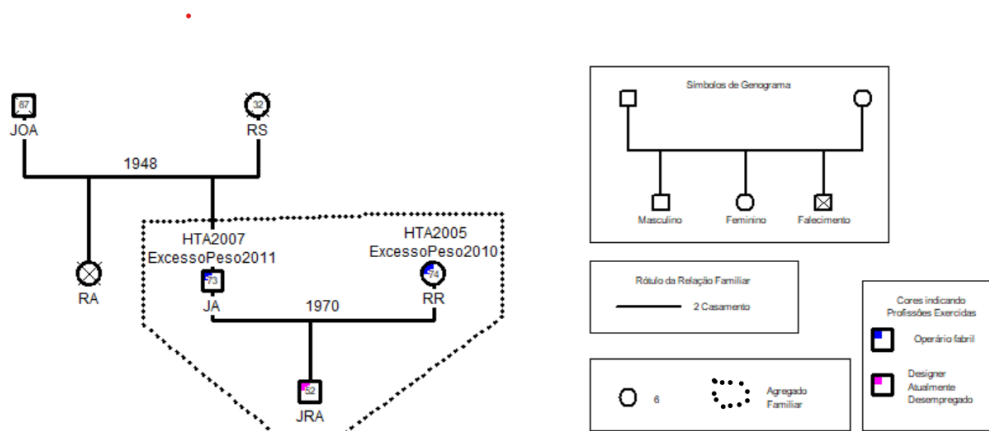
Registar informação colhida no SClínico®, no processo familiar e nos processos individuais

Nesta primeira consulta, serão colocadas perguntas lineares aos presentes

A - DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dados avaliativos: Composição da Família (Genograma)

Para a construção deste genograma foi utilizado o programa informático GenoPro®.



A família M é uma família nuclear, detentora de dois subsistemas: conjugal, e paternal. Inclui JA de 73 anos, RR de 74 anos e JRA de 52 anos, filho único. A família encontra-se na etapa do ciclo vital família com filhos adultos.

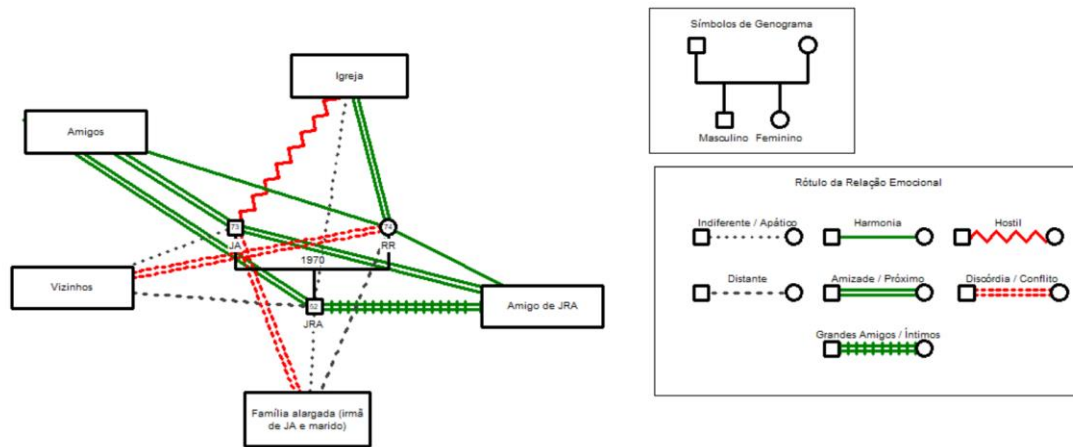
Dados avaliativos: Tipo de Família

Família nuclear	X	Coabitação	
Família reconstruída		Família Institucional	
Família monoparental		Comuna	
Monoparental liderada pelo homem		Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher		Alargada	
Outro (<i>especificar</i>)			

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

Dados avaliativos: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

Para a construção deste ecomapa foi utilizado o programa informático GenoPro®



	Igreja	Amigos	Melhor Amigo de JRA	Vizinhos	Família alargada
Vínculo forte			JRA		
Vínculo intermédio	RR	JA JRA	JA RR		
Vínculo fraco	JA JRA	RR		JA RR JRA	JA RR JRA

Enf - “Com quem convivem? ”

RR - “Convivemos um com o outro essencialmente. O meu filho está sempre no quarto. Passa a maior parte do tempo a falar com os amigos, principalmente com o melhor amigo dele, estão sempre juntos, se não for presencialmente é ao telemóvel, ou na Internet ou lá o que é? Família é pouca e não nos damos muito bem. Então, depois que mudamos para aqui, é ainda pior. A irmã do meu marido enquanto o pai era vivo, ainda passava lá em casa, mas agora é raro falarmos, é por telefone e pouco.”

JS - “E com os vizinhos, esqueça, ela arranjou uma zaragata lá com a mania das limpezas, que agora ninguém fala com ela, e comigo é bom dia e boa tarde e pouco mais.”

Enf - “E amigos, não costumam estar com os amigos?”

JS -” Eu tenho alguns amigos, costumamos ir ao café, e passo lá um bocado bom com eles”

RR - “Amigos... já foi tempo. Quando trabalhava na fábrica tinha lá amigas, havia sempre que falar, mas agora que vim para a qui.... cada uma seguiu a sua vida conforme pôde e nunca mais estive com elas. Vou à missa ao domingo, não perco uma e às vezes lá fico um bocadito na conversa com algumas senhoras simpáticas, mas é só ao domingo.”

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Critérios relativos ao Tipo de Habitação

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

O preenchimento da Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), atribui à família M a classe social média, tendo a esposa completado o ensino secundário, tendo ambos trabalhado grande parte das suas vidas numa fábrica, como operários semiqualificados, estando neste momento os dois reformados, auferindo vencimentos certos. Habitam num apartamento, no 2º andar de um bairro social.

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1 - Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Rendimento Familiar	- Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) ORF igual a 3 Membros do casal, reformados, ela operária fabril e ele serralheiro civil. O filho, tem um curso superior, mas está desempregado. Vivem num bairro social RR - “Já vivemos melhor, mais desafogados, já vivemos pior, agora estamos benzinho. Ali no bairro temos menos despesas e o que ganhamos dá para nós. Não temos muito, mas sabemos gerir.”
Critérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5 ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Não Demonstrado em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente
Foco	A.2 - Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar): Grau 3 (casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais); - Higiene da Habitação: Presente RR refere que apesar de residir num bairro social, é muito limpa. Trabalhou muitos anos como empregada de limpeza, e a patroa gostava muito dela. RR diz que por ser assim, diferente dos vizinhos, por ser muito cuidadosa com a higiene, teve vários conflitos com os vizinhos, não falando com nenhum, neste momento. É ela a única zeladora dos espaços comuns, limpando a escadaria sem que ninguém lhe peça, pague ou agradeça.
Critérios diagnósticos	Edifício residencial Não Seguro se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. Edifício residencial negligenciado se: Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	Edifício residencial seguro Edifício residencial não negligenciado

Foco	A.3 - Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Prevenção de Segurança	- Existência de Barreiras arquitetônicas Se Existência especificar: escadaria do condomínio - Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas: Os membros sabem de entradas vizinhas com elevador de escada ou rampa de acesso, que pode requisitar nos serviços camarários, se vier a necessitar. - Ausência de Aquecimento: A casa não é fria, até é quentinha, e não estamos em tempo de gastar dinheiro em eletricidade ou em gás. Quando temos frio, vestimos mais um casaco, ou metemo-nos na cama a ver televisão, com mais um ou dois cobertores. - Existência de Abastecimento de gás: canalizado
Critérios diagnósticos	Prevenção de Segurança Não Demonstrada, se: (Existência de Barreiras arquitetônicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)
Diagnóstico	Prevenção de Segurança Demonstrada
Foco	A.4 - Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Abastecimento de Água	- Existência de Abastecimento de água: rede pública
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado, se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e NÃO é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controle da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado
Foco	A.5 - Animal doméstico
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Animal Doméstico	- Ausência de Animal doméstico
Diagnóstico	Não Aplicável

B - DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)

Formação do casal		
Família com filhos pequenos		
Família com filhos na escola		
Família com filhos adolescentes		
Família com filhos adultos		X
Foco	B.1 - Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1 - Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1 - Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	Atividade diagnóstica	Resultados
	Enf. - “Relativamente às tarefas domésticas, como fazem? Há ajuda, há partilha?	RR - “Oh senhora enfermeira, tratar da casa, é a minha praia. O que eu gosto de fazer é cozinhar, limpar, arrumar, passar a ferro. É quase terapêutico para mim as lides domésticas.” JA - “Nem pense que eu ajude a fazer alguma coisa. Se por acaso faço qualquer coisa, nunca fica bem feito, nunca é como ela gosta. Até as escadas ela vai lavar sem ninguém lhe ter encomendado sermão nenhum.”
	Enf. - “Pelo que me dizem, parecem-me satisfeitos com a divisão. de tarefas domésticas, percebi bem?”	RR - “Sim, sim. Deixe estar assim que está bem.”
Fundamentação		
Segundo Santos (2011), relativamente às tarefas domésticas, obtêm-se correlações positivas entre a satisfação conjugal e a perspetiva da mulher sobre a participação do conjugue nestas tarefas, obtendo-se ainda uma correlação negativa entre a satisfação conjugal e a perceção que as mulheres têm acerca da sua participação nas tarefas domésticas. No mesmo estudo, os resultados indicam que quanto mais os conjugues participarem nas tarefas domésticas maior é a satisfação conjugal das mulheres e que quanto maior é o envolvimento da mulher nestas tarefas menor é a sua satisfação em termos de satisfação conjugal. Assim se percebe a importância da avaliação da satisfação dos membros do casal na divisão das tarefas domésticas, pois esta interfere com a satisfação conjugal. Neste casal, quem trata das tarefas domésticas é essencialmente a esposa, no entanto, ela refere que prefere ser ela a fazer essas tarefas, e o marido não se importa que seja assim, ou até gosta, pelo que se pode concluir que o casal está satisfeito com a partilha das tarefas domésticas.		

Atividade Diagnóstica do item Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	B.1.1.2 - Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
	Atividade diagnóstica Enf. - “Estando os dois reformados, e pelo que percebi, sem grandes atividades fora de casa, devem passar muito tempo juntos, certo? Que me dizem em relação ao tempo que passam juntos?” Enf. - “Sentem-se satisfeitos com o tempo que passam juntos?”	Resultados RR - “Sim, estou sempre em casa, pouco saio, ele ainda vai ao café, mas sim, passamos muito tempo juntos.” JA - “Quando trabalhávamos, era diferente, mas agora, ela anda sempre atrás de mim.” RR - “Sim.” JA - “Sim.”
	Fundamentação A satisfação de cada membro do casal com o tempo que passam juntos é fundamental para fortalecer a comunicação, identificar problemas, prevenir conflitos, melhorar a qualidade de vida e fortalecer o vínculo no relacionamento. Do aumento do tempo que passam juntos, resulta em sentimentos de recompensa e melhoria da comunicação entre o casal (Knowles, 2004).	
Atividade Diagnóstica do item Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	B.1.1.3 - Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
	Atividade diagnóstica Enf- “Falando agora em sentimentos, dos dois, quem é que tem mais facilidade em expressar sentimentos?” Enf. - “Foram sempre assim, diferentes neste aspeto?” Enf. - “Estão satisfeitos, assim, ou gostavam que fosse diferente?” Enf. - “Se percebi, têm dificuldades na expressão de sentimentos em casal, pelo que lhes pergunto agora, como se sentem em relação a isso?”	Resultados JA - “Posso responder eu?” RR - “Podes, claro, não sei se quero que respondas, mas podes.” JA - “Essa é fácil: sou eu. Ela amua, e às vezes parece que tenho que lhe arrancar as palavras com um saca-rolhas.” RR - “Pois...” (silêncio) JA e RR - “Sim.” JA - “Eu gostava que fosse diferente, que a RR não andasse como anda às vezes, amuada. Já não temos idade para isso.” RR - “Eu fui sempre assim, tu sabes, e com a idade... não sei se melhora, se piora.” JA - “É um disparate. Já vivemos mais do que o que temos para viver, e qualquer dia acontecemos alguma a um de nós e podemos continuar a viver, mas sem viver, percebe, senhora

	Enf. - “Aqui está uma situação que talvez eu posso ajudar, se quiserem, que me dizem” Enf. - “RR, lembra-se da última que sentiu dificuldade em expressar os seus sentimentos e ficou em silêncio?”. Enf. - “Convido-a a escrever num papel o que ficou por dizer, depois, se quiser, pode ler ao JA, ou entregar-lhe a carta, se não se sentir com forças para a ler em voz alta. No entanto, há algumas regras que têm que seguir, não podem falar alto, tem que ser no momento tranquilo, num local reservado, com velas, ou com uma música ambiente se quiserem, que dizem? Não se esqueçam que é o reviver de uma situação passada, que já foi resolvida, (certo?) e que só a vão reviver para perceberem como gerir uma situação semelhante no futuro, que dizem?” Enf. - “Se não tiverem mais questões, dou por terminada a consulta de hoje. Próxima semana ligo-lhe RR para programarmos a próxima consulta, pode ser? Nessa consulta vamos conversar sobre o que vos propus hoje e vamos continuar com outras questões, pode ser?”	enfermeira? Por isso, temos que aproveitar cada momento, porque estamos perto do fim, não devemos perder tempo com amuos desnecessários. Ainda por cima, às vezes dura dois ou três dias, e ando ali sem perceber o que se passa e invento problemas.” RR - “Se calhar querias que fosse como tu, que começasse a mandar vir, sem pensar no que diz pela boca fora. Eu prefiro ficar calada e esperar que a mágoa passe.” JA - “Pois, mas ao menos passado um bocado já não é nada, enquanto tu...” RR - “É capaz de ser boa ideia. Nunca tinha mexido assim muito neste assunto, parece-me estranho, mas realmente, é capaz de ser uma boa ideia, podemos tentar.” RR - “sim.” JA - “Claro que se lembra, essas coisas ela guarda tudo, não se esquece.” RR - “É capaz de ser interessante.”
--	--	--

Fundamentação

A Teoria da Cibernética estuda a comunicação e o controle em sistemas complexos; a Teoria da Comunicação Circular é uma teoria da comunicação que enfatiza a importância da retroalimentação e da interação entre os participantes de um sistema de comunicação. A Teoria da Comunicação Circular foi influenciada pela Teoria da Cibernética, que forneceu conceitos como feedback, homeostase e causalidade circular. Nestes bloqueios de comunicação percebo uma retroalimentação da comunicação circular de uma forma negativa: não conseguindo expressar os seus sentimentos, a senhora fica calada, amuada, numa tentativa de evitar discussão; com este comportamento o que a esposa transmite ao marido é um feedback negativo. Perante isto, o marido percebe que a esposa quer ficar sossegada, que não o quer ouvir, e por isso não a procura para conversar, para esclarecer a situação. Por sua vez, perante o silêncio do marido, a esposa fica cada vez mais amuada, existindo assim uma retroalimentação negativa na comunicação circular. Há um comportamento de um membro em relação ao outro, que ao receber esse comportamento vai fazer a sua inferência, tendo depois uma consequência a nível afetivo, cognitivo, ou a ambos, gerando também um comportamento, que será recebido pelo outro, gerando uma outra consequência a nível afetivo, cognitivo, ou a ambos.

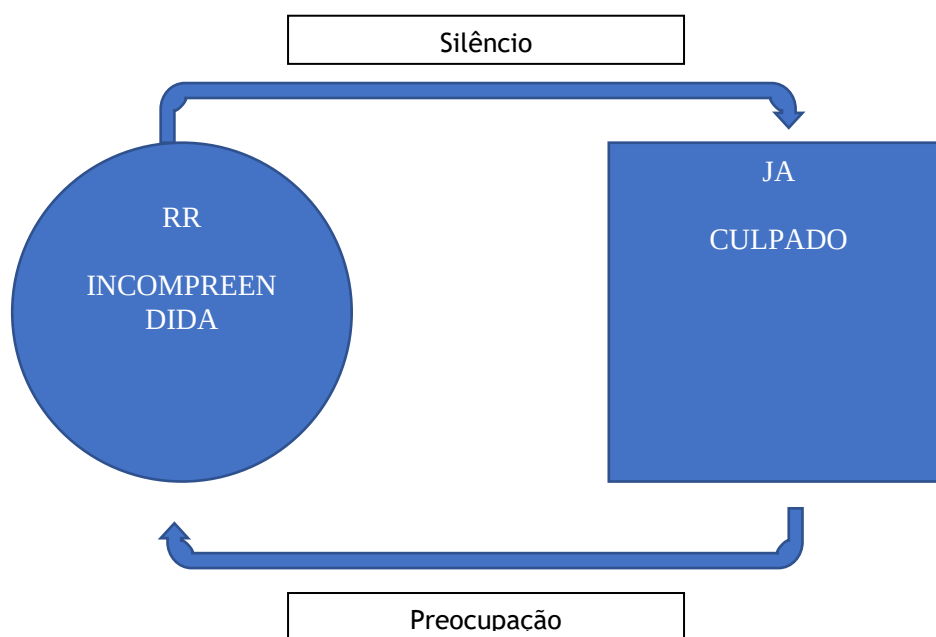


Diagrama da comunicação circular do casal

Critérios diagnósticos

Relação Dinâmica Disfuncional se: Um dos itens se situar no Não

Subdiagnóstico

Relação Dinâmica Disfuncional

Foco	B.1. Satisfação Conjugal
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida
DiagnÓstico	Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação Dinâmica Disfuncional
Resultados Desejados	Que a satisfação conjugal seja mantida., pela relação dinâmica funcional.
Intervenções Sugeridas	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover a comunicação do casal
	Planejar rituais familiares
	Incentivar à partilha de emoções
Atividades que concretizam as intervenções (ACI): Propor o desafio de na dificuldade na expressão de sentimentos o faça por escrito (ver diálogo cima) Transformar o desafio em ritual terapêutico, sugerindo que sempre que qualquer um dos membros tenha dificuldade na expressão dos sentimentos, o faça por escrito.	
Fundamentação Para Imber-Black (1989), os rituais terapêuticos são ritos simbólicos. que podem apoiar os membros do casal no seu relacionamento, na mudança, na cura, na crença e na celebração.	
Avaliação de resultados das intervenções Relação dinâmica funcional	Data: 24.11.2023 (2ª Consulta)
DiagnÓstico	Satisfação Conjugal Mantida

2ª consulta

Data agendamento: 24.11.2023

Local: Domicílio

Intervenientes: JA, RR e Enf. Margarida

Objetivos

- Apresentar aos membros presentes o propósito desta consulta;
- Avaliar a atividade proposta na última consulta
- Completar a avaliação de desenvolvimento;
- Avaliar a família na dimensão funcional;
- Registar informação colhida no documento MO MDAIF versão reduzida;
- Registar informação colhida no SClínico®, no processo familiar e nos processos individuais

Foco	B.1.2 - Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.1 - O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um	
O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um	Atividade diagnóstica	Resultados
	Enf. - “Na última consulta, lancei um desafio de uma atividade a fazer em casal. Fizeram? Como correu?”	JA - “Diz tu”. RR - “Fizemos sim, e até gostei. Sabe, não acho que seja rancorosa, mas não esqueço as discussões, grandes ou pequenas, os conflitos, e ao escrever aquelas coisas, fez-me remexer nos sentimentos, e fiquei assim meio abalada, mas por outro lado, senti uma sensação de leveza, por ter tirado de cima de mim tudo aquilo que queria dizer e não tinha dito.” JA - “Posso contar? Bem, a minha esposa entregou-me, não leu. Eu li, e reli, e reli.... não lhe disse nada, mas registei e depois, passadas umas semanas (duas talvez), voltamos a repetir, mas pedi-lhe que me lesse. E foi um descalabro, ela chorou baba e ranho, mas acabou bem, muito bem até.” RR - “Sim, sem dúvida”.
	Enf. - “Contem-me: RR leu o que escreveu ao seu marido ou entregou-lhe o papel?”	
	Enf. - “RR, diria que se sente mais capaz de expressar os seus sentimentos ao seu marido, neste momento?” Enf. - “Ainda têm o que RR escreveu?” Enf. - “Sugiro que juntos	RR - “Sim”. JA - “Parece-me bem”.

	queimem tudo isso, como libertação, como sinal de mudança, e que assumam o compromisso, um com o outro de agora em diante estarem disponíveis um para o outro para expressar e ouvir o outro relativamente a sentimentos.” Enf. - “Avançando, conforme combinado, digam-me: conversam sobre o dia-a-dia, já me disseram, já está menos difícil a expressão de sentimentos, e relativamente à vossa relação com um casal? E sobre as expectativas e os receios de cada um enquanto casal?”	RR - “Sim, isso sim. Há sempre medo, há sempre receios. Já nos conhecemos há muitos anos, temos uma vida inteira juntos, mas nesta vida nada é certo, nada deve ser tido como certo e, claro, temos que conversar, e conversamos.”
	Fundamentação Nesta consulta, tanto o marido como a esposa referiram estar satisfeitos com a forma como cada um expressa os sentimentos, depois de terem posto em prática o desafio que lançado na última consulta, pelo que o Subdiagnóstico de Relação à Dinâmica Disfuncional passou a Relação Dinâmica Não Disfuncional.	
Atividade Diagnóstica do item O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	B.1.2.2 - O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
	Atividade diagnóstica Enf. - "Mesmo um casal que se relacione muito bem, é sempre composto por duas pessoas diferentes, com opiniões diferentes e podem entrar em discordância. Isto também vos acontece, certo? Quando isso acontece, conseguem chegar a acordo?" Enf. - "Há algum assunto em que estejam mais frequentemente em	Resultados JA - “Sim, que remédio. Muitas vezes. O nosso filho, por exemplo, um homem feito, mas ainda não bateu as asas, ainda estás debaixo das saias da mãe. Isso é uma coisa que me faz alguma confusão, no meu tempo não era assim. Até o facto de estar sempre metido no quarto, sempre a falar com o melhor amigo dele, às vezes parece que não existe mais ninguém no mundo, e isso faz-me confusão, às vezes apetecia-me dar-lhe um ralhete. A minha mulher acha norma, que agora é assim..... Enfim. Mas sim, chegamos a acordo, tanto chegamos que ele lá continua. Ainda agoira está no quarto. É como se não estivesse em casa, mas está.” RR - “Sim, entramos em acordo sim. Umas vezes cedo eu, outras ele, mas tem que ser assim, senão não há casamento que dure.”

	discordância?” Enf. - “Se percebi, o facto do vosso filho estar desempregado, em vossa casa, que mais provoca discordância no casal, correto? Mas mesmo em relação a esse assunto, consideram que conseguem entrar em acordo?”	RR - “O nosso filho.” JA - “Sim, da idade dele eu já tinha saído de casa, há muito que trabalhava e ganhava para mim, mais, até ainda tinha que dar aos meus pais, muito mais novo que ele.” RR -” E ele lá tem culpa de não arranjar trabalho? Ele tenta, tá sempre a responder a entrevistas, mas nada. Ele não tem culpa.” JA - “Já procurou mais, mas enfim... que se pode fazer? Pelo menos é caseirinho, não anda por aí a gastar o dinheiro mal gasto, como muitos.” JA - “Sim, são só desabafos. Não temos a mesma opinião em relação à situação, mas que se pode fazer? Nada, não o vamos pôr na rua.”		
Fundamentação O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião, mas no que se refere à situação do filho, adulto de 51 anos, desempregado, que sempre morou com os pais. São vários os fatores, ao longo dos anos, que têm contribuído para a emancipação cada vez mais tardia dos jovens. Já em 2006, no livro “A Condição Juvenil Portuguesa na Viragem do Milénio, um retrato longitudinal através de fontes estatísticas oficiais: 1990 2005”, considera que a juventude entre os 15 e os 29 anos, sendo que muitas vezes este limite máximo é ultrapassado. “Sem dúvida este argumento das “dificuldades objetivas” tem permeado a sociedade e tem sido assumido pelas próprias famílias que se “mostram dispostas a sacrificar-se” para que os filhos possam emancipar se efetivamente e conseguir uma vida normal de trabalho, casa própria e construir uma nova família.” (Comas, 2004, p.210, citado em “Enfermagem de Saúde Familiar, p.179)				
Atividade Diagnóstica do item Satisfação com o padrão de comunicação do casal	B.1.2.3 - Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal <table><tr><td> Atividade diagnóstica Enf. - “Têm reservado tempo para conversar? Estão satisfeitos com o vosso padrão de comunicação? Enf - “Costumam conversar sobre a vossa relação?” </td><td> Resultados JA - “Sim, senhora enfermeira, eu estou.” RR - “Eu também. Passamos dia após dia juntos, se não conversássemos, éramos umas múmias.”. JA - “Já nos conhecemos há muitos anos, já sabemos quase tudo um do outro, às vezes, só com o olhar já se diz tudo. As conversas agora são </td></tr></table>		Atividade diagnóstica Enf. - “Têm reservado tempo para conversar? Estão satisfeitos com o vosso padrão de comunicação? Enf - “Costumam conversar sobre a vossa relação?”	Resultados JA - “Sim, senhora enfermeira, eu estou.” RR - “Eu também. Passamos dia após dia juntos, se não conversássemos, éramos umas múmias.”. JA - “Já nos conhecemos há muitos anos, já sabemos quase tudo um do outro, às vezes, só com o olhar já se diz tudo. As conversas agora são
Atividade diagnóstica Enf. - “Têm reservado tempo para conversar? Estão satisfeitos com o vosso padrão de comunicação? Enf - “Costumam conversar sobre a vossa relação?”	Resultados JA - “Sim, senhora enfermeira, eu estou.” RR - “Eu também. Passamos dia após dia juntos, se não conversássemos, éramos umas múmias.”. JA - “Já nos conhecemos há muitos anos, já sabemos quase tudo um do outro, às vezes, só com o olhar já se diz tudo. As conversas agora são			

		diferentes, não é como aos 20 anos, mas sim, falamos, sempre que é preciso, falamos.”
	Fundamentação Casais satisfeitos são capazes de manter um forte vínculo emocional entre os, membros adaptar a estrutura de poder, papéis e regras do relacionamento ao longo da vida conjugal e em situações de crise, além de desenvolver padrões de comunicação adequados. Essas habilidades são consideradas essenciais para a satisfação conjugal por vários autores, incluindo Farias (1994), Gottman e Krokoff (1989), Kaslow e Robinson (1996), Sharlin et al. (2000) e Spanier e Lewis (1980)	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz	
Dimensão	B.1.3 - Interação Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1 - Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	Atividade diagnóstica Enf. - “Relativamente à vossa intimidade, à vossa atividade sexual, estão bem, sentem-se satisfeitos com o vosso padrão atual?”	Resultados JA - “Sim, não me posso queixar: eu ainda estou aí para as curvas e a minha Maria não se tem queixado, pois não, Maria?” RR - “Sim, não pode ser tudo mau, é como lhe disse, Sra. enfermeira, dentro de portas tudo corre bem sim senhora.”
	Fundamentação Em 2014, Danielle Lopes de Alencar e outros, numa revisão integrativa sobre os fatores que interferem na sexualidade de idosos, publicada em 2014, através dos 15 estudos selecionados, exploraram os fatores que interferem na sexualidade do idoso, salientando a importância do papel dos enfermeiros na educação sexual dos idosos, com o objetivo de denunciar os mitos que permeiam o exercício da sexualidade nos casais idosos, já que a satisfação sexual é um fator importante para um relacionamento saudável.	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2 - Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade	
Conhecimento do casal sobre sexualidade	Atividade diagnóstica Enf. - “Ainda relativamente à vossa sexualidade, há alguma questão, alguma dúvida, em que possa ajudar?” Enf. - “Desculpem-me o atrevimento, mas, relacionado com a sexualidade, há um tema importante, que muitas vezes os profissionais se esquecem quando lidam com casais da vossa idade,	Resultados RR - “Obrigada, mas penso que não. O que sei já me chega” JA - “Sim, obrigada, mas penso que não.” JA - “Sim, eu sei, até tenho um amigo meu com sífilis, mas ele é meio maluco. Nós estamos casados há muitos anos e casamos pela Igreja, promessa de amor e fidelidade para toda a vida.” RR - “Estamos casados há 54 anos. Somos só um do

	que é a transmissão sexual de doenças. Têm alguma questão em relação a isto?”	outro e os dois de Deus”.
	Fundamentação Em 2020, em Portugal morreram 57 pessoas (44 homens e 13 mulheres) por infeção pelo VIH / SIDA, pelo que este é um tema a não descuidar em casais idosos.	
Critérios diagnósticos	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não	
Subdiagnóstico	Interação Sexual Adequada	
Dimensão	B.1.4 - Função Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.4.1 - Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
Disfunções Sexuais	Atividade diagnóstica Enf. - “Pelo que me têm dito, pareceu-me que não têm nenhuma disfunção sexual, percebi bem?”	Resultados JA - “Nem quero pensar nisso, para já temos tudo a funcionar muito bem.”
	Fundamentação A satisfação sexual é um fator importante para a manutenção de um relacionamento saudável. Homens e mulheres satisfeitos com seus relacionamentos sexuais são também satisfeitos com seus relacionamentos conjugais.	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.4.2 - Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação Não aplicável por ausência de disfunções sexuais	
Critérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim <u>ou</u> Item 1: Sim e Item 2: Não	
Subdiagnóstico	Relação Sexual Não Comprometida	
Foco	B.1. Satisfação Conjugal	
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida	
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida	

C - DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente

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

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

DADOS AVALIATIVOS DA COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA
FACES II

Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

N.º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					JA RR
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.				JA	RR
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.		JA	RR		
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.			RR	JA	
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.		JA RR			
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.		JA RR			
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.			JA RR		
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				RR	JA
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.			JA RR		
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	RR	JA			
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					JA RR
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	JA RR				
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.			JA RR		
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.			RR	JA	
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	JA RR				
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					JA RR
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.				JA	RR
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.			JA	RR	
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	JA RR				
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.			JA	RR	
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.		JA RR			
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.				JA RR	
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros				JA RR	
24	É difícil mudar as normas que regulam a		JA RR			

	nossa família.					
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	JA RR				
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.				JA RR	
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.				JA	RR
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	JA RR				
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	JA RR				
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros				JA RR	

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Coesão familiar																	
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazeres		Score
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30	
Adaptabilidade familiar																	
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Score	Score total	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)				
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24			

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

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

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

Resultado	Membros da família				
	Nome: JA	Nome: RR	Nome:	Nome:	Nome:
Família altamente funcional					
Família com moderada disfunção	✓	✓			
Família com disfunção acentuada					

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA - CRENÇAS FAMILIARES	
Religiosas	Família católica. RR Vai todos os domingos à missa, diz ser o único momento de tranquilidade e sorrisos durante a semana, excetuando os momentos em que está em casa. O marido não se identifica com a atualidade da Igreja, sentindo-se revoltado com as notícias sobre os escândalos no clero: “é uma vergonha, isto não tem nada a ver com o que a Jesus nos ensinou. Acredito em Jesus, mas não acredito nos padres.”
Espirituais	Não aplicado
Valores	respeito, confiança, comunicação aberta, cooperação. JA - “Numa família tem que haver respeito uns pelos outros. Nem sempre estou de acordo com as opções do meu filho, mas tenho que respeitar, ele é maior de idade, tem a sua maneira de ser, e eu, às vezes contrariado, mas tenho que respeitar.” RR - “Pois, temos que confiar. E o diálogo, também é importante que se fale abertamente, senão, andamos aí todos à pancada.”
Culturais	O casal tem o ritual de ir para o sofá, depois do jantar, e “discutir” a atualidade, enquanto vêm os noticiários.

3ª consulta
Data agendamento: 25.01.2024 Local: Telefone Intervenientes: JA, RR e Enf. Margarida Objetivos • Agradecer a colaboração do casal neste estágio; • Perceber como se tem sentido cada um relativamente à expressão de sentimentos; • Prescrever atividade sugerida como desafio; • Registrar informação colhida no documento MO MDAIF versão reduzida.

Enf. - “Bom dia D. RR. Como tem passado? Lembra-se de mim?”

RR - “Claro que sim, Sra. Enfermeira, já estive cá em casa, ainda há pouco tempo. Eu gravei o seu nº no meu telemóvel, por isso, soube logo quem era.”

Enf - “Muito obrigada. Bem, hoje estou a ligar-lhe para lhe dizer que o meu estágio termina amanhã, pelo que será pouco provável voltar à USF, mas quem sabe, não nos cruzaremos por aí, um dia destes. Quero agradecer-lhe a si, e ao seu marido, pela vossa colaboração, pela vossa disponibilidade.”

RR - “Oh Sra. Enfermeira, não tem nada que agradecer, temos que ser uns para outros. Quando o meu filho andava na faculdade, também me lembro de ele andar nessas vidas, e com certeza que também teve quem o ajudasse. O meu marido está aqui comigo, até está a ouvir a conversa, e manda-lhe um beijinho e felicidades”

Enf - “Sendo assim, já que estão os dois juntos, posso fazer-vos uma pergunta? Como está aquela situação que trabalhámos, da expressão de sentimentos? Tem havido dificuldades?”

RR - “Penso que não, até nos temos portado bem.”

Enf - “Assim sendo, tenho uma “receita” para vos dar: todas as vezes em que um de vocês tiver dificuldade em expressar aquilo que sente naquele momento, vai escrever e entregar ao outro, ou mesmo ler, pode ser?

RR - “Claro que sim isso resulta, fica combinado. O meu marido está a aqui a abanar a cabeça, a concordar também.”

Enf- “Muito bem. Mais uma vez, muito obrigada, tive muito gosto em conhecê-los e partilhar esta experiência convosco. Muita saúde e felicidades para toda a família.”

RR - “Obrigada e igualmente. Um beijinho.”

Anexo III -Plano Individual de Cuidados - Família M

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS A JA

JA (72 anos)	Altura: 160 cm	Peso: 64,5 Kg	IMC: 25,2
1º Consulta (16-10-2023)	TA: 140/70 mmHg		
Foco	Gestão do Regime Terapêutico		
Atividade Diagnóstica			
Medicação	Dapagliflozina [Forxiga], 10 mg Ácido acetilsalicílico, 100 mg Alprazolam, 0.25 mg Glibenclamida, 5 mg Metformina + Sitagliptina, 1000 mg + 50 mg Ramipril, 10 mg		
	Cumpre a medicação: Adesão ao regime medicamentoso demonstrado		
Alimentação	É a esposa que cozinha, essencialmente cozidos e grelhados, mas também fritos, 4 ou 5 vezes por semana, para agradar ao filho Legumes, só na sopa Come 3 peças de fruta por dia Faz 3 refeições por dia Bebe pouca água (só para tomar os comprimidos). Evita açúcares		
	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético Presente		
	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético Presente		
	Intervenções: Ensinar sobre padrão alimentar (número de refeições diárias, quantidade/porções de comida e divisão do prato) Incentivar a adesão ao regime dietético		
	Ações concretizadoras: Explicada a importância de aumentar o nº de refeições diárias, sugeri que fizesse as 3 refeições principais do dia, que são pequeno-almoço, almoço e jantar, e os lanches de intervalo da manhã, tarde que complementam o número de refeições diárias. Sendo diabético, sugeri que se jantasse 3h antes de ir dormir, que fizesse a ceia também, para evitar as hipoglicemias noturnas. Reforcei a ideia de que o intervalo entre refeições não deverá ultrapassar 3 ou 4 em 4 horas.		
	Recomendei a presença de sopa no início das refeições, por ajudar na regulação do apetite, além de ter baixo valor calórico o que facilita no controlo do peso e é uma excelente estratégia para conseguir atingir a recomendação diária para o consumo de hortícolas.		

	Relativamente à composição do prato nas principais refeições expliquei que metade do prato deve ser preenchida com vegetais crus e/ou cozidos, ¼ com uma porção de proteína animal (ovos, carne ou peixe - tirando a gordura visível) e uma porção de proteína vegetal (feijão, grão-de-bico, soja, lentilha). O restante do prato, cerca de ¼, completar com alimentos ricos em hidratos de carbono (de preferência em sua forma integrais) como: arroz, massas ou batatas. Relativamente à sopa, Aconselhei também ao aumento de consumo de água: A água deve ser a bebida de eleição, sendo determinante assegurar uma ingestão de água (enquanto nutriente) em quantidades adequadas. As necessidades de água variam em função de diversos fatores, como por exemplo a idade, o sexo, a prática de exercício físico, a temperatura ambiente, mas no geral recomenda-se o consumo de cerca de 8 a 10 copos de água por dia para assegurar as necessidades hídricas. É ainda importante assegurar que o consumo de água é distribuído ao longo do dia de modo a potenciar a sua absorção.
Exercício físico	Sedentário. É raro fazer exercício. Normalmente só caminha de casa ao café (cerca de 1000 metros)
	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício Presente
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício Presente
	Intervenções: Ensinar sobre exercício físico (identificar quais os mais adequados e atendendo às preferências do senhor, identificar os seus benefícios)
	Ações concretizadoras: Sendo que todos os dias caminha para ir ao café, sugeri que alterasse o trajeto de forma a aumentar o exercício. Relativamente à atividade física, a DGS recomenda que adultos saudáveis pratiquem pelo menos 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbica de intensidade moderada, pelo que sugeri que quando fosse ao café, fizesse um trajeto maior, de forma que caminhasse 30 minutos antes de chegar ao café, atingindo, de segunda a sexta-feira os 150 minutos recomendados. Se fizesse o mesmo percurso no regresso a casa, atingiria os 300 minutos. Sendo diabético sugeri que tentasse os 150 minutos, seguindo a recomendação da Associação Americana para a Diabetes.
Diagnóstico	Gestão do Regime Terapêutico comprometida
Foco	Excesso de peso
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	Excesso de peso na lista de problemas do utente, registado no SClínico®
Intervenções	- Monitorizar o peso - Monitorizar IMC

	• Ensinar sobre doença • Incentivar a adesão ao regime terapêutico (dietético e de exercício físico) Ações concretizadoras: Depois de avaliados os conhecimentos sobre a doença, expliquei que o excesso de peso não é apenas uma questão estética, mas uma doença crónica e progressiva. Recorrendo ao cálculo do IMC no SClinico® expliquei o significado de IMC e do valor encontrado (25,2): • O IMC é calculado dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em m), de acordo com a seguinte fórmula: $IMC = \text{peso} / (\text{altura} \times \text{altura})$; • Classificação do IMC: Normal: IMC entre 18,9 e 24,9 e Excesso de Peso: IMC entre 25 e 29,9. De forma a incentivar à adesão ao regime terapêutico, sugeri o envolvimento da esposa neste processo, solicitando a sua colaboração na preparação de refeições saudáveis, no incentivo à atividade física, além do apoio emocional mútuo. Estabelecemos uma meta potencialmente alcançável, de atingir um IMC inferior a 25, na próxima consulta, perder perto de 1kg.
Diagnóstico	Excesso de Peso Presente
Foco	Hipertensão
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	• Hipertensão na lista de problemas do utente, registado no SClinico® • Medicação crónica: anti hipertensor
Intervenções	• Avaliar TA • Ensinar sobre doença Ações concretizadoras: Depois de avaliados os conhecimentos sobre a doença, foi explicado que a hipertensão arterial é uma condição em que a pressão sanguínea nas paredes das artérias está acima dos valores considerados normais, ocorrendo de forma crónica. Expliquei ainda que a tensão arterial é medida em duas leituras: sistólica (pressão máxima) e diastólica (pressão mínima), sendo que os valores são considerados normais quando a tensão arterial sistólica é inferior a 140 mmHg e a tensão arterial diastólica inferior a 90 mmHg. Disse ainda que além da medicação, o que permite o controlo da hipertensão é a gestão do stress e a adoção de estilos de vida saudáveis (alimentação e exercício físico).
Diagnóstico	Hipertensão Presente, em grau moderado
Foco	Metabolismo Energético
Juízo	Alterado
Critérios diagnósticos	• Hiperglicemia na lista de problemas do utente, registado no SClinico® • Medicação crónica: antidiabéticos orais
Intervenções	• Avaliar glicemia capilar

	• Ensinar sobre doença Ações concretizadoras: Depois de avaliados os conhecimentos sobre a doença, expliquei que a diabetes mellitus é uma doença crónica que se traduz na elevação permanente da glicemia (concentração de açúcar no sangue). Esta elevação ocorre principalmente devido a defeitos na ação normal da insulina e/ou à sua carência, pelo que é essencial uma alimentação equilibrada, atividade física regular e a manutenção de um peso saudável, de forma a evitar as complicações da doença (pé diabético, doença renal, retinopatia, doenças cardiovasculares, neuropatia).
Diagnóstico	Hiperglicemia
Foco	Uso de Tabaco
Juízo	Ausente
Intervenções	Avaliar o uso de tabaco. Nunca fumou
	Ações concretizadoras: Elogio pela ausência deste hábito prejudicial à saúde.
Diagnóstico	Sem abuso de tabaco

JA (72 anos) 2º Consulta (24-11-2023) (domicílio)	Altura: 160 cm	Peso: 62 Kg	IMC: 24,2
	TA: 130/74 mmHg		
Foco	Gestão do Regime Terapêutico		
	Atividade Diagnóstica		
Medicação	Dapagliflozina [Forxiga], 10 mg Ácido acetilsalicílico, 100 mg Alprazolam, 0.25 mg Glibenclamida, 5 mg Metformina + Sitagliptina, 1000 mg + 50 mg Ramipril, 10 mg		
	Mantém adesão ao regime medicamentoso		
Alimentação	Passou a 4 ou 5 refeições por dia Aumentou ingestão de água (cerca de 2 litros por dia) Fritos só uma vez por semana. Passou a consumir legumes também no prato, não só na sopa.		
	Elogio a mudança de comportamento e incentivo à sua manutenção		
Exercício físico	Tem caminhado todos os dias, cerca de 30 a 45 minutos		
	Elogio a mudança de comportamento e incentivo à sua manutenção		
Diagnóstico	Sem Gestão do Regime Terapêutico comprometida		
Foco	Excesso de peso		
Intervenções	- Monitorizar o peso - Monitorizar IMC		
Resultado	Diminuiu 2,5 Kg IMC 24,2		
Intervenções	Elogiar diminuição do peso Incentivar à manutenção dos cuidados		
Diagnóstico	Sem Excesso de peso		
Foco	Hipertensão		
Intervenções	Monitorizar tensão arterial		
Resultado	Normotenso		
Intervenções	Elogiar diminuição dos valores de TA Incentivar à manutenção dos cuidados		
Diagnóstico	Sem Hipertensão		

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS A RR

RR (63 anos)	Altura: 155 cm	Peso: 61 Kg	IMC: 25,39
1º Consulta (16-10-2023)	TA: 120/70 mmHg		
Foco	Gestão do Regime Terapêutico		
Atividade Diagnóstica			
Medicação	Cloxazolam, 2 mg Lisinopril, 20 mg Atorvastatina, 10 mg Levotiroxina sódica, 0.025 mg		
	Cumpra a medicação: Adesão ao regime medicamentoso demonstrada		
Alimentação	Essencialmente cozidos e grelhados, mas também fritos, 4 ou 5 vezes por semana, para agradar ao filho Legumes: sopa e legumes no prato (saladas ou cozidos) Come 2 peças de fruta por dia Faz 5 refeições por dia Bebe cerca de 2l de água por dia		
	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético Presente Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético Presente		
	Intervenções:		
	Ensinar sobre padrão alimentar (número de refeições diárias, quantidade/porções de comida e divisão do prato).		
	Ações concretizadoras:		
	Elogiada pelo nº de refeições que faz e reforçada a ideia de que deve fazer as 3 refeições principais do dia, que são pequeno-almoço, almoço e jantar, e os lanches de intervalo da manhã, tarde que complementam o número de refeições diárias, não sendo diabética, e querendo perder peso, lembrei que o intervalo entre refeições poderá ser de 3 em 3 ou 4 em 4 horas, não necessitando de fazer a ceia.		
	A primeira recomendação começou por ser a presença de sopa no início das refeições, por ajudar na regulação do apetite, além de ter baixo valor calórico o que facilita no controlo do peso e é uma excelente estratégia para conseguir atingir a recomendação diária para o consumo de hortícolas. Relativamente à composição do prato nas principais refeições expliquei que metade do prato deve ser preenchida com vegetais crus e/ou cozidos, ¼ com uma porção de proteína animal (ovos, carne ou peixe - tirando a gordura visível) e uma porção de proteína vegetal (feijão, grão-de-bico, soja, lentilha). O restante do prato, cerca de ¼, completar com		

	alimentos ricos em hidratos de carbono (de preferência em sua forma integral) como: arroz, massas ou batatas. Relativamente à sopa, sugeri que passasse a comer no início da refeição
Exercício físico	Passa o dia nas lides domésticas. Ao domingo vai à missa a pé (45 minutos só de ida)
	Potencial para melhorar a capacidade para gerir exercício físico Presente
	Potencial para melhorar conhecimento sobre exercício físico Presente
	Intervenções:
	Ensinar sobre exercício físico (tipo, frequência, intensidade) Ações concretizadoras: Explicado que as lides domésticas não são consideradas exercício físico, são atividades de vida diária. Considerar as lides domésticas como exercício físico é uma crença dificultadora, já que ao acreditar que as tarefas domésticas já fornecem atividade física suficiente, a pessoa pode não se sentir motivada a realizar outras formas de exercício, a perceção de “já fiz o suficiente” pode levar à inatividade física. Reforcei que fazer as lides domésticas já é bom, porque contraria o sedentarismo, mas não substitui o exercício físico Relativamente à atividade física, a DGS recomenda que os adultos pratiquem pelo menos 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbica de intensidade moderada, pelo que sugeri que acompanhasse diariamente o marido ao café podendo, se assim achasse melhor, regressar de imediato a casa. Desta forma atingiria os 300 minutos semanais de atividade física aeróbica recomendados, além se ser o apoio para o marido nesta mudança de comportamento ser também apoiada.
Diagnóstico	Gestão do Regime Terapêutico comprometida
Foco	Excesso de peso
Juízo	Presente
Intervenções	• Monitorizar o peso • Monitorizar IMC • Ensinar sobre doença • Incentivar a adesão ao regime terapêutico (dietético e de exercício físico)
	Ações concretizadoras:
	Depois de avaliados os conhecimentos sobre a doença, expliquei que o excesso de peso não é apenas uma questão estética, mas uma doença crónica e progressiva. Recorrendo ao cálculo do IMC no SCLinico®, expliquei o significado de IMC e do valor encontrado (25,39): • O IMC é calculado dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em m), de acordo com a seguinte fórmula: $IMC = \text{peso} / (\text{altura} \times \text{altura})$; • Classificação do IMC: Normal: IMC entre 18,9 e 24,9 e Excesso de Peso: IMC entre 25 e 29,9. De forma a incentivar a adesão ao regime terapêutico, sugeri que a senhora acompanhasse o marido no plano de exercício acordado. Estabelecemos uma meta potencialmente alcançável, de atingir um IMC inferior a 25, na próxima consulta, perder perto de 1,5 kg.
Diagnóstico	Excesso de Peso Presente
Foco	Hipertensão
Juízo	Presente

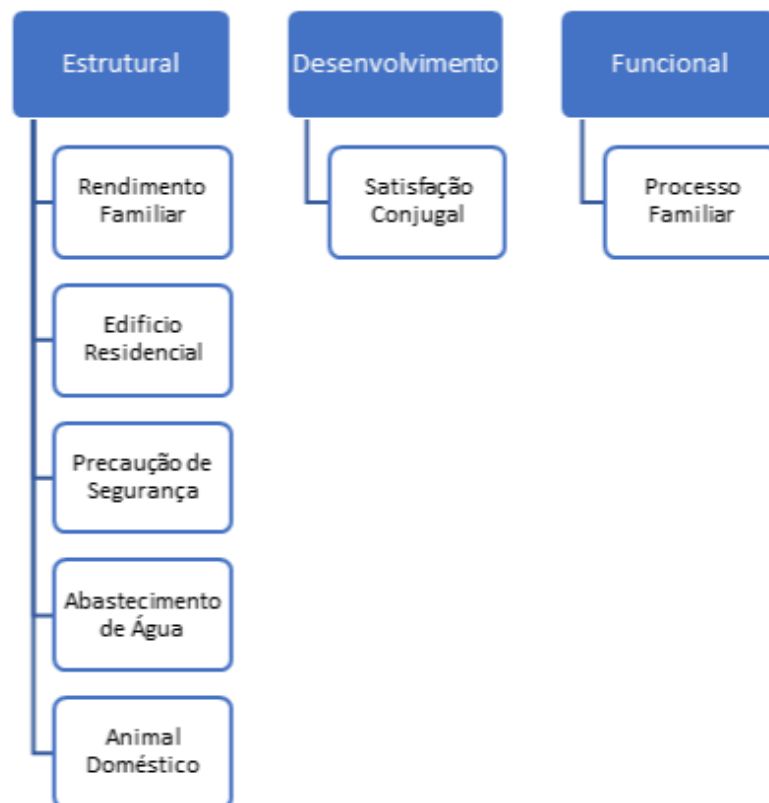
Critérios diagnósticos	• Hipertensão na lista de problemas do utente, registado no SClinico® • Medicação crónica: anti hipertensor
Intervenções	• Avaliar TA • Ensinar sobre doença
	Ações concretizadoras: Depois de avaliados os conhecimentos sobre a doença, foi explicado que a hipertensão arterial é uma condição em que a pressão sanguínea nas paredes das artérias está acima dos valores considerados normais, ocorrendo de forma crónica. Expliquei ainda que a tensão arterial é medida em duas leituras: sistólica (pressão máxima) e diastólica (pressão mínima), sendo que os valores são considerados normais quando a tensão arterial sistólica é inferior a 140 mmHg e a tensão arterial diastólica inferior a 90 mmHg. Disse ainda que além da medicação, o que permite o controlo da hipertensão é a gestão do stress e a adoção de estilos de vida saudáveis (alimentação e exercício físico).
Diagnóstico	Hipertensão Presente, em grau moderado
Foco	Uso de Tabaco
Juízo	Ausente
Intervenções	Avaliar o uso de tabaco: Nunca fumou
	Ações concretizadoras: Elogio pela ausência deste hábito prejudicial à saúde.
Diagnóstico	Sem abuso de tabaco

RR (63 anos)	Altura: 155 cm	Peso: 60 Kg	IMC: 25
2º Consulta (24-11-2023) (domicílio)	TA: 124/78 mmHg		
Foco	Gestão do Regime Terapêutico		
Atividade Diagnóstica			
Medicação	Cloxazolam, 2 mg		
	Lisinopril, 20 mg		
	Atorvastatina, 10 mg		
	Levotiroxina sódica, 0.025 mg		
	Mantém adesão ao regime medicamentoso demonstrada		
Alimentação	Fritos só uma vez por semana		
	Elogio a mudança de comportamento e incentivo à sua manutenção		
Exercício físico	Tem acompanhado o marido nas caminhadas		
	Elogio a mudança de comportamento e incentivo à sua manutenção		
Diagnóstico	Sem Gestão do Regime Terapêutico comprometida		
Foco	Excesso de peso		
Intervenções	• Monitorizar o peso • Monitorizar IMC		
Resultado	Diminuiu 1 Kg		
	IMC 25		
	Elogiar diminuição do peso Incentivar à manutenção dos cuidados		
Diagnóstico	Excesso de Peso Presente		

Anexo IV - Documento Word® “Matriz Operativa versão reduzida”

Família C

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



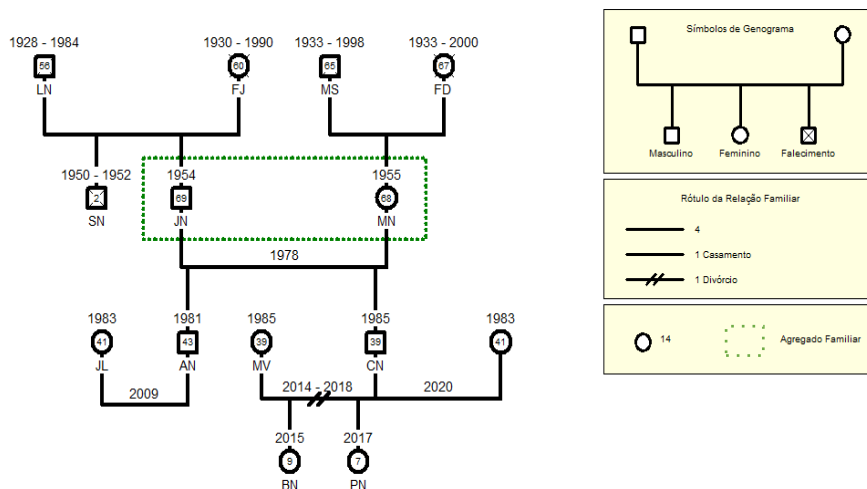
Áreas de atenção da Família C (adaptada do MDAIF, 2012, p. 104)

1ª consulta
Data: 26.10.2023
Local: USF
Intervenientes: JN, MN e Enf. Margarida
Objetivos - Apresentar aos membros presentes o propósito deste trabalho; - Avaliar dados antropométricos dos membros presentes: IMC, TA. - Avaliar hábitos individuais de risco que possam influenciar o peso e a tensão arterial - Avaliar a família nas dimensões estrutural e de desenvolvimento - Registrar informação colhida no documento MO MDAIF versão reduzida - Registrar informação colhida no SClínico®, no processo familiar e nos processos individuais
Nesta primeira consulta, serão colocadas perguntas lineares aos presentes

A - DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dados avaliativos: Composição da Família (Genograma)

Para a construção deste genograma foi utilizado o programa informático GenoPro®.



A família C é uma família do tipo nuclear, detentora de um só subsistema, o subsistema conjugal, que inclui JN de 69 anos e MN de 67 anos. São pais de dois rapazes, AN de 42 anos e CN, de 38 anos., ambos casados e a residir na Suíça. A família encontra-se na etapa do ciclo vital de família com filhos adultos.

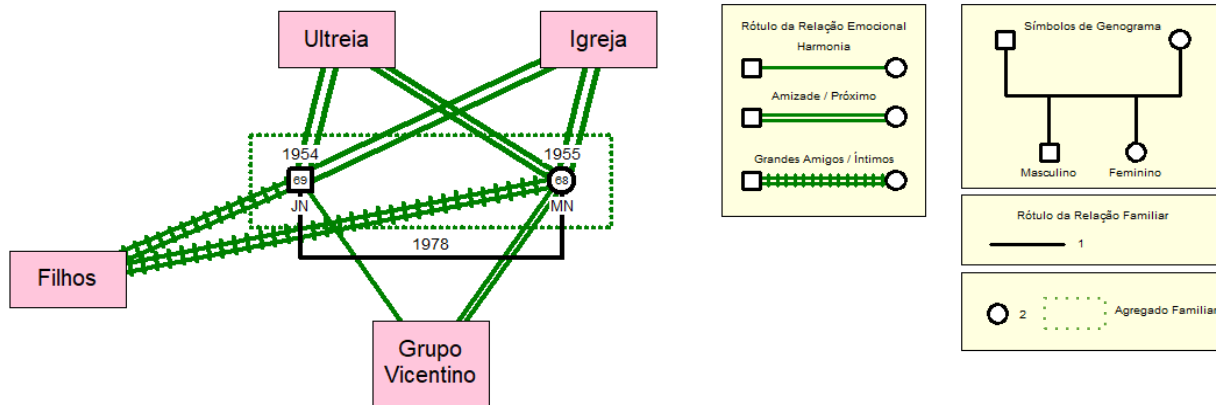
Tipo de Família: Dados avaliativos

Família nuclear	X	Coabitação	
Família reconstruída		Família Institucional	
Família monoparental		Comuna	
Monoparental liderada pelo homem		Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher		Alargada	
Outro (<i>especificar</i>)			

Dados avaliativos: Família Extensa	
Tipo	Nome(s)
Pessoal	
Telefónico	CN AN
Carta/e-mail	
Intensidade de contacto	
Semanal	CN
Quinzenal	
Mensal	
Diário	AN
Função das relações	
Companhia social	CN AN
Apoio emocional	CN AN
Guia cognitivo e conselhos	
Regulação social	
Ajuda material e de serviço	

Dados avaliativos: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

Para a construção deste ecomapa foi utilizado o programa informático GenoPro®.



	Filhos	Religião
Vínculo forte	MN JN	
Vínculo intermédio		MN
Vínculo fraco		JN

Enf - “Com quem convivem? Estão reformados, não trabalham, como passam os tempos livres?”

MN - “Não temos muitos amigos, não somos de grandes convívios, estamos sempre um com o outro.”

JN - “Vamos à missa todas as semanas. Fizemos o nosso curso de cristandade em 2001 e passamos a frequentar a igreja. É ao domingo que estamos com os amigos, no fim da missa e conversamos um bocadinho. São bons amigos.”

MN - “Sim, é verdade, e eu faço também parte do grupo de vicentinos e é assim que vou passando algum tempo livre. Ele também vai comigo, muitas vezes.”

JN - “Não, os vicentinos é com ela, eu só dou uma mãozinha de vez em quando, quando me pedem.”

Dados avaliativos: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459
Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Critérios relativos ao Tipo de Habitação

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

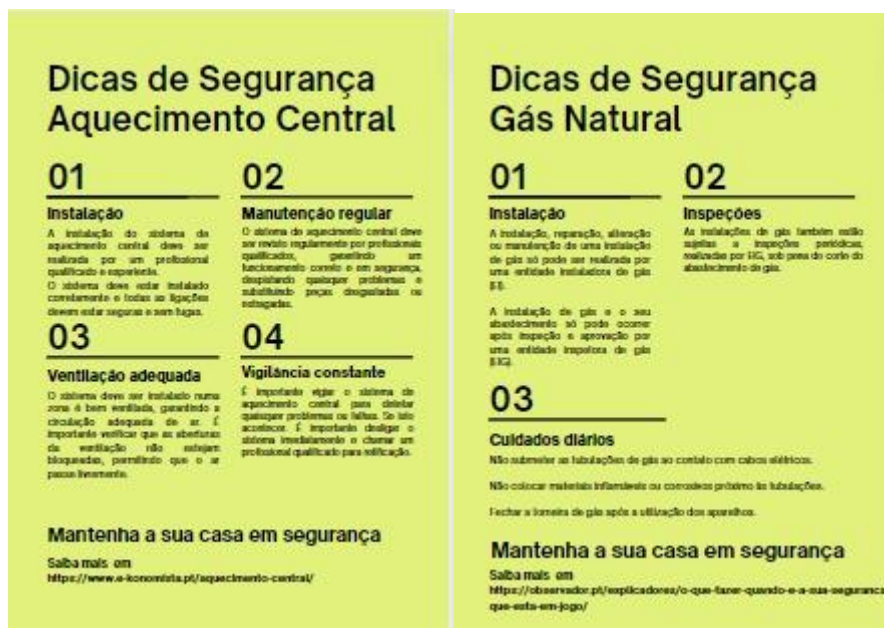
O preenchimento da Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), atribui à família C a classe social média-alta, tendo a esposa completado o ensino secundário, tendo ambos trabalhado maioritariamente em hotelaria., como operários. Semiqualeificados, estando neste momento os dois reformados auferindo de vencimentos certos. Habitam numa moradia de 3 andares, espaçosa, bem conservada, mandada construir pelos próprios, localizada no centro da freguesia, com bons acessos e perto de comércio e serviços.

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1 - Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Rendimento Familiar	Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) ORF igual a 3 JN - Reformado. Reforma da Suíça. MN - Reformada. Reforma da Suíça.
Critérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5 ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Não Demonstrado em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente
Foco	A.2 - Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar): Grau 3 (casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais); - Higiene da Habitação Presente Enf - Parece-me que têm uma casa grande, que precisa de muitos cuidados, até em termos de higiene. Como cuidam da higiene da casa? MN - “Para já, damos conta do recado. Não temos cão nem gato, não temos crianças em casa, não é difícil manter a casa limpa. Somos só os dois e ambos tratamos das limpezas.” JN - “Sempre tivemos que cuidar da casa os dois, continuamos a fazê-lo. Na Suíça recebíamos os amigos em casa, e a qualquer momento estava em condições de ser visitada. A Sra. Enf. quando quiser pode ir lá a casa fazer-nos uma visita e vai ver como é verdade.”
Critérios diagnósticos	Edifício residencial Não Seguro se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. Edifício residencial negligenciado Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado
Foco	A.3 - Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Precaução de Segurança	Enf - “A vossa casa, tem escadas, ou alguma barreira arquitetónica que dificulte o acesso, em caso de alguma dificuldade?” JN - “Sim a nossa casa é grande, tem 3 andares, e escadas para acesso” - Existência de barreiras arquitetónicas Enf - “Ainda estão os dois com capacidade para subir e descer essas escadas todas? MN - “Nós fizemos a casa quando ainda estávamos na Suíça. Fizemos uma casa grande para nós e para os filhos, mas na verdade, estamos cá só os dois e os filhos ficaram lá. Não estávamos a contar com isso, mas, enfim...”

	JN - “Para já ainda estamos capazes, mas um dia.... não sei, vamos indo vamos vendo. Teremos certamente que comprar um daqueles elevadores de escadas, tipo cadeira. Um dia de cada vez, Sra. Enf”. - Conhecimento Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas - Existência de Aquecimento: Central Foi avaliado e validado o conhecimento sobre a utilização do equipamento: Instalação adequada: A instalação do sistema de aquecimento central deve ser realizada por um profissional qualificado e experiente. O sistema deve estar instalado corretamente e todas as ligações devem estar seguras e sem fugas. Manutenção regular: O sistema de aquecimento central deve ser revisto regularmente por profissionais qualificados, garantindo um funcionamento correto e em segurança, despistando quaisquer problemas e substituindo peças desgastadas ou estragadas. Ventilação adequada: O sistema deve ser instalado numa zona é bem ventilada, garantindo a circulação adequada de ar. É importante verificar que as aberturas da ventilação não estejam bloqueadas, permitindo que o ar passe livremente. Vigilância constante: É importante vigiar o sistema de aquecimento central para detetar quaisquer problemas ou falhas. Se isto acontecer. É importante desligar o sistema imediatamente e chamar um profissional qualificado para retificação. - Conhecimento sobre utilização de equipamento. - Existência de Abastecimento de gás: Canalizado Foi avaliado e validado o conhecimento sobre a utilização do equipamento: Para garantir a segurança do abastecimento de gás canalizado, é importante seguir as recomendações da Direção-Geral de Energia e Geologia (DGEG,2015). A instalação, reparação, alteração ou manutenção de uma instalação de gás só pode ser realizada por uma entidade instaladora de gás (EI). A instalação de gás e o seu abastecimento só pode ocorrer após inspeção e aprovação por uma entidade inspetora de gás (EIG). As instalações de gás também estão sujeitas a inspeções periódicas, realizadas por EIG, sob pena do corte do abastecimento de gás. Não utilizar as tubulações de gás como suporte para outros objetos. Não submeter as tubulações de gás ao contato com cabos elétricos. Não colocar materiais inflamáveis ou corrosivos próximo às tubulações. Fechar a torneira de gás após a utilização dos aparelhos. - Conhecimento sobre utilização de abastecimento de gás demonstrado.
Critérios diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada se: (Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás).

A família demonstrou conhecimento sobre todas as precauções de segurança acima descritas, mesmo assim, foi entregue um panfleto com toda essa informação, para que não seja esquecida.



Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada
Foco	A.4 - Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Abastecimento de Água	- Existência Abastecimento de água: rede pública.
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado, se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e NÃO é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado
Foco	A.5 - Animal doméstico
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Animal Doméstico	- Ausência de animal doméstico
Diagnóstico	Não Aplicável

B - DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dados Avaliativos: Etapa Do Ciclo Vital Familiar (Relvas)

Formação do casal		
Família com filhos pequenos		
Família com filhos na escola		
Família com filhos adolescentes		
Família com filhos adultos		x
Foco	B.1 - Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1 - Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1 - Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	Atividade diagnóstica	Resultados
	Enf. - “Relativamente às tarefas domésticas, como fazem? Há ajuda, há partilha?	MN - Sim, fazemos os dois, desde sempre foi assim. Desde que tivemos os filhos, lá na Suíça, que trabalhamos por turnos, tanto em casa como no trabalho. Eu entrava às 4h da manhã e saía às 12, e o meu marido ficava em casa. Ele entrava às 13 e saía às 21h, e eu ficava com os meninos. E fazíamos os dois tudo, o que fosse preciso. Trabalhámos durante anos na mesma empresa, em turnos diferentes, para que estivesse sempre um em casa para cuidar dos filhos e para as tarefas domésticas. JN - Sim, ainda hoje é assim, eu sei fazer tudo e faço: aspirar, limpar o pó, cozinhar, passar a ferro, tudo.
Fundamentação: Os membros do casal passam a maior parte do tempo em casa, sem filhos ou netos por perto, ocupando-se mais da casa, daí a importância da avaliação da satisfação na partilha das tarefas domésticas, já que pode ser um elemento de conflito, ou não. A colaboração em tarefas doméstica é uma estratégia positiva encontrada no estudo de Berg, Schindler, Smith, Skinner e Beveridge (2011), optimizadora da satisfação conjugal. Este casal, desde sempre partilhou as tarefas domésticas, continuam a fazê-lo e nenhum dos membros manifestou algum mal-estar relativamente à forma como partilham, pelo que considero que o casal está satisfeito com a partilha das tarefas domésticas.		
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.2 - Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
Satisfação do casal com o tempo que	Atividade diagnóstica	Resultados
	Enf - “Pelo que percebi, agora passam muito tempo juntos, pelo contrário, quando trabalhavam mal se viam, estavam sempre em turnos	JN - “Sim, no início era estranho, não estávamos habituados a estar tanto tempo um com o outro, mas foi o que sempre quisemos, passar mais tempo juntos.”

estão juntos	diferentes, tanto no trabalho como em casa. Foi fácil esta mudança de padrão, ou nem por isso?”	MN - “Sim, é verdade, era estranho no início, mas passou rápido, depressa nos habituámos e estamos bem melhor assim. Só nos temos um ao outro, de outra forma seria uma solidão...”
	Fundamentação: Esta família, está numa nova etapa de vida, estão os dois recentemente reformados, deixaram a Suíça e voltaram para Portugal., passando a estar sempre juntos, todos os dias, ao contrário do que acontecia até agora, que raramente estavam juntos, havendo neste momento uma redefinição da dinâmica do subsistema conjugal, sendo por isso importante avaliar a satisfação conjugal, nomeadamente a satisfação com o tempo que passam juntos, já que esta mudança pode ser um fator de conflito e tensão no relacionamento, o que pode afetar negativamente a saúde mental e física dos membros da família.((Koprowski, Galindo e Gomes, 2020)	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.3 - Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	Atividade diagnóstica Enf - “Se me permitem, agora coloco-vos umas questões sobre expressão de sentimentos. Costumam conversar sobre sentimentos?” Enf - “Sentem que os vossos sentimentos são compreendidos pelo outro?” Enf - “Sentem que podem contar com o outro quando precisam de ajuda?”	Resultados MN - “Sim, claro. Eu sou mais lamecha que ele, sou eu normalmente que puxo assunto, mas o meu marido acompanha-me. “ JN - “Sim, é verdade. “ MN - “Ele é mais distraído, às vezes não me entende, não se apercebe disto ou daquilo, mas eu não me calo e ele lá entende.” JN - “Sim, ela é mais atenta, mais sensível., as coisas acontecem, e eu nem me apercebo, mas ela depois orienta-me.” MN - “Sim, só nos temos um ao outro, vamos contar com quem?”
	Fundamentação: A forma como os membros do casal comunicam um com o outro, pode ter impactos significativos, influenciando diretamente a intimidade, gerando maior satisfação na intimidade do casal ou, pelo contrário, distanciando os seus membros, passando a evitar falar de assuntos íntimos, passando a sua comunicação em assuntos quotidianos e superficiais (Figueiredo, 2012). Deste modo, apesar de constatar que existem algumas assimetrias na forma como expressam os sentimentos, existe complementaridade, o casal demonstrou que se sente satisfeito.	
Critérios diagnósticos	Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional	

Dimensão	B.1.2 - Comunicação	
Atividade	B.1.2.1 - O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um	
Diagnóstica do item O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um	Atividade diagnóstica Enf - “Estão numa nova etapa de vida, com desafios diferentes, que podem ser assustadores ou não. Costumam conversar sobre os vossos receios e expectativas?” Enf - “Como se sentem ao partilhá-los com o outro? Compreendidos, ou nem por isso?” Enf - “Há algum assunto que não consigam conversar, mas que gostariam de fazê-lo?” Enf. - “Se sim, que acham que poderão fazer para que essa dificuldade seja ultrapassada?”	Resultados JN - “Sim, é verdade. Voltamos a Portugal, estamos só os dois. Isto já aconteceu em 2000, estivemos cá de 2000 a 2003, mas regressamos à Suíça, não nos adaptamos.” MN - “Sim, mas isso já foi há muitos anos, éramos mais novos, ainda tínhamos os nossos filhos connosco, ainda trabalhamos muito depois disso.” JN - “Sim, agora os filhos já estão orientados, já não temos a mesma idade, já temos a nossa reforma, agora queremos é sossego”. MN - “Sim, já estamos numa fase bem diferente. Se falamos sobre os medos? Sim, acho que sim.” JN - “Falamos sim, já falamos como vai ser quando um de nós morrer. Do medo de deixar o meu marido sozinho. Sei lá...” JN - Sra. Enf., estamos numa idade, numa fase do nosso casamento, em que já nos conhecemos bem, sabemos que podemos contar um com o outro, e podemos falar de tudo. Não temos segredos.” MN - Sim, e a minha mulher é muito direta e sincera, não tem vergonha de dizer o que pensa e de defender sua opinião. É assim com toda a gente e comigo não é diferente, e eu já aprendi a ser um bocadinho como ela.
	Fundamentação: A conversa sobre as expectativas e receios de cada um é importante em qualquer relacionamento, especialmente em casais idosos. É fundamental que ambos os membros se sintam ouvidos e compreendidos. É de suma importância que o casal converse sobre suas expectativas, opiniões e crenças para o fortalecimento da relação do casal, além de que a gestão das expectativas é crucial para evitar frustrações e decepções. Segundo Figueiredo (2010), o diálogo sobre as expectativas e receios de cada um dos elementos, são itens de apoio fundamentais para o sucesso do relacionamento e para a satisfação conjugal. Para Alexandre (2011) a comunicação é um pilar importante num relacionamento, e a habilidade de expressar as expectativas e receios de cada um dos elementos é crucial para o sucesso do relacionamento. Quando os membros do casal comunicam abertamente, é mais fácil perceberem as necessidades um do outro e trabalhar juntos para atender a essas necessidades. Tudo isto pode contribuir para a	

	construção de um relacionamento mais forte e satisfatório, por isso a importância desta avaliação neste casal, tendo percebido que o casal comunica abertamente, conversando também sobre as expectativas e os receios um do outro.	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.2 - O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	Atividade diagnóstica Enf - “Ao longo da vida com certeza já muitas vezes não estiverem de acordo em relação a qualquer coisa. Quando isto acontece, conseguem chegar a um acordo?” Enf - “Como ultrapassam? Que estratégias usam para chegarem a um consenso?” Enf - “Sente que tem facilidade em ceder quando estão em desacordo um com o outro?” Enf - “Relativamente a quando há necessidade de cedências, fazem os dois, ou acham que é sempre o mesmo a ceder?”	Resultados MN - “Muitas vezes, o casamento não é um mar de rosas.” JN - “Mas acho que no início era mais difícil. Nem sempre estávamos de acordo relativamente aos filhos, às regras, por exemplo.” MN - “Pois, acho que eu sempre fui mais rigorosa, mais exigente com os miúdos, o meu marido já tolerava mais coisas”. JN - “No que toca a ultrapassar, acho que aprendemos a deixar falar, eu pelo menos aprendi. Às vezes calo-me, porque já percebi que não vale a pena, e depois, quando a cabeça dela arrefece, digo a minha opinião e a coisa vai”. MN - “Mas acabamos por ceder os dois, ora um, ora outro, mas é como ele diz, sim.” MN - “Acho que quando éramos mais novos era mais difícil”. JN - “Não é fácil, mas é como ela diz, já foi muito mais difícil”. JN - “Não, é como a minha esposa disse, acabamos por ceder os dois, agora eu, amanhã ti.... “
	Fundamentação: Questionar os membros de um casal sobre a sua capacidade de chegar a acordo em momentos de discordância de opinião é importante para promover a comunicação eficaz e a resolução construtiva de conflito. Este casal, estando a vivenciar uma nova fase da sua vida, pode ser um momento de mais conflitos ou diferenças de opiniões, pelo que esta avaliação é fundamental. Pelas narrativas dos membros, percebo que há momento em que o casal não está de acordo, têm opiniões diferentes, no entanto, referiram que conseguem chegar ao consenso.	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.3 - Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
Satisfação com	Atividade diagnóstica Enf - “Costumam conversar sobre a vossa relação?”	Resultados JN - “Sim, conversamos sobre tudo. Acho que os anos que vivemos na Suíça, só um para o outro,

o padrão de comunicação do casal	Enf - “Estão satisfeitos com a forma como comunicam?”	para os filhos e para o trabalho, nos ensinou a saber estar, a saber conversar um com o outro.” MN - “Sim, e sem tabus, também.”
	Fundamentação: A comunicação do casal reporta-se “às ações interacionais subjacentes aos comportamentos relacionais, que caracterizam a relação e que promovem a satisfação processual, percebida pela possibilidade da partilha e da redução de ambiguidades entre os membros do casal.” (Figueiredo, 2012, p.80). Assim sendo, é vital avaliar a comunicação do casal, sem descorar a percepção que cada membro tem sobre a mesma. Neste caso, ambos os membros do casal responderam que estão satisfeitos com o padrão de comunicação.	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Eficaz	
Dimensão	B.1.3 - Interação Sexual	
Atividade	B.1.3.1 - Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados
Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	Enf - “Relativamente à vossa intimidade, costumam conversar sobre isso?”	JN - “Nem por isso”.
	Enf - “Mas foi sempre assim, ou agora é diferente?” Enf - “Era diferente como?” Enf - “Mas neste momento, já não estão com os filhos, passam muito tempo juntos ...”	MN - “Não foi sempre assim, quando éramos novos era diferente”. JN - “Sabe como é, éramos os dois novos, nunca tínhamos tido ninguém (começamos a namorar muito novos) e não sabíamos como se faziam as coisas. Os pais não ensinavam nada disso.” MN - “Pois, tínhamos que falar sobre isso. Gostaste? Não gostaste? Como é que gostavas que fosse? “ JN - “Também tínhamos as nossas maluquices, e queríamos experimentar coisas novas” MN - “Depois vieram os filhos, o trabalho por turnos diferentes, e passou a ser tudo mais rotineiro, já não se conversava sobre isso,” JN - “E já nos conhecíamos, já sabíamos o que um e outro gostava e às vezes basta um olhar para percebermos se estamos a agradar ou a ser inconvenientes”. JN - “Agora é tudo diferente, já não funciona como funcionava, mas também já não temos a vontade que tínhamos (quer dizer, acho que não, eu pelo menos não tenho).”

		MN - “É isso, agora é completamente diferente, temos as nossas brincadeiras, os nossos picanços, de vez em quando, mas estamos bem assim, não estamos?” JN - “Claro que sim”.
	Fundamentação: A avaliação da satisfação dos membros com o padrão de sexualidade do casal é importante para entender a qualidade do seu relacionamento amoroso. Num estudo publicado em 2018 por Bianca M. L. dos Santos, a intimidade foi apontada como um dos principais fatores que caracterizam uma relação amorosa positiva, assim como também evidenciou o desenvolvimento da intimidade ao longo do ciclo vital da família, já que vai mudando ao longo do tempo, seja pela idade, tempo de relação ou pela conjugação de ambas as condições. Estando este casal no início de uma nova etapa de vida, a viverem sozinhos, longe dos filhos, no início da reforma, é de vital importância esta avaliação, no sentido de diagnosticar alterações e canalizar forças e recursos para a resolução. Neste momento, ambos os membros se mostram de acordo e satisfeitos com o padrão de sexualidade do casal.	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre sexualidade	B.1.3.2 - Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade	
	Atividade diagnóstica Enf - “Consideram a sexualidade importante nesta fase da vossa vida?” Enf - “A atividade sexual é benéfica em todas as fases da vida, incluindo na terceira idade; pode ajudar a reduzir o stress, melhorar a autoestima e aumentar a sensação de bem-estar físico e mental. Além disso, a atividade sexual pode ajudar na ligação emocional entre o casal. Conhecem os riscos e benefícios da atividade sexual nesta fase da vossa vida?” Enf - “Certo, não duvido disso, mas há alguns riscos associados à atividade sexual, mesmo em casais monogâmicos há muitos anos: como a possibilidade de lesões, infeções sexualmente transmissíveis e	Resultados JN - “sim, considero importante” MN - “Eu já não acho muito importante, acho que passava bem sem isso”. JN - “Não há problema senhora enfermeira, nós há muitos anos que só estamos um com o outro.”

	problemas de saúde subjacentes que podem afetar a atividade sexual. É importante que conversem, um com o outro e com algum profissional de saúde sobre quaisquer preocupações e tomem medidas para minimizar os riscos associados à atividade sexual. Por exemplo, já ouviram falar de lubrificantes ou outros produtos que podem ajudar na atividade sexual? Enf - “O uso de lubrificantes durante a atividade sexual pode trazer muitos benefícios, como reduzir o desconforto e aumentar o prazer.”	JN - “Já ouvi falar, mas nunca experimentamos.” MN - Se calhar é uma coisa que podemos experimentar, nunca tinha pensado nisso”
	Fundamentação: O conhecimento do casal idoso sobre sexualidade é importante por poder ajudar a reduzir o estigma e os mitos associados à sexualidade na terceira idade; além disso, o conhecimento pode ajudar a melhorar a comunicação entre o casal e a promover a intimidade e o relacionamento afetivo; pode também ajudar a promover a saúde física e mental e melhorar a qualidade de vida do casal. Considerei neste momento que o casal demonstrou conhecimento sobre sexualidade, já que não há dados evidentes de conhecimento não demonstrado.	
Critérios diagnósticos	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não	
Subdiagnóstico	Interação Sexual Adequada	
Dimensão	B.1.3 - Função Sexual	
Atividade	B.1.3.3 - Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
Diagnóstica do item	Atividade diagnóstica	Resultados
Disfunções Sexuais	Enf - “Relativamente à vossa atividade sexual, há algum constrangimento?” Enf - “Posso entender então que têm alguns constrangimentos neste campo, mas que aguardam a consulta com o andrologista na tentativa da sua resolução, certo?”	JN - “Sim, desde que me aconteceu isto da próstata, que tenho dificuldade no ato sexual, mas em janeiro vou ter consulta no andrologista e ele já me disse que nessa consulta íamos falar disso.” JN - “Sim, é isso. Eu tenho dificuldades com a ereção e nem sempre consigo. O andrologista. Já nos disse que na consulta de janeiro vamos falar sobre isso e tentar resolver essa situação. Até lá, ficamos a aguardar.”

	Enf - “Sendo assim, se estiverem disponíveis, podemos abordar esta temática depois dessa consulta. Veremos como está a situação, e posso tentar dar-lhes algumas sugestões para ajudar, caso ainda persista o constrangimento”.	MN - “Sim, pode ser enfermeira. Que dizes JN?” JN - “Logo se verá”.
	Fundamentação: Sabendo que a sexualidade tem papel fundamental no bem-estar e na saúde da pessoa, atribui-se à disfunção erétil um impacto importante na autoestima do homem prejudicando na sua qualidade de vida (Alves; et al., 2012). É fundamental averiguar o impacto de uma disfunção sexual na sexualidade do casal, com o objetivo de promover a sua relação sexual, se assim perspetivarem.	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2 - Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	Atividade diagnóstica Enf - Que sabem sobre estratégias para ultrapassar uma disfunção erétil, como a disfunção erétil?”	Resultados JN - “Sei que há alguma coisa, mas como lhe disse, é em janeiro que vamos falar com o andrologista”.
	Fundamentação: O conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para a resolução da disfunção erétil é importante na medida em que pode promover a saúde sexual do casal, sem prejudicar a saúde individual do membro, como poderia acontecer com o recurso a estratégias farmacológicas. Pode-se acrescentar ainda que, ao optar por estratégias não farmacológicas, a pessoa pode envolver o parceiro em mudanças de hábitos de vida, como exercícios ou outras atividades que promovam a vida sexual do casal, fortalecendo a intimidade e melhorando a relação sexual do casal. Nesta consulta percebi a existência de disfunção erétil ou dificuldade em ter uma relação sexual satisfatória, assim como percebi não haver conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para a resolução da disfunção, no entanto, não me pareceu o momento para continuar, até porque o marido disse ter já uma consulta marcada com o andrologista, em que estava programado falarem sobre esse assunto. Sendo assim, convidei o casal para uma consulta comigo depois de estarem com o andrologista, sendo esse o momento para continuar a intervir.	
Critérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim <u>ou</u> Item 1: Sim e Item 2: Não	
Subdiagnóstico	Relação Sexual Comprometida	

Foco	B.1. Satisfação Conjugal
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: • Relação dinâmica disfuncional e/ou

	• Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação Sexual Comprometida manifestada por conhecimento não demonstrado sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais
Resultados Desejados	Que a satisfação conjugal seja restabelecida
Intervenções Sugeridas	Planejar rituais familiares
	Motivar para atividades em conjunto
(para a consulta seguinte)	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais (informar sobre mudanças no estilo de vida que podem beneficiar a saúde sexual, como a importância da atividade física, da alimentação saudável e do sono adequado).

2ª consulta
Data agendamento: 04.01.2024, pós consulta de andrologia
Local: USF
Intervenientes: JN, MN e Enf. Margarida
Objetivos - Apresentar aos membros presentes o propósito desta consulta; - Avaliar dados antropométricos dos membros presentes: IMC, TA; - Completar a avaliação de desenvolvimento, particularmente o conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais; - Avaliar a família na dimensão funcional; - Registrar informação colhida no documento MO MDAIF versão reduzida; - Registrar informação colhida no SCLinico®, no processo familiar e nos processos individuais

Foco	B.1 - Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.3 - Função Sexual	
Atividade	B.1.3.1 - Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
Diagnóstica do item	B.1.3.2 - Conhecimento/ Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais.	
Disfunções Sexuais	Atividade diagnóstica Enf - “Relativamente à vossa atividade sexual, na última consulta, falaram-me das vossas dificuldades e que iriam na consulta com o andrologista falar nesse assunto. Como correu?” Enf - “E o que pensam disso?” Enf - “Sim, é verdade, esta medicação que o andrologista lhe prescreveu tem alguns riscos, mas acredito que o médico ao prescrever ponderou isso. No entanto, quero dizer-vos que é possível uma relação sexual satisfatória, com prazer, sem ereção, que pensam disto?”	Resultados JN - “Sim, estivemos lá na terça-feira, falamos disso e ele disse-me que provavelmente, à medida que for melhorando da próstata, isso ficará resolvido. Entretanto, passou-me uma medicação.” MN - “Eu já lhe disse que não quero que ele tome nada disso.” JN - “Ainda não comprei a medicação, ainda não experimentei. Tenho medo, já não sou novo, e essa medicação pode fazer-me mal ao coração.” JN - “Não sei que lhe diga, nunca pensei nisso”. MN - “Também não”.

Enf - Primeiro quero lembrar-vos a importância dos estilos de vida saudáveis como uma medida não farmacológica para otimização da função sexual:

Alimentação Equilibrada: dieta rica em frutas, vegetais, grãos integrais e proteínas magras pode promover a saúde cardiovascular, o que por sua vez melhora o fluxo sanguíneo para os órgãos sexuais e pode aumentar a libido.

Atividade Física Regular: como caminhadas, natação ou ioga, que ajudam na saúde cardiovascular, no controle do peso e aumentam os níveis de energia, tudo benefícios que podem contribuir para uma função sexual melhorada.

Controlo do stress: o stress crónico pode afetar negativamente a função sexual, pelo que sugiro técnicas de gestão do stress, como meditação, ioga, respiração profunda, ou atividades relaxantes, para ajudar a reduzir os níveis de estresse e ansiedade.

Sono Adequado: muito importante um sono de qualidade para a saúde sexual. A falta de sono pode afetar os níveis hormonais e a energia, o que pode interferir na função sexual.

Relacionamento Saudável e Comunicação: é muito importante também que o vosso relacionamento seja saudável,

	que tenham uma comunicação aberta e honesta um com o outro, e neste campo, parece-me que é o que acontece convosco. Relacionamento positivo e apoio mútuo pode contribuir significativamente para a satisfação sexual. Além destes estilos de vida saudáveis, para que consigam uma relação sexual satisfatória, gostava de incentivá-los a aprender mais sobre a vossa própria sexualidade e a explorar novas formas de intimidade e prazer. Que me dizem? Enf - “Na verdade, é possível ter uma relação sexual satisfatória e com prazer sem necessariamente depender da ereção. Primeiro quero começar por lhes dizer que as mudanças físicas são normais à medida que envelhecemos e que isso não significa o fim da intimidade ou prazer sexual. A sexualidade nesta fase da vossa vida pode ser tão gratificante quanto em qualquer outra fase da vida, mas pode ser diferente. O prazer pode ser alcançado de diversas formas, não apenas através da penetração ou ereção. A sexualidade vai além da atividade sexual tradicional e penetração. Nesta fase os preliminares são muito importantes, devem incluir carícias, beijos, massagens e outras formas de intimidade	JN - “Todo ouvidos”.
--	--	-----------------------------

	física que podem proporcionar prazer. Mais uma vez ressalvo a importância da comunicação aberta, mesmo durante o ato sexual, devem expressar as vossas necessidades, desejos e preocupações um ao outro. Sugiro também que experimentem novas técnicas e práticas sexuais que sejam confortáveis e prazerosas para ambos. Isso pode incluir o uso de brinquedos sexuais, fantasias, jogos eróticos, entre outros. Lembro que é importante respeitar as limitações físicas e emocionais de cada um e que a adaptação às mudanças faz parte do processo.” Enf - “Garanto-lhes que não estão sozinhos nessa situação e que muitos casais da vossa idade enfrentam desafios semelhantes. Muitos casais é nesta fase da vida que experimentam estas novidades. Não se sabem, que em espinho, na rua19, abaixo da BP, do lado esquerdo quem desce, tem uma loja que vende este tipo de acessórios.”	MN - “Brinquedos nunca usamos, deve ser engraçado. Nunca pensei nisso, achava que isso era para os jovens, não para nós.” JN - “Não sabia, é muito raro irmos para espinho, mas se calhar... ninguém nos conhece. Que dizes?” MN - “Podemos experimentar.”
	Fundamentação: Sabendo que a sexualidade tem papel fundamental no bem-estar e na saúde da pessoa, atribui-se à disfunção erétil um impacto importante na autoestima do homem prejudicando na sua qualidade de vida (Alves; et al., 2012). É fundamental averiguar o impacto de uma disfunção sexual na sexualidade do casal, com o objetivo de promover a sua relação sexual, se assim perspetivarem.	
Critérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim ou Item 1: Sim e Item 2: Não	
Subdiagnóstico	Relação Sexual Comprometida	

3ª consulta

Data agendamento: 23.01.2024

Local: USF

Intervenientes: JN, MN e Enf. Margarida

Objetivos

- Apresentar aos membros presentes o propósito desta consulta;
- Avaliar as intervenções da última consulta
- Avaliar dados antropométricos dos membros presentes: IMC, TA;
- Avaliar a família na dimensão funcional;
- Registar informação colhida no documento MO MDAIF versão reduzida;
- Registar informação colhida no SClinico®, no processo familiar e nos processos individuais

C - DIMENSÃO FUNCIONAL
REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR

Dados Avaliativos: Escala De Readaptação Social de Holmes e Rahe		
N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19

36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
	TOTAL	
150-200: Menor probabilidade de incidência doenças		183
200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica		
> 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.		

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR

Comunicação Emocional

Quem na família expressa mais os sentimentos?

	SIM	NÃO
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (<i>Se NÃO, especificar</i>)	✓	
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (<i>Se NÃO, especificar</i>)	✓	
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (<i>Se NÃO FAVORÁVEL, especificar</i>)	✓	

Comunicação Verbal/ Não Verbal

	SIM	NÃO
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem	✓	
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros	✓	

Comunicação Circular

	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família	✓	
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa	✓	

Coping Familiar

Solução de Problemas

1. Quem na família expressa mais os sentimentos? ESPOSA

2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas? ESPOSA

	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família	✓	
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (<i>Se NÃO, especificar</i>)	✓	
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		✓
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)	✓	

Papéis Familiares

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

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA - PERCEÇÃO DOS MEMBROS
Apgar Familiar De Smilkstein

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

Resultado	Membros da família				
	Nome: JN MN	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Família altamente funcional	JN MN				
Família com moderada disfunção					
Família com disfunção acentuada					

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA - CRENÇAS FAMILIARES

Religiosas	JN e MN são os dois católicos, muito religiosos, vão todos os domingos à missa e desde 2000 que pertencem ao grupo dos “cursilhos de cristandade”, reunindo-se todas as quintas-feiras, na ultreia.
Espirituais	JN - “Em 2000 fizemos o nosso curso de cristandade, e ficamos mais ligados a deus e ao próximo. Depois voltamos para a Suíça, lá não tínhamos ultreia, mas todas as quintas-feiras, rezávamos juntos, pela nossa família, pela nossa saúde, pelos pobres, pela paz no mundo”
Valores	MN - “Acima de tudo, amar a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a si mesmo, por isso é que faço parte do grupo de vicentinos, pelo amor ao próximo, para ajudar os mais carenciados da paróquia”.
Culturais	JN - “Todos os domingos, desde que cá estamos, que falamos os filhos e família, pelo WhatsApp. Na Suíça almoçávamos todos em nossa casa, agora, fazemos videochamadas.”

Anexo V -Plano Individual de Cuidados - Família C

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS A JN

JN (69 anos) 1º Consulta (26.10.2023)	Altura: 175 cm	Peso: 83 Kg	IMC: 27,1
	TA: 130/70 mmHg		
Foco	Gestão do Regime Terapêutico		
Medicação	Lisinopril, 5 mg - 1 ao pequeno-almoço. Cumpre		
	Tansulosina, 0.4 mg - 1 ao pequeno-almoço. Cumpre		
	Cumpre a medicação: Adesão ao regime medicamentoso demonstrado		
Alimentação	Fazem as refeições em casa, raramente comem fora (às vezes, ao domingo). Cinco ou seis refeições por dia, sempre sopa no final do almoço e do jantar. Tenta cumprir uma dieta adequada, com evicção de gorduras e açúcares, cozinhando em casa com os produtos do quintal. Come à sobremesa uma peça de fruta. Às principais refeições bebe sempre um copo de vinho tinto misturado com gasosa. Não gosta muito de beber água. Bebe só a suficiente para tomar a medicação.		
	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético Presente		
	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético Presente		
	Ações concretizadoras:		
	Elogiado o hábito relativo ao nº de refeições diárias. Reforcei a ideia de que o intervalo entre refeições não deverá ultrapassar as 4 horas. Recomendei a presença da sopa no início das refeições, por ajudar na regulação do apetite, além de ter baixo valor calórico o que facilita no controlo do peso e é uma excelente estratégia para conseguir atingir a recomendação diária para o consumo de hortícolas. Relativamente à composição do prato nas principais refeições expliquei que metade do prato deve ser preenchida com vegetais crus e/ou cozidos, ¼ com uma porção de proteína animal (ovos, carne ou peixe - tirando a gordura visível) e uma porção de proteína vegetal (feijão, grão-de-bico, soja, lentilha). O restante do prato, cerca de ¼, completar com alimentos ricos em hidratos de carbono (de preferência integrais) como: arroz, massas ou batatas. Foi neste momento que percebi que o consumo de hortícolas no prato era reduzido e que a quantidade de hidratos de carbono era em excesso (meio prato de arroz ou massa, referiu JN neste momento) Aconselhei também ao aumento de consumo de água: A água deve ser a bebida de eleição, sendo determinante assegurar uma ingestão de água (enquanto nutriente) em quantidades adequadas. As necessidades de água variam em função de diversos fatores, como por exemplo a idade, o sexo, a prática de		

	exercício físico, a temperatura ambiente, mas no geral recomenda-se o consumo de cerca de 8 a 10 copos de água por dia para assegurar as necessidades hídricas. É ainda importante assegurar que o consumo de água é distribuído ao longo do dia de modo a potenciar a sua absorção. Alerta para o consumo de gasosa, pois trata-se de uma bebida gaseificada, com excesso de açúcar, que deve ser evitado.
Exercício físico	A trabalhar no quintal Todos os dias, menos ao fim-de-semana e quando chove, vai a pé à praia e volta (cerca de 6 a 7km). Adesão ao regime de exercício demonstrado
Diagnóstico	Gestão do regime terapêutico comprometida
Foco	Hipertensão
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	- Hipertensão na lista de problemas do utente, registado no SClínico® - Medicação crónica: anti hipertensor
Intervenções	- Avaliar TA - Ensinar sobre doença Ações concretizadoras: Depois de avaliados os conhecimentos sobre a doença, foi explicado que a hipertensão arterial é uma condição em que a pressão sanguínea nas paredes das artérias está acima dos valores considerados normais, ocorrendo de forma crónica. Expliquei ainda que a tensão arterial é medida em duas leituras: sistólica (pressão máxima) e diastólica (pressão mínima), sendo que os valores são considerados normais quando a tensão arterial sistólica é inferior a 140 mmHg e a tensão arterial diastólica inferior a 90 mmHg. Disse ainda que além da medicação, o que permite o controlo da hipertensão é a gestão do stress e a adoção de estilos de vida saudáveis (alimentação e exercício físico).
Diagnóstico	Hipertensão Presente, em grau reduzido
Foco	Excesso de peso
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	Excesso de peso na lista de problemas do utente, registado no SClínico®
Intervenções	- Monitorizar o peso - Monitorizar IMC - Ensinar sobre doença - Incentivar a adesão ao regime terapêutico (dietético e de exercício físico) Ações concretizadoras:

	Depois de avaliados os conhecimentos sobre a doença, expliquei que o excesso de peso não é apenas uma questão estética, mas uma doença crónica e progressiva. Recorrendo ao cálculo do IMC no SClínico®, expliquei o significado de IMC e do valor encontrado (27,1): • O IMC é calculado dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em m), de acordo com a seguinte fórmula: $IMC = \text{peso} / (\text{altura} \times \text{altura})$; • Classificação do IMC: Normal: IMC entre 18,9 e 24,9 e Excesso de Peso: IMC entre 25 e 29,9. De forma a incentivar à adesão ao regime terapêutico, sugeri o envolvimento da esposa neste processo, solicitando o seu acompanhamento na atividade física, que além de ser benéfico também para ela, funcionaria também como apoio emocional mútuo. Incentivei ao aumento do exercício físico (5km/dia), e sugeri ainda que acompanhasse a esposa ao fim-de-semana, nas suas caminhadas nos passadiços. Expliquei ainda que para atingir um IMC inferior a 25, precisa perder aproximadamente 6,5 kg. Estabelecemos uma meta potencialmente alcançável, de na próxima consulta, perder perto de 2 a 3kg.
Diagnóstico	Excesso de Peso Presente
Foco	Uso de Tabaco
Juízo	Ausente
Intervenções	Avaliar o uso de tabaco. Nunca fumou
	Ações concretizadoras: Elogio pela ausência deste hábito prejudicial à saúde.
Diagnóstico	Sem abuso de tabaco

JN (69 anos) 2º Consulta (04.01.2024)	Altura: 175 cm	Peso: 81 Kg	IMC: 26,4
	TA: 128/72 mmHg		
Foco	Gestão do Regime Terapêutico		
Medicação	Lisinopril, 5 mg - 1 ao pequeno-almoço. Cumpre		
	Tansulosina, 0.4 mg - 1 ao pequeno-almoço. Cumpre		
	Mantém adesão ao regime medicamentoso demonstrado		
Alimentação	Mantém as cinco ou seis refeições por dia.		
	Passou a comer a sopa no início da refeição.		
	Deixou de beber gasosa (só às vezes, aos domingos).		
	Aumentou o consumo de água quase um litro por dia.		
	Elogio a mudança de comportamento e incentivo à sua manutenção.		
	Proponho que aumente mais o consumo de cada, que tente beber 1,5l por dia. Sugiro o uso de infusões, mesmo frias, se lhe for mais agradável, mas sempre sem açúcar.		
Exercício físico	Passou a caminhar 10km/dia e ao fim-de-semana acompanha a esposa nos passadiços.		
	Elogio a mudança de comportamento e incentivo à sua manutenção.		
Diagnóstico	Sem gestão do regime terapêutico comprometida		
Foco	Hipertensão		
Resultado	Normotenso		
	Elogiar diminuição dos valores de TA		
	Incentivar à manutenção dos cuidados		
Diagnóstico	Hipertensão Presente, em grau reduzido		
Foco	Excesso de peso		
Intervenções	• Monitorizar o peso • Monitorizar IMC		
Resultado	Diminuiu 2 Kg		
	IMC 26,4		
Intervenções	Elogiar diminuição do peso		
	Incentivar à manutenção dos cuidados		
Diagnóstico	Excesso de Peso Presente		

JN (69 anos) 3º Consulta (23.01.2024)	Altura: 175 cm	Peso: 80 Kg	IMC: 26,1
	TA: 128/72 mmHg		
Foco	Gestão do Regime Terapêutico		
Medicação	Lisinopril, 5 mg - 1 ao pequeno-almoço. Cumpre		
	Tansulosina, 0.4 mg - 1 ao pequeno-almoço. Cumpre		
	Mantém adesão ao regime medicamentoso demonstrado		
Alimentação	Aumentou o consumo de água em mais meio litro dia.		
	Elogio a mudança de comportamento e incentivo à sua manutenção.		
Exercício físico	Mantém as caminhadas, diz que de vez em quando já consegue caminhar mais rápido.		
	Elogio e incentivo à sua manutenção.		
Diagnóstico	Sem gestão do regime terapêutico comprometida		
Foco	Hipertensão		
Resultado	Normotenso		
	Elogio e Incentivo à manutenção dos cuidados		
Intervenções	Elogio valores observados		
	Incentivo à manutenção dos cuidados		
Diagnóstico	Hipertensão Presente, em grau reduzido		
Foco	Excesso de peso		
Intervenções	- Monitorizar o peso - Monitorizar IMC		
Resultado	Diminuiu 1 Kg em 19 dias		
	IMC 26,1		
Intervenções	Elogio diminuição do peso		
	Incentivo à manutenção dos cuidados		
Diagnóstico	Excesso de Peso Presente		

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS A MN

MN (69 anos) 1º Consulta (26.10.2023)	Altura: 160 cm	Peso: 71 Kg	IMC: 27,7
	TA: 138/84 mmHg		
Foco	Gestão do Regime Terapêutico		
Medicação	Atorvastatina, 10 mg - 1 ao jantar. Cumpre Perindopril + Indapamida + Amlodipina, [Triplixam], 10 mg + 2.5 mg + 10 mg. - 1 ao pequeno-almoço. Cumpre Levotiroxina sódica, 0.1 mg - 1 em jejum (pelo menos 30 minutos). Cumpre Cumpre a medicação: Adesão ao regime medicamentoso demonstrado		
Alimentação	Fazem as refeições em casa, raramente comem fora (às vezes, ao domingo). Cinco ou seis refeições por dia, sempre sopa no final do almoço e do jantar. Tenta cumprir uma dieta adequada, com evicção de gorduras e açúcares, cozinhando em casa com os produtos do quintal. Come à sobremesa uma peça de fruta. Às principais refeições bebe sempre um sumo, um néctar, quando não há laranjas no quintal Bebe cerca de 1l de água por dia.		
	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético Presente Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético Presente		
	Ações concretizadoras: Elogiado o hábito relativo ao nº de refeições diárias. Reforcei a ideia de que o intervalo entre refeições não deverá ultrapassar as 4 horas. Recomendei a presença da sopa no início das refeições, por ajudar na regulação do apetite, além de ter baixo valor calórico o que facilita no controlo do peso e é uma excelente estratégia para conseguir atingir a recomendação diária para o consumo de hortícolas. Relativamente à composição do prato nas principais refeições expliquei que metade do prato deve ser preenchida com vegetais crus e/ou cozidos, ¼ com uma porção de proteína animal (ovos, carne ou peixe - tirando a gordura visível) e uma porção de proteína vegetal (feijão, grão-de-bico, soja, lentilha). O restante do prato, cerca de ¼, completar com alimentos ricos em hidratos de carbono (de preferência integrais) como: arroz, massas ou batatas. Foi neste momento que percebi que o consumo de hortícolas no prato era reduzido e que a quantidade de hidratos de carbono era em excesso (meio prato de arroz ou massa, referiu JN neste momento) Relativamente ao néctar, alertei para o excesso de açúcares, que devia evitar, preferindo o consumo de água, facilitando o controlo do excesso de peso. Referi ainda		

	que embora o sumo natural seja sempre preferível aos néctares, alertei que ao consumir a laranja em sumo, desperdiça as fibras, importantes na alimentação saudável e além disso, se para um copo de sumo usar mais que uma laranja, está a aumentar mais uma vez, o consumo de açúcares. Aconselhei também ao aumento de consumo de água: A água deve ser a bebida de eleição, sendo determinante assegurar uma ingestão de água (enquanto nutriente) em quantidades adequadas. As necessidades de água variam em função de diversos fatores, como por exemplo a idade, o sexo, a prática de exercício físico, a temperatura ambiente, mas no geral recomenda-se o consumo de cerca de 8 a 10 copos de água por dia para assegurar as necessidades hídricas. É ainda importante assegurar que o consumo de água é distribuído ao longo do dia de modo a potenciar a sua absorção. Alerto para o consumo de gasosa, pois trata-se de uma bebida gaseificada, com excesso de açúcar, que deve ser evitado.
Exercício físico	A trabalhar no quintal Todos os fins-de-semana vai fazer caminhada nos passadiços perto de casa (cerca de 5km, duas vezes por semana).
	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício Presente Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício Presente
	Ações concretizadoras: Elogiada pelo exercício que faz ao fim-de-semana. Motivada a acompanhar o marido nas caminhadas durante a semana, até à praia além de praticar exercício físico, seria uma atividade que fariam em comum, relaxante, que permitiria momentos de diálogo e partilha; funcionariam também como motivadores um do outro. Sugeri que no início, se não conseguisse fazer todo o percurso, fizesse até meio e regressasse, fosse aumentando gradualmente
Diagnóstico	Gestão do regime terapêutico comprometida
Foco	Hipertensão
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	- Hipertensão na lista de problemas do utente, registado no SClínico® - Medicação crónica: anti hipertensor
Intervenções	- Avaliar TA - Ensinar sobre doença
	Ações concretizadoras: Depois de avaliados os conhecimentos sobre a doença, foi explicado que a hipertensão arterial é uma condição em que a pressão sanguínea nas paredes das artérias está acima dos valores considerados normais, ocorrendo de forma crónica. Expliquei ainda

	que a tensão arterial é medida em duas leituras: sistólica (pressão máxima) e diastólica (pressão mínima), sendo que os valores são considerados normais quando a tensão arterial sistólica é inferior a 140 mmHg e a tensão arterial diastólica inferior a 90 mmHg. Disse ainda que além da medicação, o que permite o controlo da hipertensão é a gestão do stress e a adoção de estilos de vida saudáveis (alimentação e exercício físico).
Diagnóstico	Hipertensão Presente, em grau reduzido
Foco	Excesso de peso
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	Excesso de peso na lista de problemas do utente, registado no SClínico®
Intervenções	- Monitorizar o peso - Monitorizar IMC - Ensinar sobre doença - Incentivar a adesão ao regime terapêutico (dietético e de exercício físico) Ações concretizadoras: Depois de avaliados os conhecimentos sobre a doença, expliquei que o excesso de peso não é apenas uma questão estética, mas uma doença crónica e progressiva. Recorrendo ao cálculo do IMC no SClínico®, expliquei o significado de IMC e do valor encontrado (27,1): - O IMC é calculado dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em m), de acordo com a seguinte fórmula: $IMC = \text{peso} / (\text{altura} \times \text{altura})$; - Classificação do IMC: Normal: IMC entre 18,9 e 24,9 e Excesso de Peso: IMC entre 25 e 29,9. De forma a incentivar à adesão ao regime terapêutico, sugeri mais uma vez que acompanhasse o marido nas caminhadas diárias, que além de ser benéfico também para ela, funcionaria também como apoio emocional mútuo. Expliquei ainda que para atingir um IMC inferior a 25, precisa perder aproximadamente 7 kg. Estabelecemos uma meta potencialmente alcançável, de na próxima consulta, perder perto de 2 kg.
Diagnóstico	Excesso de Peso Presente
Foco	Uso de Tabaco
Juízo	Ausente
Intervenções	Avaliar o uso de tabaco. Nunca fumou Ações concretizadoras: Elogio pela ausência deste hábito prejudicial à saúde.
Diagnóstico	Sem abuso de tabaco

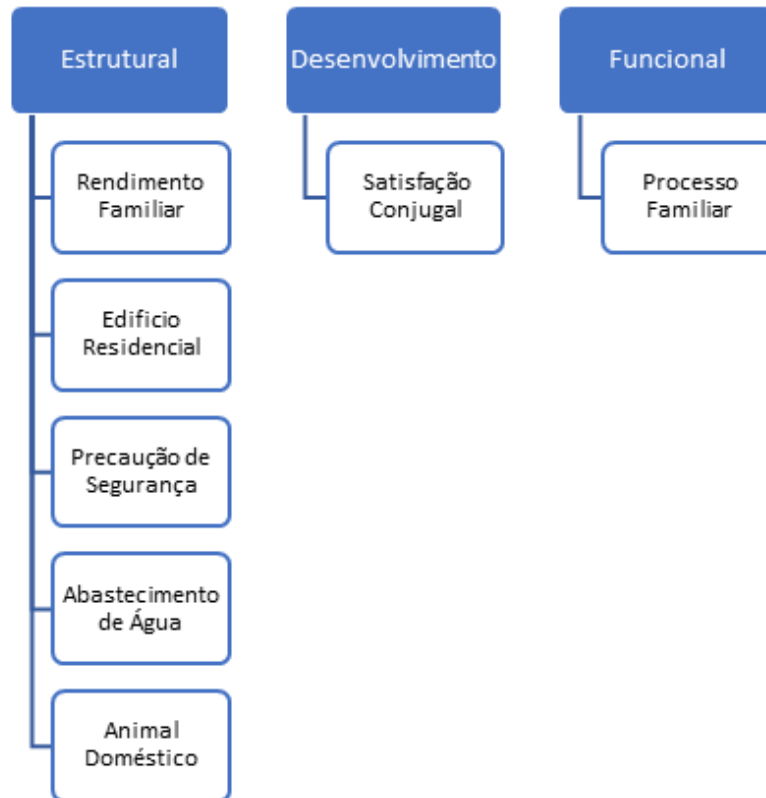
MN (69 anos) 2º Consulta (04.01.2024)	Altura: 160 cm	Peso: 69 Kg	IMC: 26,7
Foco	TA: 129/70 mmHg		
Foco	Gestão do Regime Terapêutico		
Medicação	Atorvastatina, 10 mg - 1 ao jantar. Cumpre Perindopril + Indapamida + Amlodipina, [Triplixam], 10 mg + 2.5 mg + 10 mg. - 1 ao pequeno-almoço. Cumpre Levotiroxina sódica, 0.1 mg - 1 em jejum (pelo menos 30 minutos). Cumpre		
	Mantém adesão ao regime medicamentoso demonstrado		
Alimentação	Mantém as cinco ou seis refeições por dia. Passou a comer a sopa no início da refeição. Deixou de beber sumos, passando a beber água à refeição. Mantém o consumo de água quase um litro por dia.		
	Elogio a mudança de comportamento e incentivo à sua manutenção. Proponho que aumente mais o consumo de cada, que tente beber 1,5l por dia. Sugiro o uso de infusões, mesmo frias, se lhe for mais agradável, mas sempre sem açúcar.		
Exercício físico	Passou a acompanhar o marido nas caminhadas à semana. Só nos primeiros dias é que fez meio percurso, estando neste momento a fazer quase 10km por dia (às vezes pára um bocadinho e espera que o marido regresse, quando ele acelera).		
	Elogio a mudança de comportamento e incentivo à sua manutenção.		
Diagnóstico	Sem gestão do regime terapêutico comprometida		
Foco	Hipertensão		
Resultado	Normotensa		
	Elogiar diminuição dos valores de TA Incentivar à manutenção dos cuidados		
Diagnóstico	Hipertensão Presente, em grau reduzido		
Foco	Excesso de peso		
Intervenções	• Monitorizar o peso • Monitorizar IMC		
Resultado	Diminuiu 2 Kg IMC 26,7		
	Elogiar diminuição do peso Incentivar à manutenção dos cuidados		
Diagnóstico	Excesso de Peso Presente		

MN (69 anos) 3º Consulta (23.01.2024)	Altura: 160cm	Peso: 68 Kg	IMC: 26,5
	TA: 128/76 mmHg		
Foco	Gestão do Regime Terapêutico		
Medicação	Atorvastatina, 10 mg - 1 ao jantar. Cumpre		
	Perindopril + Indapamida + Amlodipina, [Triplixam], 10 mg + 2.5 mg + 10 mg. - 1 ao pequeno-almoço. Cumpre		
	Levotiroxina sódica, 0.1 mg - 1 em jejum (pelo m menos 30 minutos). Cumpre		
	Mantém adesão ao regime medicamentoso demonstrado		
Alimentação	Aumentou o consumo de água em mais meio litro dia.		
	Elogio a mudança de comportamento e incentivo à sua manutenção.		
Exercício físico	Mantém as caminhadas, tendo conseguido acompanhar o marido, sem paragens.		
	Elogio e incentivo à sua manutenção.		
Diagnóstico	Sem gestão do regime terapêutico comprometida		
Foco	Hipertensão		
Resultado	Normotensa		
	Elogio e Incentivo à manutenção dos cuidados		
Diagnóstico	Hipertensão Presente, em grau reduzido		
Foco	Excesso de peso		
Intervenções	• Monitorizar o peso • Monitorizar IMC		
Resultado	Diminuiu 1 Kg em 19 dias		
	IMC 26,5		
	Elogio diminuição do peso		
	Incentivo à manutenção dos cuidados		
Diagnóstico	Excesso de Peso Presente		

Anexo VI - Documento Word® “Matriz Operativa versão reduzida”

Família B

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



Áreas de atenção da Família B (adaptada do MDAIF, 2012, p. 104)

1ª consulta

Data: 03.10.2023

Local: USF

Intervenientes: JS, ZN e Enf. Margarida

Objetivos

Apresentar aos membros presentes o propósito deste trabalho;

Avaliar dados antropométricos dos membros presentes: IMC, TA.

Avaliar hábitos individuais de risco que possam influenciar o peso e a tensão arterial

Avaliar a família nas dimensões estrutural e de desenvolvimento

Registrar informação colhida no documento MO MDAIF versão reduzida

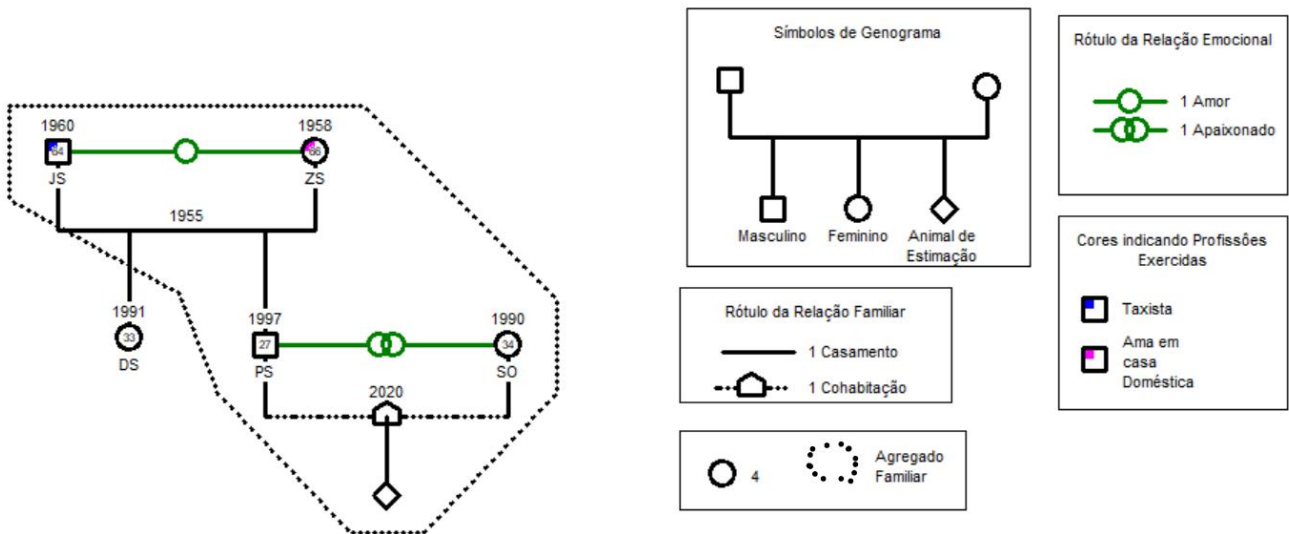
Registrar informação colhida no SClínico, no processo familiar e nos processos individuais

Nesta primeira consulta, serão colocadas perguntas lineares aos presentes

A - DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dados avaliativos: Composição da Família (Genograma)

Para a construção deste genograma foi utilizado o programa informático GenoPro®.



A família B é uma família alargada, detentora de dois subsistemas: conjugal, e paternal. Inclui JN de 63 anos e ZS de 64 anos. São pais de um casal, DS, a filha de 32 anos, que vive sozinha, e PS, o filho de 26 anos, que reside com a namorada SO, de 23 anos, em casa dos pais dele. A família encontra-se na etapa do ciclo vital família com filhos adultos.

Dados avaliativos: Tipo de Família

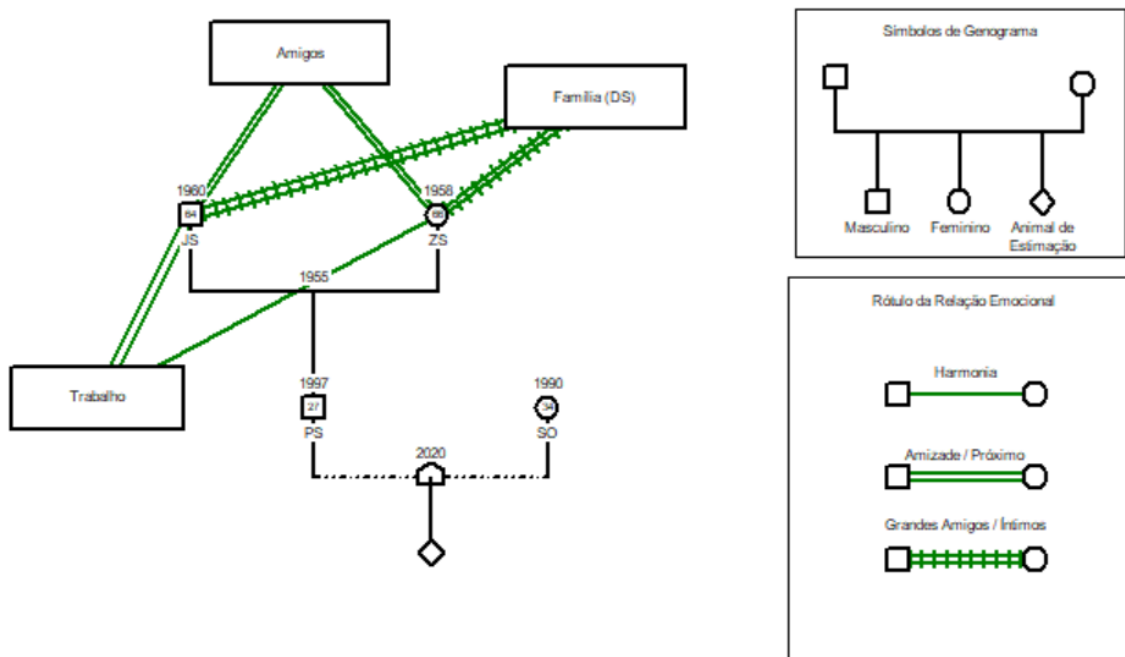
Família nuclear	Coabitação	
Família reconstruída	Família Institucional	
Família monoparental	Comuna	
Monoparental liderada pelo homem	Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher	Alargada	x
Outro (<i>especificar</i>)		

Dados avaliativos: Família Extensa

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

Dados avaliativos: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

Para a construção deste ecomapa foi utilizado o programa informático GenoPro®.



	Trabalho	Amigos	Família extensa (DS)
Vínculo forte			JS ZS
Vínculo intermédio		JS ZS	
Vínculo fraco	JS ZS		

Enf. - "Com quem convivem? "

ZN - "Isto de tomar conta de crianças em casa, é uma prisão, conviver só mesmo com as crianças e com quem as vem trazer e buscar a minha casa. Mais buscar, que quando as vão buscar sempre conversamos um bocadinho, porque de manhã é sempre tudo a correr."

JS - "Comigo já é diferente. No meu trabalho converso muito com os clientes, e alguns já os transporto há alguns anos, já nos tornamos amigos, e tenho sempre os meus colegas também, quando estamos parados sempre damos duas de letra e às vezes ainda dá para uma suecada."

ZN - "Ah, e a DS, todos os dias falamos com ela, somos muito chegados, e ela todas as semanas vai lá a casa."

JN - "Sim, é isso. E é isto, mais nada, tirando estas pessoas, não convivemos assim com mais ninguém. A minha mulher nem para trabalhar sai de casa, e eu, quando não estou a trabalhar, quero é estar em casa"

Dados avaliativos: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Critérios relativos ao Tipo de Habitação

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

O preenchimento da Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), atribui à família B a classe social média, tendo o filho completado o ensino secundário, tendo ambos trabalhado em várias empresas ao longo das suas vidas, como operários semiqualeificados. Neste momento estão os dois reformados, ele por invalidez e ela na pré-reforma, auferindo vencimentos certos; além disso, ainda trabalham, ele como condutor de táxi, por conta de outrem e ela toma conta de crianças, em sua casa. Habitam numa moradia térrea, que herdaram dos pais dele, espaçosa, bem conservada, restaurada pelos próprios, junto à praia, com bons SOS. O filho e a namorada habitam numa casa independente, ao fundo do quintal, mas frequentam muito a casa dos pais, fazendo as refeições lá muitas vezes.

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1 - Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Rendimento Familiar	Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) ORF igual a 3 JS - Reformado por invalidez, trabalha por conta de outrem como taxista ZS - Pré-reforma, cuida de crianças. ("Não podemos ficar só com o dinheiro da reforma, que é pouco, temos que trabalhar, mas chega bem para as nossas coisas").
Diagnóstico	Rendimento Familiar Não Insuficiente
Foco	A.2 - Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Edifício Residencial	- Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar): Grau 3 (casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais); - Higiene da Habitação Presente
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado
Foco	A.3 - Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Precaução de Segurança	Enf. - "A vossa casa, tem escadas, ou alguma barreira arquitetónica que dificulte o acesso, em caso de alguma dificuldade?" JS - "Não, a nossa casa é grande, foi restaurada e só tem um piso" Ausência de barreiras arquitetónicas Existência de Aquecimento: lareira Para avaliar o conhecimento sobre a utilização da lareira, foram avaliados os seguintes tópicos: - É importante escolher uma lenha seca e de boa qualidade, que não esteja infestada de insetos ou que contenha tinta, plástico ou outros materiais que possam libertar substâncias tóxicas ao queimar. - É aconselhável usar produtos específicos para acender a lareira, como iniciadores de fogo, e evitar usar líquidos inflamáveis ou papel com impressão a cores. - É aconselhável usar acessórios próprios para mover as brasas e colocar uma proteção à frente da lareira para evitar que as cinzas se espalhem. - É essencial garantir uma boa ventilação da divisão onde está a lareira, para evitar a acumulação de fumo e monóxido de carbono, que podem provocar asfixia, intoxicação, bronquite ou cancro do pulmão. Para isso, é recomendável instalar detetores de monóxido de carbono em casa e manter uma janela aberta perto da lareira. - É necessário fazer inspeções periódicas à lareira e à chaminé, pelo menos a cada dois anos, para verificar o seu estado e limpar os resíduos de cinzas que se possam acumular. - É recomendado também se colocar um extintor perto da lareira, para utilizar em caso de emergência.

- Atenção ao que se coloca na lareira, evitando lenha em excesso ou objetos que possam provocar labaredas altas ou explosões.

- Evitar apagar o fogo com água, pelo risco de choque térmico que pode danificar a lareira, deixando o fogo extinguir-se sozinho ou usar areia ou sal para abafá-lo.

Os membros da família presentes demonstraram conhecimento sobre a utilização segura da lareira

Existência de Abastecimento de Gás: botija

Para avaliar o conhecimento sobre a utilização de botija de gás, foram avaliados os seguintes tópicos:

Conhecimento sobre utilização de abastecimento de gás. (A instalação deve ser feita por um técnico credenciado para o efeito, tal como no gás natural, por exemplo. Existem regras que devem ser cumpridas e os técnicos credenciados estão devidamente habilitados. Contudo, qualquer consumidor poderá depois trocar a botija quando necessário.

O risco de acidente diminui se guardar as botijas no exterior da habitação, numa cabine devidamente identificada. Esta deverá ser feita em material incombustível e bem ventilada, com pavimento cimentado e revestido a cerâmica ou de terra compactada. Deverá conter uma indicação de proibição de fumar ou fazer fogo. Por uma questão de segurança, dentro de uma divisão, armazene no máximo duas garrafas de gás (cheias ou vazias) e sempre na vertical.

Os números na mangueira de borracha que liga o redutor ao aparelho indicam a validade da mangueira, entre outros. As mangueiras utilizadas como conectores maleáveis, no início ou na parte final da instalação de gás, apresentam uma validade e devem ser substituídas perto do final desta data. Este conector não pode ter mais de 1,5 metros de comprimento.

Quando sentir o cheiro a gás, não faça qualquer tipo de faísca nem crie pontos de ignição: não deve ligar ou desligar eletrodomésticos ou interruptores. Evite desligar o disjuntor do quadro de eletricidade. Faça a imediata ventilação do local, de preferência através da abertura das janelas. Procure a fonte da fuga e elimine-a (bico aberto, furo no tubo de alimentação entre a garrafa e o equipamento, problema no redutor ou na válvula da garrafa, etc.). Se não conseguir eliminar a fuga, transporte a garrafa para o exterior. Em caso de incêndio, certifique-se de que não fica ninguém em casa e ligue de imediato o 112. Não tente combater o incêndio, sobretudo se tiver mais garrafas dentro da habitação, devido ao risco de explosão.

As garrafas de gás, cheias ou vazias, são consideradas matérias perigosas do ponto de vista legal e do Código da Estrada. Por isso, o transporte está

	sujeito a regras apertadas. Contudo, a lei prevê que o consumidor final possa transportar na sua viatura até duas garrafas de gás (cheias ou vazias) para consumo e utilização. Aconselhamos a fazê-lo sempre com as janelas ligeiramente abertas. Não deixe a viatura muito tempo imobilizada com exposição solar.) Os membros da família presentes demonstraram conhecimento sobre a utilização segura da botija de gás, mas referiram que embora armazenem as botijas de gás no exterior da habitação, não estão “numa cabine devidamente identificada” estando até guardadas, junto à lenha.
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada, se (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás).
DiagnÓstico	Precaução de Segurança Não Demonstrada por Conhecimento Não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás.
Resultados Desejados	Que os membros compreendem os riscos associados à utilização de botijas de gás, lareira, assim como os cuidados a ter com o armazenamento das botijas utilizadas e das suplentes (cheias) e que apliquem as precauções de segurança.
Intervenções Sugeridas	Ensinar sobre utilização de equipamento de gás Negociar sobre utilização de equipamento de gás
Atividades que concretizam as intervenções (ACI): Disponibilizar informação escrita sobre precauções de segurança na utilização de equipamento de gás.	
Fundamentação: No capítulo II, da Portaria nº 460/2001, de 8 de maio, “Não é permitida a existência, no interior de cada fogo, garagem ou anexo de habitação, área comercial ou outros serviços, de mais de quatro garrafas cheias ou vazias, cuja capacidade global exceda 106 dm³, não devendo existir mais de duas garrafas por compartimento.” Por isso, esta família armazena as botijas suplentes e as vazias, no exterior da casa. A mesma portaria na secção 2, aborda as condições para o armazenamento de botijas colocadas no exterior de edifícios, sendo que o artigo 5º no ponto 1 refere que “os postos de garrafas devem ficar contidos em cabinas, destinadas exclusivamente a esse efeito, encastradas ou não na face exterior da parede do edifício, facilmente acessíveis aos serviços de bombeiros e aos seus equipamentos”; o ponto 2 acrescenta que “deve ser colocada, em lugar bem visível, uma placa de material incombustível com a identificação, em caracteres indeléveis, da entidade exploradora e o seu contacto para situações de emergência.”	
Avaliação de resultados das intervenções	Data: 17.11.2023 Já tiveram um trolha em casa para fazer um orçamento para a construção de uma cabine para armazenamento das botijas de gás. Ficou combinado essa construção para quando o tempo estivesse mais seco
DiagnÓstico	Precaução de Segurança Demonstrada

Foco	A.4 - Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica do item Avaliar Abastecimento de Água	- Existência Abastecimento de água: rede pública, apenas Enf - “Têm água potável, em casa?” JS - “Sim, temos água canalizada, é a que usamos para tudo, não temos outra”.
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado
Foco	A.5 - Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	- Existência de Animal Doméstico: cadela de grande porte -Existência de Vacinação A legislação portuguesa exige que os cães sejam vacinados contra a raiva. A vacinação antirrábica é obrigatória para todos os canídeos com três ou mais meses de idade. O Regulamento para a Execução da Vacina Antirrábica estabelece que a Direção-Geral da Pecuária pode declarar, quando julgar necessário e com a frequência que entender, a obrigatoriedade da vacinação antirrábica dos cães, por concelhos ou zonas O plano de vacinação regular para cães em Portugal consiste em duas doses de vacina contra a raiva, com um intervalo de 21 a 30 dias entre elas. A primeira dose deve ser administrada quando o animal tiver entre 3 e 6 meses de idade, e a segunda dose deve ser administrada um ano após a primeira dose. Depois disso, os cães devem receber uma dose anual de reforço. Existência de Desparasitação A desparasitação pode ser: Interna - endoparasitas - parasitas intestinais, pulmonares e urinários; Externa - ectoparasitas - pulgas, carraças, piolhos, mosquitos, moscas, ácaros. Animais com parasitas são prejudiciais aos humanos. Alguns parasitas podem afetar os humanos, além de em rápido espaço de tempo constituírem um problema de saúde pública. Animais com parasitas em zonas habitadas por animais são um risco alargado para crianças, idosos e pessoas com um sistema imunitário desfavorecido. A desparasitação interna dos cães é recomendada pelo menos a cada 3 meses, uma para cada estação do ano 123. No caso da desparasitação externa dos cães, dependerá da duração do produto e da marca que escolher. Pode ser todos os meses ou a cada quatro meses, ou mesmo a cada oito meses 13. - Outros dados: Com Chip Enf. - “Têm algum animal em casa?” ZS - “Sim, temos uma cadela, que é do nosso filho. É uma cadela grande e bonita, tem chip e tudo.” Enf. - “E a cadela, tem as vacinas em dia? Está desparasitada?” ZS - “Sim, é o meu filho que trata disso. Ele passa a vida com a cadela no veterinário, é vacinas, é comprimidos, é pipetas, é tudo”
Critérios diagnósticos	Animal doméstico negligenciado, se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento

	não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(Animal não desparasitado) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado

B - DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dados avaliativos: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)

Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	X

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	B.1.1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
	Atividade diagnóstica Enf. - “Relativamente à divisão/partilha das tarefas domésticas, estão satisfeitos?”	Resultados ZS - “Sou eu que faço tudo em casa. O meu marido anda por fora, quando chega, descansa. Eu não me importo, eu gosto de fazer, não sei estar parada. Mas se eu pedir, ele ajuda” JS: - “Se ela me pedir, eu faço, eu também sei fazer tudo, mas ela gosta de ser ela a fazer”
	Fundamentação: No casal, ZS é a que “faz tudo” e JS participa pouco, mas ambos dizem que estão habituados assim, que não há qualquer problema, e se a esposa pedir ajuda, o marido colabora.	
Atividade Diagnóstica do item Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	B.1.1.2 - Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
	Atividade diagnóstica Enf. - “Relativamente ao tempo que passam juntos, como casal, estão satisfeitos, ou gostavam que fosse diferente?” Enf. - “ZS, está satisfeita com o tempo que passam juntos?”	Resultados JS - “Eu gostava de passar mais tempo em casa com a minha esposa, gostava de poder passear mais com ela, mas tenho que andar no táxi, não dá para mais.” ZS - “Temos é que nos dar por contentes pelo tempo que passamos juntos.”
	Fundamentação: O marido refere que gostava de não ter que trabalhar como taxista, e passar mais tempo com a esposa, em casa e a passear, no entanto, dada a necessidade de trabalhar, está satisfeito com o tempo que passam juntos, que é o tempo possível	
Atividade Diagnóstica do item Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os	B.1.1.3 - Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
	Atividade diagnóstica Enf. - “Como casal, conseguem conversar	Resultados <i>Dois membros satisfeitos com a forma como cada um expressa os sentimentos</i>

sentimentos	sobre sentimentos, sem constrangimentos?” ZS - “Sim, nós somos uma família muito aberta, falamos de tudo, até com o meu filho. Não temos problema nenhum em falar de sentimentos”	
	Fundamentação: Ambos referem que conseguem falar de tudo, nomeadamente de sentimentos, sem constrangimentos	
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens se situar no Não	
SubdiagnÓstico	Relação dinâmica Não Disfuncional	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade DiagnÓstica do item	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um	
O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um	Atividade diagnÓstica Enf. - “Como casal, conseguem conversar sobre as vossas preocupações, os receios de cada um, sem constrangimentos?” Enf. - “E agora como é? Sente que consegue mostrar as suas preocupações e receios ao seu marido, e ouvir as do seu marido?”	Resultados JS - “Sim, contamos sempre um com o outro para conversarmos sobre as dificuldades da vida” ZS - “Não foi sempre assim, quando éramos mais novos às vezes era difícil conversar, ele tinha os problemas dele, eu ficava calada..., mas o tempo ensinou-nos.” JS - “Acho que isso é normal num casal jovem, agora já aprendemos a ouvir e a prestar atenção ao outro”.
	Fundamentação: Nas famílias nesta etapa, com filhos adultos, ocorrem mudanças, que na perspetiva de Relvas (2000) passam também por haver uma renegociação do sistema conjugal como uma díade, daí a importância desta avaliação nesta família.	
Atividade DiagnÓstica do item	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	Atividade diagnÓstica Enf. - “Quando surgem diferenças de opinião, gostos ou interesses,	Resultados ZS - “Já nos conhecemos há muitos anos, já sabemos as diferenças um do outro. Somos velhos, sabemos que há coisas que já não mudam. Adaptámo-nos,

	como lidam com essa situação?	umas vezes faço eu sacrifícios, outras é o meu marido. JS - “Tem que ser assim, não pode ser feita só a vontade de um”
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
Satisfação com o padrão de comunicação do casal	Atividade diagnóstica Enf. - “Relativamente à forma como comunicam, como conversam, ou até como discutem os problemas ou partilham as alegrias, estão satisfeitos?”	Resultados JS - “Sim, acho que sim, não tenho segredos para a minha esposa, e acho que ela também não tem para mim.” ZS - “Sim, não há segredos e estamos habituados a conversar. Ele chega a casa e é um fala-barato, conta-me a vida toda, o que se passou enquanto esteve fora.” JS - “Sim, é verdade, aqui pareço calado, mas em casa sou um fala-barato, e ela tem paciência para me ouvir”.
	Fundamentação	
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não ou Itens 1; 2: Não ou Itens 1; 2.; 3: Não	
SubdiagnÓstico	Comunicação eficaz	
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	Atividade diagnóstica Enf. - “Quanto à vossa atividade sexual, estão satisfeitos com o que têm? Não precisam de me dizer se têm ou não, se é muita ou pouca, só se estão satisfeitos com o que têm.”	Resultados ZS - “Eu estou satisfeita, estou bem assim, eu dispenso.” JS - “Desde há uns anos para cá, isto já não é o que era, tenho algumas dificuldades, mas paciência, ela também não quer.” ZS - “Ele já sabe, se quiser, tem que se desenrascar sozinho”
	Fundamentação: Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade. A esposa ao dizer que estava satisfeita, parece que inibiu JS, que não avançou muito, mas deu a entender que não estava satisfeito.	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2 - Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade	
Conhecimento do casal sobre sexualidade	Atividade diagnóstica Enf. - Parece-me que há pormenores da vossa sexualidade em que não	Resultados

	estão de acordo. posso perguntar-vos o que cada um entende por sexualidade? Como a definiriam? Enf. - Como JS se sente em relação à sua própria sexualidade? Há alguma preocupação ou insegurança? Enf. E ZS, como se sente? Enf. - Quais são as expectativas de cada um em relação à vida sexual neste momento do vosso casamento?	
	Fundamentação	
	Critérios diagnósticos	
	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não ou Itens 1; 2: Não	
	Subdiagnóstico	
	Interação Sexual Não Adequada	
	Dimensão	
	B.1.4 - Função Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.4.1- Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
	Atividade diagnóstica Enf. - JS, acha que o seu trabalho e o tempo que não passa com a esposa tem influência na sua satisfação na vossa relação como casal? Enf. - ZS, o que pensa, ou o que sente em relação a isto? Enf. - O que sabem sobre o efeito que a HTA tem	Resultados J.S. - Sim, acho que se passássemos mais tempo juntos, seria melhor, a minha esposa não estaria tanto tempo sozinha, a matutar na vida, e namorávamos mais. Z.S. - Sim, agora que temos o filho criado, não temos netos, bem que podíamos passear, namorar.... eu gostava, mas não pode ser, temos que lutar até morrer.”

	na função sexual. A HTA.... A medicação.... Enf. - ZS está medicado com.... certo? Toma 1 por dia, correto? Enf. Embora não tenhamos desenvolvido o assunto, na última consulta pareceu-me haver uma disfunção sexual a perturbar a vossa interação sexual. JS, quer falar-me sobre isso? Enf. ZS, que tem a dizer sobre este assunto? O que pensa do que JS referiu agora? Enf. Falem-me do que esta situação vos faz sentir? Enf. - Esta alteração pode ter tratamento. JS, já partilhou esta preocupação com alguém, com a sua médica de família ou com o seu enfermeiro de família, por exemplo?	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.4.2 - Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das	Atividade diagnóstica Enf. Conhecem algumas estratégias não farmacológicas para	Resultados

disfunções sexuais	resolver disfunções sexuais? Enf. Já tentaram algum tipo de estratégia não farmacológica? Enf. Têm noção que para ajudar a ultrapassar dificuldades sexuais é muito essencial uma comunicação aberta e honesta entre o casal?	
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim	
Subdiagnóstico	Relação Sexual Comprometida	
Foco	B.1. Satisfação Conjugal	
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: Relação Sexual Comprometida	
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação Sexual Comprometida Interação sexual não adequada e Relação sexual comprometida	
Resultados Desejados	Que a satisfação conjugal seja restabelecida	
Intervenções	Promover a comunicação expressiva das emoções	
Sugeridas	Promover a comunicação do casal	
	Planejar rituais familiares	
	Motivar para atividades em conjunto	
	Ensinar sobre sexualidade	
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
Atividades que concretizam as intervenções: Planejar um ritual familiar para o casal com o objetivo de promover a comunicação e a conexão entre os membros do casal, considerando os seus objetivos e necessidades da família. Escolher o ritual que o casal considere mais adequado às suas necessidades e preferências definindo também a sua frequência e o tempo necessário para planejar e organizar o ritual. Estabelecer regras e limites claros com o objetivo de garantir que o ritual seja produtivo e respeitoso. Discutir as expectativas de comportamento, a divisão de tarefas e quaisquer outras diretrizes importantes para o bom funcionamento do ritual.		
Fundamentação: Um ritual familiar pode ser uma técnica significativa de fortalecer os laços e a relação entre os membros do casal.		
Avaliação de resultados das intervenções	Data	
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida	

C - DIMENSÃO FUNCIONAL

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR

Dados Avaliativos: Escala De Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		39
150-200: Menor probabilidade de incidência doenças		X
200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica		
> 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.		

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR

Comunicação Emocional

Quem na família expressa mais os sentimentos? IGUAL		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos	X	
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros	X	
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família	X	

Comunicação Verbal/ Não Verbal

	SIM	NÃO
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem	X	
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros	X	

Comunicação Circular

	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família	X	
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa		

Coping Familiar

Solução de Problemas

1. Quem na família expressa mais os sentimentos?		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas?		
	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família		
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		

Papéis Familiares

Interações de Papéis na Família

1. Quem desempenha Papel Provedor? Pai		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)	X	
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		X
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		X
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira? ???????		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Saturação do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico? Esposa		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (<i>Se NÃO, especificar</i>)	X	
Conflitos do Papel (<i>Se SIM, especificar</i>)		X

Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		X
4. Quem desempenha Papel Recreativo?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)		
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		
5. Quem desempenha Papel de Parente?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel (Se NÃO, especificar)		
Conflitos do Papel (Se SIM, especificar)		
Saturação do Papel (Se SIM, especificar)		
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família?		
	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros		
Alianças e Uniões		
	SIM	NÃO
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros		
Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião		
Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1 - Comunicação Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz	
Comunicação Emocional	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz/ Não Eficaz	
Comunicação Verbal/ Não Verbal	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz/ Não Eficaz	
Comunicação Circular	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)	
Subdiagnóstico	Comunicação Familiar Eficaz/ Não Eficaz	
Dimensão	C.2.2 - Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.2.1 - Solução de problemas Não Eficaz	
Solução de Problemas	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação	

Critérios diagnósticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver e os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Eficaz/ Não Eficaz	
Dimensão	C.2.3 - Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
Papel provedor	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	
Papel gestão financeira	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
Papel Cuidado Doméstico	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
Papel Recreativo	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
Papel de Parente	Atividade diagnóstica	Resultados
	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 Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz Interação de Papéis Conflitual/ Não Conflitual	
Dimensão	C.2.4 - Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.1 - Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
Influência e Poder	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.2 - Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
Alianças e Uniões	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.3 - Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
Coesão e	Atividade diagnóstica	Resultados

Adaptabilidade da Família	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Funcionalidade da Família	C.2.4.4 - Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
	Atividade diagnóstica	Resultados
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro no comportamento dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) - Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional	

Foco	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/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional	
Diagnóstico:	Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz e/ou Coping Familiar Não Eficaz e/ou Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou Relação Dinâmica Disfuncional	

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

	Avaliar os conflitos do Papel Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) Requerer Serviço Social Promover estratégias de coping para o papel Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia) Otimizar padrão de ligação Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Otimizar padrão de ligação
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções	Data
Diagnóstico	Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional

Anexo VII -Plano Individual de Cuidados - Família B

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS A JS

JS (63 anos) 1º Consulta (03-10-2023)	
Foco	Gestão do Regime Terapêutico
Medicação	Tansulosina, 0.4 mg, Cápsula de libertação prolongada, Blister - 30 unidade(s)
	Losartan, 50 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 56 unidade(s) Atorvastatina, 10 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 56 unidade(s)
	Cumpra a medicação: Adesão ao regime medicamentoso demonstrado
Alimentação	Três refeições por dia, em casa, é a esposa que cozinha. Não gosta de lanchar quando está a trabalhar.
	Come sempre a sopa ao almoço e ao jantar. Privilegia cozidos e grelhados, raramente fritos.
	Bebe água ao almoço e um copo de vinho tinto ao jantar.
	Sobremesa, normalmente é fruta da época.
	Consome menos de meio litro de água por dia, enquanto anda no táxi.
	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético Presente Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético Presente
	Ações concretizadoras: Recomendado lanche da manhã e tarde, em função do seu gosto, com iogurte ou leite, meio pão, ou 4 ou 5 bolachas pequenas e uma peça de fruta. Reforcei a ideia de que o intervalo entre refeições não deverá ultrapassar as 4 horas.
	Elogiada a presença da sopa no início das refeições, por ajudar na regulação do apetite, além de ter baixo valor calórico o que facilita no controlo do peso e é uma excelente estratégia para conseguir atingir a recomendação diária para o consumo de hortícolas.
	Relativamente à composição do prato nas principais refeições expliquei que metade do prato deve ser preenchida com vegetais crus e/ou cozidos, ¼ com uma porção de proteína animal (ovos, carne ou peixe - tirando a gordura visível) e uma porção de proteína vegetal (feijão, grão-de-bico, soja, lentilha). O restante do prato, cerca de ¼, completar com alimentos ricos em hidratos de carbono (de preferência integrais) como: arroz, massas ou batatas. Foi neste momento que percebi não era hábito o consumo de hortícolas no prato, sendo que esporadicamente, principalmente no verão, comia salada de alface com cebola e tomate.
	Aconselhado também ao aumento de consumo de água: A água deve ser a bebida de eleição, sendo determinante assegurar uma

	ingestão de água (enquanto nutriente) em quantidades adequadas. As necessidades de água variam em função de diversos fatores, como por exemplo a idade, o sexo, a prática de exercício físico, a temperatura ambiente, mas no geral recomenda-se o consumo de cerca de 8 a 10 copos de água por dia para assegurar as necessidades hídricas.
Exercício físico	Sem prática regular de exercício físico.
	Ações concretizadoras: Transmitido que a falta de exercício pode ter sérias consequências para a saúde, sendo neste caso especialmente relevante dado que JS passa muitas horas sentado. Para combater os efeitos negativos da falta de exercício, foi sugerido que JS incorporasse atividades físicas regulares na sua rotina, mesmo que seja difícil devido ao seu trabalho sedentário. Sugerido que começasse por aproveitar as suas pausas entre clientes, para realizar alongamentos e caminhadas curtas durante o dia. Sugerido ainda que dedicasse algum tempo fora do trabalho para exercícios mais vigorosos, como caminhadas, ou qualquer outra atividade que gostasse e que se compromettesse a fazer regularmente.
	Adesão ao regime de exercício não demonstrado
Diagnóstico	Gestão do regime terapêutico comprometida
Foco	Uso do tabaco
Juízo	Presente
Intervenções	Monitorizar uso do tabaco
	Avaliar uso do tabaco
	10 cigarros por dia. Fuma desde os 12 anos. Não fuma dentro do táxi. Não fuma dentro de casa, desde que o filho mora com a namorada
	Abuso de tabaco Ações concretizadoras: Questionado se gostava de deixar de fumar, respondeu: “talvez, acho que sim.” Elogiado por não fumar em casa nem no táxi, respondeu: em casa, só no quintal. Depois do jantar não passo sem vir cá fora, fumar um cigarrinho.” Nesse momento, foi explorado o impacto na família deste comportamento, tendo percebido que seria grande, já que acabava muitas vezes por abandonar a conversa com o filho e a namorada, para ir fumar, deixando o filho irritado. O filho, segundo JS, é muito regrado, tanto no exercício como na alimentação, sendo muito radical em relação a muitas coisas, nomeadamente em relação aos vícios. Depois desta reflexão JS disse que quando era nova, consumiu drogas, tendo deixado de o fazer antes dos filhos

	nascer. Este comentário foi uma ferramenta motivacional para o abandono do tabaco. Explicado que o vício em drogas e o tabagismo têm algumas semelhanças em termos de dependência física e psicológica. Usada essa experiência de JS como um exemplo de como é possível superar a dependência química e como os mesmos princípios de determinação e apoio podem ser aplicados ao processo de deixar de fumar. Destacada a determinação e a força de vontade que JS demonstrou ao superar seu vício de drogas. Reforçado que o ter superado um desafio tão difícil como abandonar as drogas, evidencia a sua capacidade de superar outros desafios, como o tabagismo. Ficou determinado o dia 15 de novembro (aniversário da esposa) como o dia D, o dia do último cigarro.
Diagnóstico	Abuso do tabaco
Foco	Hipertensão
Juízo	Presente
Critérios diagnósticos	Hipertensão na lista de problemas do utente, registado no SCLínico® Medicação crónica: anti hipertensor
Intervenções	Monitorizar TA: 140/90 mmHg Ensinar sobre doença Ações concretizadoras: Depois de avaliados os conhecimentos sobre a doença, foi explicado que a hipertensão arterial é uma condição em que a pressão sanguínea nas paredes das artérias está acima dos valores considerados normais, ocorrendo de forma crónica. Expliquei ainda que a tensão arterial é medida em duas leituras: sistólica (pressão máxima) e diastólica (pressão mínima), sendo que os valores são considerados normais quando a tensão arterial sistólica é inferior a 140 mmHg e a tensão arterial diastólica inferior a 90 mmHg. Disse ainda que além da medicação, o que permite o controlo da hipertensão é a gestão do stress, e a adoção de estilos de vida saudáveis (alimentação e exercício físico).
Diagnóstico	Hipertensão presente, em grau reduzido
Foco	Excesso de Peso
Juízo	Presente
Intervenções	Monitorizar o peso: 74Kg Monitorizar IMC: 24,11 Ações concretizadoras: Explicado que apesar de não ter excesso de peso, está perto do limite superior do peso normal (IMC=24,9). Lembrado também que o consumo de tabaco pode alterar o paladar, acontecendo que muitas vezes, quando se

	deixa de fumar, recupera-se o gosto, passando a pessoa a comer mais, se não tiver cuidado, aumentando conseqüentemente o peso. Tendo JS programado deixar de fumar, foi aconselhado a não descuidar os cuidados para que não aumente de peso, nomeadamente, com Pa adoção de hábitos de vida saudáveis
--	---

JS (63 anos) 2º Consulta (21-10-2023)	
Foco	Gestão do Regime Terapêutico
Medicação	Tansulosina, 0.4 mg, Cápsula de libertação prolongada, Blister - 30 unidade(s)
	Losartan, 50 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 56 unidade(s) Atorvastatina, 10 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 56 unidade(s)
	Mantém adesão ao regime medicamentoso demonstrado
Alimentação	Passou a levar lanche para o trabalho, sendo raras as vezes que não o come. Passou a consumir mais legumes à refeição, além da sopa. Bebe 1 litro de água por dia.
	Capacidade para gerir o regime dietético Presente
	Conhecimento sobre regime dietético Presente
	Ações concretizadoras: Elogiada a tomada de decisão e a alteração de comportamentos. Incentivado à continuação dos cuidados.
Exercício físico	Tem feito caminhadas de 45 minutos, ao fim-de-semana, com a esposa. Tem feito alongamentos e tem-se movimentado mais durante as pausas no trabalho
	Capacidade para gerir o regime de exercício Presente
	Conhecimento sobre regime de exercício Presente
	Ações concretizadoras: Elogiada a tomada de decisão e a alteração de comportamentos. Incentivado à continuação dos cuidados. Incentivado a intensificar os exercícios.
	Adesão ao regime de exercício demonstrado
Diagnóstico	Gestão do regime terapêutico comprometida
Foco	Uso do tabaco
Juízo	Presente
Intervenções	Monitorizar uso do tabaco: 3 cigarros por dia Avaliar uso do tabaco
Resultado	Diminuiu o consumo de tabaco, fumando só de manhã, quando sai de casa, depois de almoço e depois do jantar.
	Elogiado pela mudança
	Manteve compromisso de deixar de fumar dia 15 de novembro
	Referenciado para a consulta de cessação tabágica.

Diagnóstico	Abuso do tabaco
Foco	Hipertensão
Juízo	Presente
Intervenções e resultados	Monitorizar TA: 130/80 mmHg
	Ações concretizadoras: Elogiado pela mudança positiva e significativa. Explicado que a diminuição na tensão arterial está associada a uma redução no risco de doenças cardiovasculares e que o valor registado no momento está dentro dos valores considerados normais, segundo a norma da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013).
Diagnóstico	Sem Hipertensão presente
Foco	Excesso de Peso
Juízo	Presente
Intervenções	Monitorizar o peso: 74Kg Monitorizar IMC: 24,11
	Ações concretizadoras: Elogiado pela manutenção do peso. Elogiada a tomada de decisão e a alteração de comportamentos. Incentivado à continuação dos cuidados

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS A ZS

ZS (64 anos) 1º Consulta (03-10-2023)	Altura: 158 cm	Peso: 6 3Kg
Foco	Excesso de peso	
Intervenções	Monitorizar o peso Monitorizar IMC	
Resultado	Hipertensão	
	Elogiar a diminuição do peso Incentivar à manutenção dos cuidados	
Foco	Hipertensão	
Atividade Diagnóstica		
Monitorizar tensão arterial	TA: 150/80 mmHg	
Diagnóstico	Hipertensão, grau reduzido	
Foco	Gestão do Regime Terapêutico	
Atividade Diagnóstica		
Medicação	Zolpidem, 10 mg - 1 à noite. Cumpre Ácido acetilsalicílico, 100 mg - 1 ao almoço. Cumpre Enalapril + Lercanidipina, 20 mg + 20 mg - 1 ao pequeno-almoço. Cumpre	
Alimentação	Desde que teve um AVC em janeiro de 2023, passou a ser mais cuidadosa com a alimentação, nomeadamente cm o número de refeições diárias (passou de 3 para 5 ou 6), redução do consumo de sal e gorduras e aumento do consumo de legumes.	
Exercício físico	Frequenta um ginásio 3 vezes por semana	
Diagnóstico	Sem gestão do regime terapêutico comprometida Conhecimento do regime medicamentoso demonstrado Conhecimento sobre alimentares demonstrado Conhecimento sobre aves entre demonstrado.	
Foco	Excesso de peso	
Atividade Diagnóstica		
Monitorizar Índice de Massa Corporal	IMC: 25,24. Perdeu 10 Kg desde dezembro de 2022 (IMC = 28,84)	
Diagnóstico	Com excesso de peso	
Foco	Uso de tabaco.	
Atividade Diagnóstica		
Monitorizar Uso de Tabaco	0 - Nunca fumou	
Diagnóstico	Sem abuso de tabaco	
Foco	Metabolismo Energético	
Atividade Diagnóstica		
Monitorizar Glicemia Capilar	GC = 119 mg/dl	
Diagnóstico	Hiperglicemia	

Anexo VIII - Plano de Formação

Plano de Formação

Processo de Enfermagem no Programa Saúde da Família e SClínico®.

Objetivos:

- A. **Aumentar a documentação pelos enfermeiros da USF no programa de saúde da família no SClínico®.**

Atividade: sessão formativa sobre a avaliação familiar e os registros no SClínico®.

Justificação: Para o desenvolvimento desta competência, procurando ser líder, consultor e mentor na área da Enfermagem Saúde Familiar, contribuindo para o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros e para a melhoria da prática clínica, programei uma formação com toda a equipa de enfermagem da USF onde decorreu o estágio, sobre “Processo de Enfermagem no Programa Saúde da Família e SClínico®.”, depois de verificar que nesta USF, em outubro de 2023, segundo dados do MIM@UF® havia apenas 68 pessoas (48 homens e 20 mulheres) com o programa de Saúde da Família associado no SClínico®, muito diferente, por exemplo do programa “Saúde do Adulto”, com 38.934 pessoas com programa associado (18.521 homens e 20.414 mulheres). Perante isto, apresentei ao enfermeiro orientador cooperante a minha intenção de apresentar a toda a equipa de enfermagem daquela USF esta temática em reunião de formação da equipa. Este, por sua vez, apresentou em reunião de inter pares de enfermagem esta proposta, que foi acolhida com interesse por todos.

População-alvo: equipa de enfermagem da USF

Atividade	Objetivo	Quem	Quando	Como	Onde
Diagnóstico de situação	Identificar as necessidades formativas sobre avaliação familiar e registos no processo de enfermagem recorrendo ao Programa Saúde da Família, no SClinico®.	Margarida Monteiro	15/12/2023	Avaliação de dados no MIM@UF® Questionário aos enfermeiros sobre registos no SClinico® no âmbito da Saúde da Família Análise dos resultados obtidos	USF onde decorre o estágio
Preparação da formação em serviço	Planear a ação de formação	Margarida Monteiro	3/01/2024 a 10/1/2024	Elaboração do plano de sessão Preparação da folha de participantes Elaboração da apresentação	USF onde decorre o estágio
Formação em serviço	Promover na equipa de enfermagem competências para a avaliação familiar e sua documentação no SClinico®	Margarida Monteiro	26/01/2024	Método expositivo e interrogativo	USF onde decorre o estágio
Avaliação dos resultados	Identificar a apreciação global dos participantes sobre os conteúdos formativos, o desempenho da formadora, a organização da ação e as sugestões de melhoria	Margarida Monteiro	26/01/2024	Elaboração de um instrumento de colheita de dados Aplicação do instrumento de colheita de dados Análise dos resultados	USF onde decorre o estágio

Plano de Sessão

Identificação				
Formadora	Margarida Monteiro, aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar			
Público-alvo	Enfermeiras USF			
Data	26/01/2024			
Hora	14h			
Local	Sala de Saúde Infantil			
Duração	30 minutos			
Objetivos				
Geral	Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de Saúde familiar			
Específico	Sensibilizar os enfermeiros da USF para o programa de saúde da família e seus registos clínicos			
Etapas	Atividades	Método	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação do tema Apresentação dos objetivos Enquadramento da formação	Expositivo	Computador Videoprojector	5 minutos
Desenvolvimento	Conteúdos: Áreas de atenção familiar por dimensão de avaliação Registos no programa de saúde da família no processo individual Registo no processo familiar quando estão presentes mais que um membro da família, considerando a família como unidade de cuidados: ✓ Avaliação inicial ✓ Processo familiar ✓ Intervenções de diagnóstico: Avaliar abastecimento de	Expositivo	Computador Videoprojector	20 minutos

	água Avaliar conhecimento sobre animal doméstico Avaliar crença religiosa Avaliar habitação Avaliar papel prestador de cuidados Avaliar papel parental Avaliar rendimentos Avaliar satisfação conjugal Avaliar suporte Importância dos registos de enfermagem			
Conclusão	Síntese dos conteúdos abordados Verificação dos resultados de aprendizagem Avaliação da sessão	Expositivo	Computador Videoprojector Inquérito de avaliação dos conhecimentos adquiridos na sessão impresso Questionário de avaliação da sessão de formação impresso	5 minutos

Anexo IX - Apresentação da Formação

Processo de Enfermagem no Programa Saúde da Família e SCLinic



Margarida Monteiro, ep1067
Janeiro de 2024

Objetivo

- Aumentar a documentação pelos enfermeiros da USF no Programa de Saúde da Família no SCLinic®

Enquadramento

Esta formação insere-se no estágio realizado nesta USF, no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto (Despacho nº 9560/2021, 30 de setembro), que pretende:

- Contribuir para a formação de profissionais que constituam massa crítica para o desenvolvimento de atividades autónomas e colaborativas na área da enfermagem de saúde familiar, com base nas melhores evidências de investigação;

Enquadramento

- Ser relevante para a colaboração na implementação de políticas de saúde familiar e nas políticas de organização dos cuidados de saúde familiar;
- Ser ainda relevante para a conceção, execução e avaliação de projetos de saúde que visem a família como um todo e, em simultâneo, os seus membros individualmente.

Enquadramento

- Reconhecer a complexidade do sistema familiar, através da conceção da família como unidade de cuidados, em que o foco é a família como um todo, sendo que os seus membros individualmente se constituem como subsistemas familiares;

Enquadramento

- Desenvolver competências que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão no âmbito das competências requeridas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, orientados por uma abordagem sistémica que promova a potencialização das forças e recursos do sistema familiar nas diferentes fases do ciclo vital da família.

Áreas de Atenção Familiar por Dimensão de Avaliação

Estrutural

- Rendimento Familiar
- Edifício Residencial
- Precauções de Segurança
- Abastecimento de água

Desenvolvimento

- Satisfação Conjugal
- Planeamento Familiar
- Adaptação à Gravidez
- Papel Parental

Funcional

- Papel do Prestador de Cuidados
- Processo Familiar

Programa Saúde da Família no Indivíduo

[illegible]

Programa Saúde da Família no Indivíduo

The screenshot shows the 'Programa Saúde da Família' software interface. The window title is 'Programa Saúde da Família'. It features a list of users on the left, a central area with a table of data, and a right panel with a tree view of categories. A red box highlights the 'Programa Saúde da Família' icon in the top toolbar.

Avaliação Inicial no Indivíduo

The screenshot shows the 'Avaliação Inicial' software interface. The window title is 'Avaliação Inicial'. It features a list of users on the left, a central area with a table of data, and a right panel with a tree view of categories. A red box highlights the 'Avaliação Inicial' icon in the top toolbar.

Formulário de Registro de Imóvel - RFI

Endereço

Rua: [REDACTED]

Telefone

[REDACTED]

Proprietários

Nome	CNPJ, Nasc.	Idade	Patronímico	Mãe ou Pai adot.	Estado Civil	Nº	Sexo	Post.
[REDACTED]	25.04.1961	52 anos	MARCO TULLAR	CAMELIA NEVES	MARCELA SILVA	04	M	106
[REDACTED]	19.04.1937	86 anos	CONRADO DO PRIMEIRO TULLAR	CAMELIA NEVES	MARCELA SILVA	241	F	132

Matrícula

Gráfico **C. Descrit.** **Tipos de Família** **Prisco Família Garcia-Gonzalez** **Prisco Família Segunda Descrit.**

Área de registro **10.00.0004**

Tipos de Aposentado

Aposentado móvel

Aposentado

Barraca/casimbre

Desconhecido

Indivíduo

Instalação

Paralela

Outra

Quilômetro de casa

Sem alojamento

Sustentabilidade da zona residencial

Desconhecido

Insuficiente

Suficiente

Regime de ocupação

Arrendada

Cedida

Desconhecido

May

Razão

Confiança

Hipoteca

Desconhecido

Não aplicável

T0

T1

T2 ou mais

Estado geral de conservação

Bom

Desconhecido

May

Razão

Conforto

Bom

Desconhecido

May

Razão

Mobiliário e equipamento básico

Desconhecido

Insuficiente

Suficiente

Casa de banho

Desconhecido

Fim do alojamento

Insistente

Não alojamento

Aposentado

Central

Desconhecido

May

Nenhum

Higiene

Bom

Desconhecido

Ins

Razão

Eletricidade

Desconhecido

Ins

Sem

Barricadas arquitetônicas

Desconhecido

Ins

Água

Desconhecido

Ins

Sem

Distribuição

Desconhecido

Fortificado a - de 100m de casa

Fortificado a - de 100m de casa

Fim do alojamento

Origem

Desconhecida

Particular

Razão pública

Ins. Alojamento

[illegible]

Avaliação Familiar Escala de Graffar

Processo Familiar

Resumo

Nome	Data Nascimento	Idade	Parentesco	Médico Família	Endereço Família	UF	Município	CEP
[Nome]	10/04/1987	36 anos	PRIMEIRO FILHO(A)	DANIELA NEVES	MARACANAIA OLIVA	SP	134	134
[Nome]	10/04/1987	36 anos	CONJUGE DO PRIMEIRO FILHO(A)	DANIELA NEVES	MARACANAIA OLIVA	SP	134	134

Habituação **Graffar** **C.Duvall** **Tipo de Família** **Risco Familiar Garcia-Gonzalez** **Risco Familiar Segovia Dreyer**

Profissão	Instalação	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Donos industriais e comerciais, donos de lojas de grandes empresas	Dono próprio, aluguel ou locatário	Propriedade	Luzes	Bairro de elite
Indústrias, comércio e serviços	Dono próprio ou aluguel	Alta renda ou honorários	Deposito e comodato	Bairro de elite
Profissionais liberais e comércio	Dono próprio ou aluguel	Alta renda ou honorários	Deposito e comodato	Bairro de elite
Profissionais liberais e comércio	Dono próprio ou aluguel	Alta renda ou honorários	Deposito e comodato	Bairro de elite
Profissionais liberais e comércio	Dono próprio ou aluguel	Alta renda ou honorários	Deposito e comodato	Bairro de elite
Profissionais liberais e comércio	Dono próprio ou aluguel	Alta renda ou honorários	Deposito e comodato	Bairro de elite
Profissionais liberais e comércio	Dono próprio ou aluguel	Alta renda ou honorários	Deposito e comodato	Bairro de elite
Profissionais liberais e comércio	Dono próprio ou aluguel	Alta renda ou honorários	Deposito e comodato	Bairro de elite
Profissionais liberais e comércio	Dono próprio ou aluguel	Alta renda ou honorários	Deposito e comodato	Bairro de elite
Profissionais liberais e comércio	Dono próprio ou aluguel	Alta renda ou honorários	Deposito e comodato	Bairro de elite

C.Duvall

Ciclo de Vida de Duvall

- I-Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa (da reforma a viuvez)

Avaliação Familiar Ciclo de Vida de Duvall

Habituação **Graffar** **C.Duvall** **Tipo de Família** **Risco Familiar Garcia-Gonzalez** **Risco Familiar Segovia Dreyer**

Ciclo de Vida de Duvall

- I-Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho)
- II-Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- III-Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- IV-Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- V-Família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- VI-Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa - "launching family")
- VII-Família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- VIII - Família idosa (da reforma a viuvez)

Avaliação Familiar

Tipo de Família

Habitação	Grafiar	C Duval	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
-----------	---------	---------	------------------------	--------------------------------	-------------------------------

☐ Unitária - Só 1 elemento

☐ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos

☐ Alargada - Avós, pais e filhos

☐ Reconstituída - Nova união após reformulação

☐ Nuclear - Casal com ou sem filhos

☐ Outras

Avaliação Familiar

Risco Familiar Garcia-González

Avaliação Familiar

Resumo

Nome	Idade	Sexo	Parentesco	Endereço	Telefone	Outros
[Redacted]	20-24 anos	Masculino	Filho(a)	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	25-34 anos	Feminino	Mãe	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	35-44 anos	Feminino	Pai	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Histórico

Habitação **Grafiar** **C Duval** **Tipo de Família** **Risco Familiar Garcia-Gonzalez** **Risco Familiar Segovia Dreyer**

☐ Famílias compostas por pais jovens e por filhos pequenos, que moram todos num quarto pequeno.

☐ Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que pelo menos metade dos filhos estejam sujeitos a maus-tratos sociais.

☐ Famílias que existam em contextos de violência de género.

☐ Famílias com membros, na sua totalidade ou na grande maioria, que partilharam um facto de risco comum (doméstico, violência ou alcoolismo).

☐ Famílias nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que por isso altere as relações interfamiliares (dependência mental ou física que não é avulsa, que alcoolismo, etc.).

☐ Famílias que, por razões intercorrentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de posterior re-determinação tipo de situação, embora essas situações não estejam presentes na actualidade.

Proteção

Avaliação Familiar

Risco Familiar Segovia Dreyer

Instalação | Grátis | C. Dreyer | Tipo de Família | Risco Familiar Gerente Geral | **Risco Familiar Segovia Dreyer**

☐ Morbilidade crónica
☐ Inabilidade
☐ Hospitalizações frequentes
☐ Mãe analfabeta
☐ Mãe solteira
☐ Chefe de família desempregado
☐ Ausência temporária de um dos pais
☐ Chefe de família com emprego temporário
☐ Morte de Pai ou de Mãe

☐ Alcoolismo
☐ Drogas
☐ Desnutrição
☐ Ausência de um dos pais
☐ Pais analfabetos
☐ Apoio familiar < 4
☐ Filho grande deficiente
☐ Chefe de família preso
☐ Filho com carências afectivas graves

Pontuação:

Registo Processo Familiar

Família como Unidade dos cuidados

CONTACTOS | UTENTES | FAMÍLIAS | COMUNIDADES

Enfermeiro Sala **Agendados** Realizados Anulados

CM	H. Ag	H. Adm	Estado	Processo	Referente	Idade	Consulta	Tipo Sala	Local	Enf. Carga	H. Efect
	08:40		Agendado	2042	Bairro		Consulta En	F	Unidade I		08:40

Registo Processo Familiar

Horário do Contacto

Família: RUA

Contacto Nº: 0

Data: 09-02-2024 Hora: 13:30

☐ Contacto não presencial

Local de Contacto: Unidade De Saúde

Sala:

Equipa:

Tipo de Contacto

☒ Acto de enfermagem

☐ Consulta de Enfermagem

Programas de Saúde activos

☒ Saúde da Família

Projectos activos

Elementos presentes no contacto

Presença

Cancelar Ok

Avaliação Inicial

Aspetos Relevantes de Saúde

Avaliação Inicial

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: RUA

Nº Utilizador:

Nº Processo: 10021

ITEMS A AVALIAR

- Família
- UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
- EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
 - Adesão a imunização (7)-18 A
 - Doenças crónicas/incapacidades
 - Observações
 - Dependentes: Auto Cuidado
 - Especificação: Auto Cuidado
 - Dependentes: Cuidado Doméstico
 - Específic: Cuidado Doméstico
 - Adaptação da habitação
 - Observações gerais
- ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
- PRESTADOR DE CUIDADOS
- OUTRAS SITUAÇÕES

Registado por: Data: Hora:

POR PROGRAMA

Serviço: N.º Contacto: 9020306 Processo Familiar

Avaliação Inicial Atividades de Estilo de Vida

The screenshot shows the 'Avaliação Inicial' window with the 'Atividades de Estilo de Vida' section selected. The interface includes a sidebar with a tree view of assessment categories, a main data entry area, and a bottom section for program and contact information.

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
Nome : ALIA N° Utilizador : N° Processo : 10021

ITEMS A AVALIAR

- ☒ Família
- ☐ UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
- ☐ CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
- ☐ EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- ☐ ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- ☐ ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
 - ☐ Uso de tabaco
 - ☐ Uso de álcool
 - ☐ Uso de drogas
 - ☐ Observações gerais
- ☐ PRESTADOR DE CUIDADOS
- ☐ OUTRAS SITUAÇÕES

Registado por: _____ Data: _____ Hora: _____

POR PROGRAMA
Serviço: USF SAO MIGUEL N° Contacto: 9620086 Processo Familiar

Avaliação Inicial Prestador de Cuidados

The screenshot shows the 'Avaliação Inicial' window with the 'Prestador de Cuidados' section selected. The interface is similar to the first one, but the tree view on the left highlights the caregiver-related categories.

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
Nome : ALIA N° Utilizador : N° Processo : 10021

ITEMS A AVALIAR

- ☒ Família
- ☐ UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
- ☐ CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
- ☐ EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- ☐ ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- ☐ ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
- ☐ PRESTADOR DE CUIDADOS
 - ☐ Papéis (especificar)
 - ☐ Nome/instituição
 - ☐ Parentesco
 - ☐ Escolaridade
 - ☐ Profissão
 - ☐ Contacto (telefone)
 - ☐ Observações gerais
- ☐ OUTRAS SITUAÇÕES

Registado por: _____ Data: _____ Hora: _____

POR PROGRAMA
Serviço: USF SAO MIGUEL N° Contacto: 9620086 Processo Familiar

Avaliação Inicial Outras Situações

Avaliação Inicial

IDENTIFICAÇÃO DO UTILITE

Nome : [Redacted] Nº Utilite : Nº Processo : 10021

ITEMS A AVALIAR

- UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA
- EDIFÍCIO RESIDENCIAL
- ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
- ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
- PRESTADOR DE CUIDADOS
- OUTRAS SITUAÇÕES**

OUTRAS SITUAÇÕES

Observações

Registrado por: Data: 09-02-2024 Hora: 13:48

POR PROGRAMA

Serviço: USF SAO MIGUEL Nº Contacto: 9020586 Processo Familiar

Processo Familiar Habitação

Processo Familiar

Habitado

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Estado Civil	Profissão	Endereço	Telefone	Outros
[Redacted]	M	09/02/1977	Casado	Trabalha no comércio	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Habitado

Regime de alojamento

Regime de alojamento: [Redacted]

Características da habitação

Características da habitação: [Redacted]

Outros dados

Outros dados: [Redacted]

Processo Familiar Escala de Graffar

Processo Familiar

Ciclo de Vida de Duvall

[illegible]

Processo Familiar Tipo de Família

Processo Familiar

Nome: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Nome	Data Nascimento	Sexo	Parentesco	Endereço Família	Endereço Contato	Telefone Contato	CPF	RG	Outros
[REDACTED]	12-04-1980	Masculino	CONJUGE TITULAR	DANIELA NEVES	MARGARIDA SILVA	244	7	132	
[REDACTED]	19-04-1957	Masculino	CONJUGE DO PRIMEIRO TITULAR	DANIELA NEVES	MARGARIDA SILVA	244	7	132	

☐ Instância
☐ Gráfico
☐ C. D. Social
☒ Tipo de Família
☐ Risco Familiar Garcia-Gonzalez
☐ Risco Familiar Segundo Dineen

☐ Unitária - Só 1 elemento
☐ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
☐ Alargada - Avós, pais e filhos
☐ Reconstituída - Nova união após reorganização
☐ Nuclear - Casal com ou sem filhos
☐ Outras

Processo Familiar Escala Risco Familiar Garcia-Gonzalez

Processo Familiar

Nome: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Nome	Data Nascimento	Sexo	Parentesco	Endereço Família	Endereço Contato	Telefone Contato	CPF	RG	Outros
[REDACTED]	12-04-1980	Masculino	CONJUGE TITULAR	DANIELA NEVES	MARGARIDA SILVA	244	7	132	
[REDACTED]	19-04-1957	Masculino	CONJUGE DO PRIMEIRO TITULAR	DANIELA NEVES	MARGARIDA SILVA	244	7	132	

☐ Instância
☐ Gráfico
☐ C. D. Social
☒ Tipo de Família
☒ Risco Familiar Garcia-Gonzalez
☐ Risco Familiar Segundo Dineen

☐ Família composta por pais jovens e por filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
☐ Família cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que pelo menos metade dos filhos estejam sujeitos a insegurança social.
☐ Família que existam em excesso os sintomas de violência de família.
☐ Família cuja membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um fator de risco comum duradouro, sério ou recorrente.
☐ Família nos quais um membro seja centro de atenção dos outros e que por isso ofereça as condições ideais para o desenvolvimento de um risco que não é social, por exemplo, etc.
☐ Família que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitos a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doença, embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

Pontuação: [REDACTED]

#

5. Registro da entrada abastecimento de água

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome:

abastecimento de água

Registrar Entrada:

PARAMETROS DA ESCALA

Descrição	Valor
Tipo de abastecimento de água para consumo	Rede pública
Controle de qualidade de água na rede pública	SIM
Serviço de tratamento de resíduos	Não possui

GRUPOS DE ÁGUA

Grupo de abastecimento de água

TIPO DE GRUPO

- R TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO
- M QUALIDADE DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA NA REDE PÚBLICA
- SERVIÇOS DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS

GRUPOS DE ÁGUA

Descrição	Valor
Sistema de abastecimento de água	

Nome total:

[illegible]

Região de escuta animalDomestico_cotizaciono

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome:

Matrícula:

Nome Domestico_cotizaciono

Região Escuta

1º Cliente:

2º Processado: 1907

Data: 16-02-2023 Hora: 16:05

USUÁRIO

Domestico_cotizaciono

ITEMS DO GRUPO

- DEPARAÇÃO DO ANIMAL DOMESTICO
- IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL DOMESTICO
- SERVIÇOS DA COMANDO

PARÂMETROS DA ESCALA

Nome	Valor
Deparação do animal domestico	
Identificação do animal domestico	100
Serviços da comanda	100

GRUPO DE NOTAS

Nome

Conteúdo

Nome Total

Processos de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO
Nome: Rita

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Diagnóstico

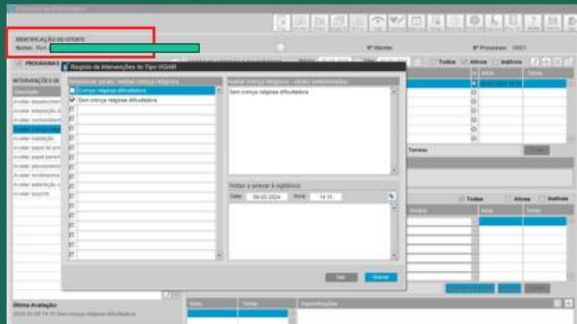
Intervenção

Data

Última Atualização

2024-02-09 14:12:03

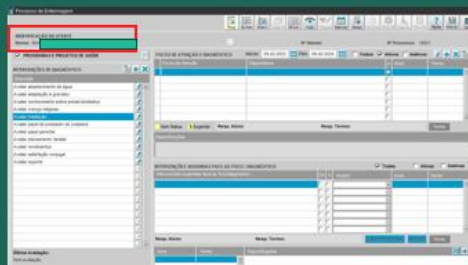
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Crença Religiosa



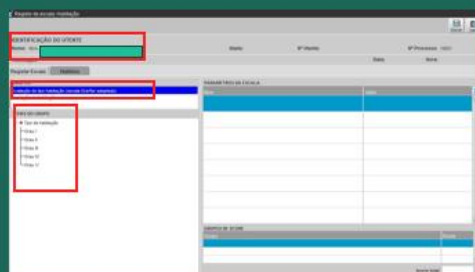
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Crença Religiosa



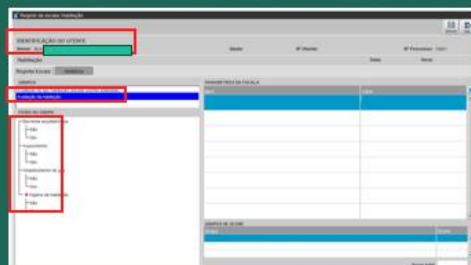
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Habitação



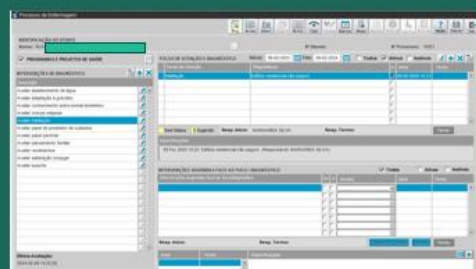
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Habitação



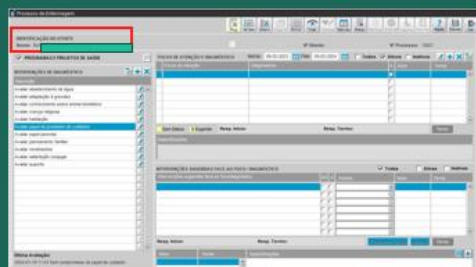
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Habitação



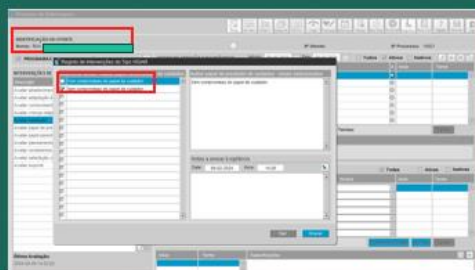
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Habitação



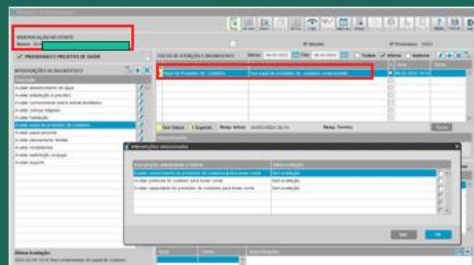
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Papel de Prestador de Cuidados



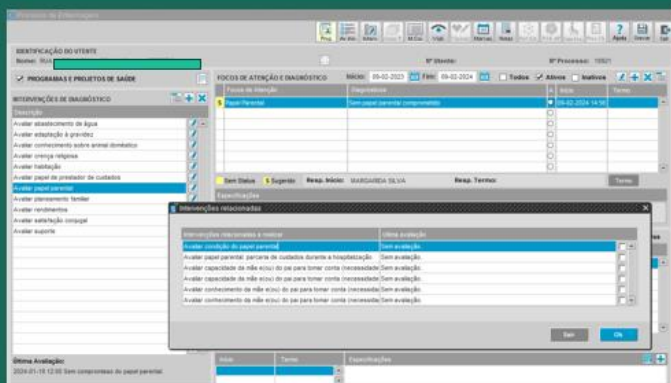
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Papel de Prestador de Cuidados



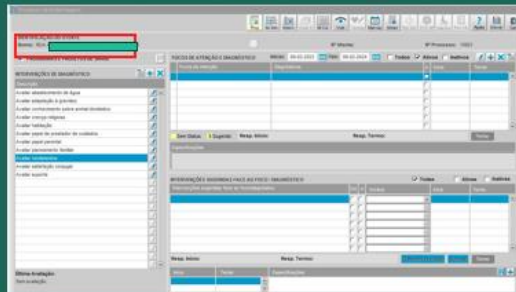
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Papel de Prestador de Cuidados



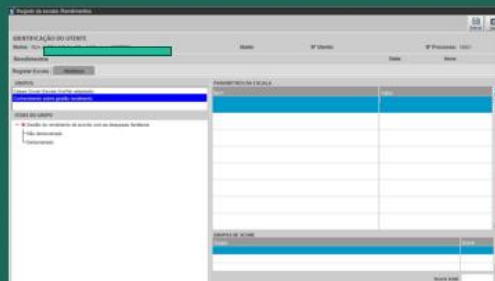
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Papel Parental



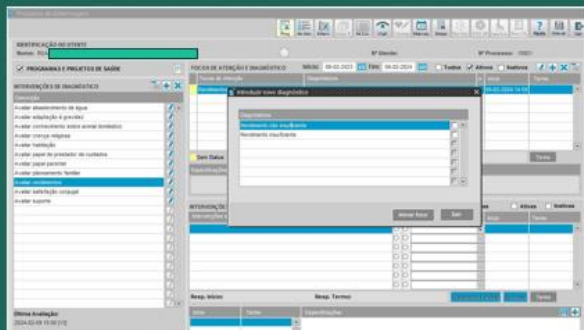
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Rendimentos



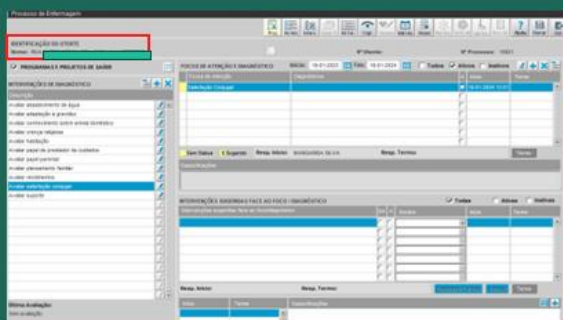
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Rendimentos



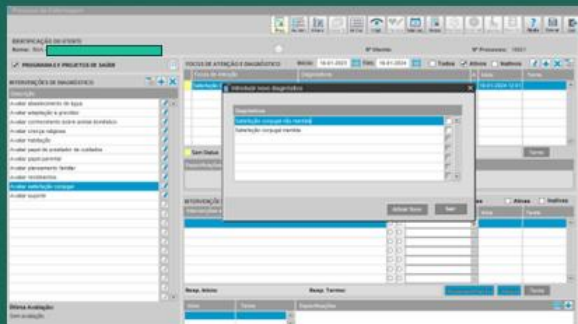
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Rendimentos



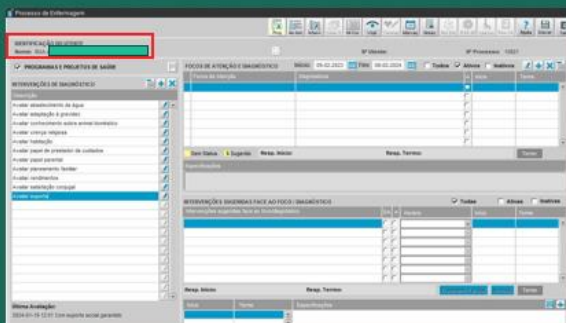
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Satisfação Conjugal



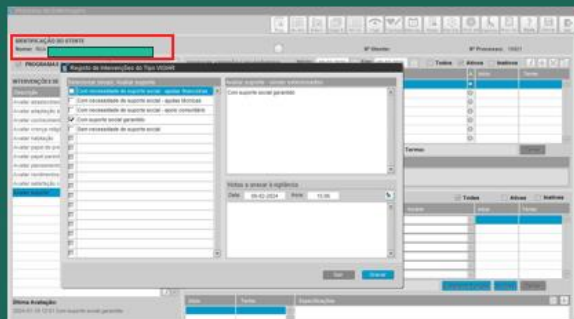
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Satisfação Conjugal



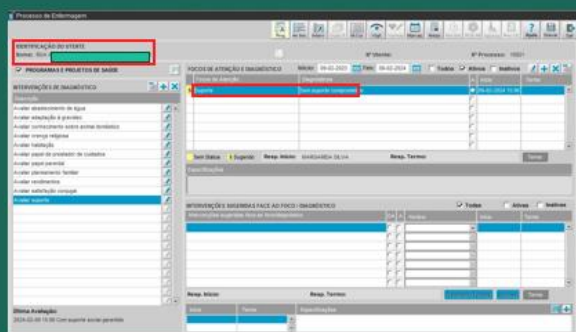
Intervenções de Diagnóstico Avaliar Suporte



Intervenções de Diagnóstico Avaliar Suporte



Intervenções de Diagnóstico Avaliar Suporte



Importância dos Registos no Processo Familiar

- Permite avaliar as forças e recursos do sistema familiar nas diferentes fases do ciclo vital da família, permitindo assim a sua potencialização;
- Facilita a prestação de cuidados à família assentes na evidência;
- Utiliza uma linguagem universal admitindo avaliar o resultado dos cuidados prestados à família;

Importância dos Registos no Processo Familiar

- Facilita a continuidade dos cuidados à família;
- Apoia a formação e a investigação no âmbito da saúde familiar;
- Permite a monitorização indicadores de avaliação em enfermagem.

Importância dos Registos no Processo Familiar

- É pelos registos que demonstramos o que fazemos;
- É com os registos que surge a oportunidade de, através dos indicadores gerados, sensibilizar para a complexidade da nossa profissão;
- É também através dos registos que podemos contribuir para a valorização da enfermagem.

Obrigada a todos pela vossa
colaboração neste estágio

Obrigada pela vossa atenção nesta formação.



Anexo X - Questionário da avaliação da sessão de formação

Questionário da avaliação da sessão de formação

Classifique de acordo com a escala apresentada as seguintes questões, tendo em conta que 1 é muito insatisfeito e 5 é muito satisfeito.

Áreas	Avaliação				
Avaliação global da formação	1	2	3	4	5
De uma forma geral, qual o seu grau de satisfação com a sessão de formação apresentada					
Os objetivos propostos foram cumpridos					
A formação correspondeu às suas expectativas					
Conteúdos abordados	Avaliação				
Pertinência dos temas abordados					
Clareza dos temas abordados					
Tempo dedicado à abordagem dos temas					
Formadora	Avaliação				
Clareza na abordagem dos temas					
Domínio dos temas apresentados					
Contribuiu para a motivação dos participantes					
Recursos de apoio à formação	Avaliação				
Qualidade do suporte pedagógico utilizado					
Duração da formação					
Horário da sessão					

Comentários ou sugestões adicionais

Anexo XI - Certificado de Participação - NursID Spring School 2023

NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Margarida Isabel Monteiro de Castro Silva** participou no **NursID Spring School 2023**, realizado de 8 a 12 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

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

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Av. da Universidade 301 - 4150-012 Porto, Portugal
T: +351 22 507 10 00 | F: +351 22 507 10 01 | E: geral@esep.upp.pt | www.esep.upp.pt

Anexo XII - Certificado de Participação - 1º Webinar do Projeto InfFUCI |
CIDNUR A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem

CERTIFICADO

Certifica-se que Margarida Monteiro participou no 1º Webinar do Projeto InfFUCI | CIDNUR **A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem**, que se realizou no dia 9 de janeiro de 2023, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo XIII - Certificado de Participação - 2.º Seminário Enfermagem Saúde
Familiar, ACES Maia/Valongo

2º Seminário Enfermagem Saúde Familiar

ACES Maia/Valongo



A direção do ACeS Maia/Valongo e as presidentes do 2.º Seminário em Enfermagem Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo, realizado nos dias 21 e 22 de setembro de 2023, certificam que:

Margarida Isabel Monteiro de Castro Silva

participou no supracitado seminário, com a duração total de 16 horas.

J. Nunes Cristina Mendes D. Pacheco