

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR, EM FAMÍLIAS COM ELEMENTO
IDOSO PORTADOR DE DPOC (DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA
CRÓNICA)**

**Relatório de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na
área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Carina Cunha | 3280

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR, EM
FAMÍLIAS COM ELEMENTO IDOSO PORTADOR
DE DPOC (DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA
CRÓNICA)

FAMILY ASSESSMENT AND INTERVENTION IN
FAMILIES WITH ELDERLY PEOPLE WITH COPD
(CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)

Estágio profissional de natureza profissional
orientado pela Mestre Ana Isabel Vilar e
coorientado pela professora Doutora Fátima
Araújo.

Carina Isabel Sousa Cunha

Porto, 2024

“Não tenhamos pressa, mas não percamos tempo.”

José Saramago

DEDICATÓRIA

Dedico este documento à minha família.

AGRADECIMENTO

Com o culminar deste percurso, só ganha sentido se for partilhado. Quero aqui demonstrar o quanto estou grata a todos os que de alguma forma permitiram a sua concretização.

À professora Ana Isabel Vilar, orientadora deste relatório de estágio, pela amizade, ensinamentos, incentivo e paciência com que acompanhou este longo processo. À Professora Doutora Fátima Araújo, coorientadora do presente trabalho, pela disponibilidade, rigor e amabilidade sempre demonstrada. A ambas agradeço por acreditarem em mim, por me mostrarem opções de caminhos e apoiarem as minhas escolhas.

À Sra. Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo pela orientação e disponibilidade enquanto coordenadora do curso. Por me ter feito apaixonar ainda mais pela ESF.

Ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde, nomeadamente à Direção de Enfermagem, pelas disposições que tornaram possível este estágio.

À Sra. enfermeira Amélia Tomás, pela disponibilidade e motivação.

À equipa multiprofissional da USF que me acolheu neste percurso, pela colaboração, reforço positivo e disponibilidade demonstrada.

Ao enfermeiro tutor, pela sua simpatia, motivação e dedicação e envolvimento neste processo enquanto tutor de estágio e colega.

À Lígia, companheira nesta batalha, pela amizade, caminho, partilha, crescimento conjunto e motivação nos momentos mais sinuosos deste percurso.

E, como não poderia faltar, à minha família, imprescindíveis nos momentos difíceis;

Aos meus filhos Bárbara e João, por todo o amor que me transmitem transformado em força e motivação;

Ao Ismael, meu marido, por todo o apoio, paciência, compreensão e amor.

À minha família, por compreender a importância deste caminho para mim. Em especial, à minha mãe e ao meu pai, pelos valores transmitidos e educação, pela confiança, compreensão e amor absoluto.

À minha irmã, pelo apoio e força transmitida.

Por último, a todas as famílias envolvidas no percurso. A todos, um muito obrigado, sou abençoada por vos ter do meu lado.

RESUMO

O presente relatório reporta o desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF) e a sua elaboração promoveu a reflexão crítica sobre o percurso realizado, no âmbito da componente clínica da realização do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. A elaboração deste relatório teve como objetivo apresentar e descrever as atividades desenvolvidas, apoiadas em modelos teóricos de enfermagem, evidenciando o processo de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em ECESF. Para a concretização do desenvolvimento de competências foram definidos os seguintes objetivos: prestar cuidados a famílias com membro idoso portador de DPOC, enquanto unidade de cuidados bem como dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção e, promover a liderança e a colaboração em processos de intervenção de saúde familiar.

O recurso à evidência científica, ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como referencial teórico e operativo, e à Teoria das Transições, permitiu identificar as forças, os recursos e as necessidades das famílias sensíveis ao exercício do Enfermeiro Especialista em ECESF, bem como compreender as propriedades da experiência de transição individual em situação de saúde ou de doença. Foram utilizados instrumentos para a avaliação familiar e dos seus membros, permitindo elaborar um processo de cuidados individualizado com o objetivo de modificação positiva dos diagnósticos de enfermagem. Considerando o processo de Enfermagem, foram desenvolvidas consultas neste âmbito a seis famílias com membro idoso portador de DPOC que permitiram a avaliação e a intervenção familiar e individual. As intervenções realizadas originaram ganhos em saúde nestas famílias a partir da capacitação para a mobilização dos seus recursos e forças. No âmbito dos processos de intervenção que visaram a gestão, articulação e mobilização de recursos para a prestação de cuidados, evidencia-se o contributo para a promoção de uma cultura organizacional, sustentada na formação, prática e investigação. Outros contributos significativos surgiram por meio do processo formativo facultado aos enfermeiros relativo à ESF, bem como, o trabalho desenvolvido com a equipa multiprofissional na reestruturação do PAI, no âmbito da DPOC. A reflexão sobre as atividades desenvolvidas permitiu o desenvolvimento das competências, comuns e específicas, e a atual evidência científica, auxiliaram na prestação de cuidados à família.

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Familiar, Pessoa Idosa, DPOC

ABSTRAT

This report reports on the development of skills in Community Nursing in the area of Family Health Nursing (ECESF) and its preparation promoted critical reflection on the path taken, within the scope of the clinical component of the Master's Degree in Community Nursing in the area of Nursing of Family Health, from the Porto Superior School of Nursing. The objective of preparing this report was to present and describe the activities developed, supported by theoretical nursing models, highlighting the process of developing common skills of specialist nurses and specific skills of specialist nurses in ECESF. To achieve the development of skills, the following objectives were defined: providing care to families with an elderly member with COPD, as a care unit as well as its members, throughout the life cycle and at different levels of prevention and, promoting leadership and collaboration in family health intervention processes.

The use of scientific evidence, the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) (Figueiredo, 2012) as a theoretical and operational framework, and the Theory of Transitions, allowed us to identify the strengths, resources and needs of families sensitive to the exercise of the ECESF Specialist Nurse, as well as to understand the properties of the individual transition experience in a health or disease situation. Instruments were used for the evaluation of the family and its members, allowing the elaboration of an individualized care process with the objective of positive modification of nursing diagnoses. Considering the nursing process, consultations were developed in this context with six families with elderly members with COPD, which allowed for family and individual assessment and intervention. The interventions carried out resulted in health gains in these families from the training for the mobilization of their resources and forces. Within the scope of the intervention processes aimed at the management, articulation and mobilization of resources for the provision of care, the contribution to the promotion of an organizational culture, based on training, practice and research, is evidenced. Other significant contributions emerged through the training process provided to nurses related to the FHS, as well as the work developed with the multidisciplinary team in the restructuring of the IAP in the context of COPD. The reflection on the activities developed allowed the development of common and specific skills, and the current scientific evidence, helped in the provision of care to the family.

Keywords: Family Health Nursing, Elderly, COPD

CHAVE DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

AVD's - Atividades de vida diárias

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

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM - Diabetes mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EECESF - Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem saúde familiar

EF - Enfermeiro de Família

EFS – Entrevista Familiar Sistémica

ESF - Enfermagem de saúde familiar

FRCV – Fatores de Risco Cardiovasculares

HTA - Hipertensão arterial

IDG – Índice de desempenho global

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção na Família

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MECESF - Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar

MF - Médico de Família

MIM@UF - Módulo de Informação e monitorização das Unidades Funcionais

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

OMS - Organização mundial de saúde

PAI - Planos de acompanhamento interno

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RNU - Registo Nacional do Utente

SC - Secretário Clínico

SCP – Supervisão Clínica de Pares

SI – Sistema de Informação

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidades Locais de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	27
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	36
2.1. A Família como foco dos cuidados de enfermagem	36
2.2. A Família em transição acidental	41
2.3. A Família com elemento idoso portador de DPOC.....	44
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA.....	48
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados.....	48
3.1.1. Recursos utilizados na Prestação de Cuidados	49
3.1.2. Descrição da prestação de cuidados às famílias.....	55
3.1.2.1. Família A.....	57
3.1.2.2. Família B.....	77
3.1.2.3. Família F	87
3.2. Ganhos em saúde resultantes da prestação de cuidados às famílias	95
3.3. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	98
3.3.1. Articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.....	99
3.3.2. Gestão do sistema de cuidados de saúde familiar aos diferentes níveis de prevenção	101
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	116
CONCLUSÃO	123
BIBLIOGRAFIA	125
ANEXOS	143
ANEXO 1 – Prestação de cuidados às famílias	

ANEXO 2 – Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™– CAT)

ANEXO 3 – Mapeamento dos Indicadores do MDAIF

ANEXO 4 - Recursos da autarquia utilizados nas famílias em estudo

ANEXO 5 - Questionário sobre programa de “Saúde da Família”

ANEXO 6 – Ação de formação - Documentação no programa “Saúde da Família” - Estudo de Caso

ANEXO 7 – Plano de secção da formação - Documentação no programa “Saúde da Família” - Estudo de Caso

ANEXO 8 - Questionário de Avaliação da Ação de Formação

ANEXO 9 - Grelha de análise de documentação no programa “Saúde Da Família”

ANEXO 9 - Escala de Zarit

ANEXO 10 – Escala do autocuidado FADA (versão reduzida)

ANEXO 11 – Índice de Barthel

ANEXO 12 - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

ANEXO 13 - APGAR Familiar de Smilkstein

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF disponível no aplicativo BICSP (maio 2023) .	29
Figura 2 – Pirâmide etária da lista de utentes do ET.....	31
Figura 3 – Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação	40
Figura 4 -- Genograma da família A	57
Figura 5 – Ecomapa da família A.	58
Figura 6 – Genograma da Família B.....	77
Figura 7 – Genograma da família F.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - O TOP 5 dos problemas da lista do ET	32
Tabela 2 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família A, por dimensões de avaliação	59
Tabela 3 - Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para C.	76
Tabela 4- Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família B, por dimensões de avaliação	80
Tabela 5- Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para B.	85
Tabela 6- Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família F, por dimensões de avaliação	88
Tabela 7 - Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para F.....	94
Tabela 8 - Taxa de avaliação familiar das dimensões de avaliação relativas às seis famílias.	95
Tabela 9 - Taxa de prevalência dos diagnósticos de enfermagem.....	96
Tabela 10 - Ganhos em saúde como resultado da prestação de cuidados.....	97
Tabela 11 - Planeamento do processo formativo	106
Tabela 12 - Evolução dos Conhecimentos com o Processo Formativo	110

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do estágio de natureza profissional – módulo II integrado no Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar que decorreu de 18 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, fruto do desenvolvimento de um projeto desenvolvido na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I, de 27 de abril de 2023 a 30 de junho de 2023, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), integrada na Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal. Este documento, tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas, por sustentação teórica e reflexão crítica sobre as práticas, evidenciando o processo de desenvolvimento de competências comuns e competências específicas do Enfermeiro.

Em Portugal com a Lei nº 56/79, de 15 de setembro, criou-se o Serviço Nacional de Saúde (SNS), caracterizado por ser uma rede de cuidados integrados de saúde que defende a universalidade, a globalidade e a gratuitidade. Com a sua reforma, que se mantém até aos dias de hoje de uma forma constante, e posteriormente com a implementação das USF, os cuidados com foco na família emergiram com maior impacto na sociedade e veio progressivamente a ser notado. Foi neste contexto que o Decreto-Lei 88/2005, de 3 de Junho, ripristinou o Decreto-Lei 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, reestruturando-os em unidades funcionais, com especial ênfase para as USF. Com o DL nº 298/2007, de 22 de agosto, a implementação das USF enquanto estruturas constituídas por uma equipa multiprofissional, prestadoras de cuidados de saúde personalizados a uma população determinada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados. (Ministério da Saúde, 2007a). Este modelo, em vigor desde 1998, permitiu, após várias avaliações, identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade dos cuidados prestados, com satisfação para os utilizadores e para os profissionais (DL nº 298/2007, de 22 de agosto).

Com o objetivo de introduzir alterações ao regime das USF, o DL nº 73/2017, de 21 de junho, pretendeu introduzir alterações no regime de extinção das USF, sempre que esteja em causa o

incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso, por outro lado, procedeu à alteração das condições e dos critérios de atribuição e forma de pagamento dos incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos (Ministério da Saúde, 2017). Neste âmbito, a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) encontrou a sua oportunidade e surgiu como campo de atuação autónomo e diferenciado da Enfermagem Comunitária. Em 2014, com o DL nº 149/2014, de 5 de agosto, foi enfatizada a importância da figura do enfermeiro de família e os contributos prestados pelos mesmos na promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Assim, foram elencadas as unidades prestadoras de cuidados de saúde que integram o SNS em agrupamentos de centros de saúde (ACES), tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população tendo em conta a área geográfica, detendo autonomia administrativa (Ministério da Saúde, 2007a).

O funcionamento do SNS, aprovado pelo DL nº 52/2022, introduz uma inovação ao prever a criação de uma Direção Executiva do SNS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro (Presidência do Conselho de Ministros, 2022b). Esta entidade assume a coordenação, na resposta assistencial das unidades de saúde do SNS, assim como das unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), com a finalidade de assegurar o seu funcionamento em rede. Distingue-se da função do Ministério da Saúde, ao qual compete a condução da política nacional de saúde e responsabilidades específicas relativas ao SNS; da função da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), de que a missão passa pelo planeamento e gestão de recursos financeiros, planeamento de recursos humanos e da rede de instalações e equipamentos; e da função das ARS, IP, cuja missão foca-se no planeamento regional dos recursos promovendo a coesão territorial, deixando de incluir a prestação de cuidados (Presidência do Conselho de Ministros, 2022a). Assim, com o DL nº103/2023, de 7 de novembro, é promovida uma política de recursos humanos que valorize a dedicação plena como regime de trabalho dos profissionais de saúde do SNS. A reforma dos cuidados de saúde primários que se iniciou em 2005 traduziu-se em enormes e inquestionáveis benefícios para a população, no entanto, já passaram quase duas décadas, e foi premente a necessidade de alterar, ainda que pontualmente, o regime atualmente em vigor, destacando-se, nesse âmbito, como principais inovações, a forma de constituição da lista de utentes, a qual passará a ponderar, e a ser proporcionalmente ajustada, ao risco individual de cada utente, privilegiando, desse modo as populações vulneráveis, que, naturalmente, têm maiores e mais complexas necessidades em saúde. Simultaneamente,

procede-se ao alargamento do regime remuneratório e de incentivos, anteriormente previsto para as USF modelo B, a todos os profissionais que integram as USF. As USF passam a poder ser organizadas de acordo com os seguintes modelos: USF B e USF C, abolindo todas as USF A.

Considerando as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), e tendo a família como unidade de cuidados, o enfermeiro deverá promover a sua capacitação focando-se na família como um todo e em cada um dos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Relativamente às Competências Específicas do EEECESF, estão definidas em regulamento próprio e são designadamente: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

A família é formada por indivíduos que se unem em virtude de relações afetivas, manifestando relações complexas, mutáveis e intrinsecamente ligadas ao contexto, é percebida como uma unidade dinâmica com a capacidade intrínseca de autodeterminação e auto-organização ao longo de seu desenvolvimento e torna-se essencial considerar quer as necessidades individuais de cada membro quanto a funcionalidade da família como um todo (Figueiredo, 2012). O envolvimento dos membros da família no processo de cuidados é fundamental para a saúde familiar, onde as inter-relações no sistema são um recurso de apoio para atingir o sucesso terapêutico (Freitas, et. al, 2020; Irani, 2019).

Como tal, dirigidos por um paradigma sistémico, os cuidados de enfermagem devem enfatizar as interações entre os membros da família (Figueiredo, 2012). Assim, os enfermeiros devem-se apropriar de um conceito claro de família (Wright & Leahey, 2012), derivando da utilização de uma estrutura de avaliação familiar que apoie na organização das suas forças e necessidades, proporcionando assim um caminho para o planeamento e ajuste da intervenção com base nas teorias das ciências sociais da família e das teorias de Enfermagem (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012). Figueiredo (2012), no desenvolvimento do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) enquanto teoria de Enfermagem, veio oferecer perspectivas que se complementam para compreender os sistemas complexos e a interação das suas partes. Com a co-construção do MDAIF, Figueiredo (2012) pretendeu responder àquelas que eram as necessidades sentidas pelos enfermeiros face aos cuidados às famílias,

considerando a imprescindibilidade de uniformizar os conteúdos no âmbito da ESF. Este referencial teórico e operativo possui uma matriz operativa que pretende ser orientadora da prática de Enfermagem de saúde familiar.

O envelhecimento demográfico está a acontecer gradualmente em todo o mundo e Portugal enquadra-se neste cenário. De acordo com os Censos realizados em 2021, 20,6% da população portuguesa são idosos com 65 ou mais anos, sendo o Índice de longevidade em 2022 de 48,7 % (INE, 2023). Efetivamente o envelhecimento e as doenças que lhe estão associadas, contribuem para limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando as pessoas gradualmente dependentes dos outros, frequentemente dos familiares (DGS, 2017a). A prevalência de doença crónica ou de problemas de saúde prolongados afetou 43,9% da população com 16 ou mais anos em 2021 (INE, 2022). Enquadrando a DPOC, como doença crónica, esta tem vindo a ser, ao longo dos anos, uma importante causa de morbilidade e mortalidade, constituindo uma das três principais causas de morte a nível mundial (Halpin et al., 2021). Estima-se que cerca de 210 milhões de pessoas a nível mundial sofram de DPOC, das quais mais de 60 milhões com DPOC moderada a grave (DGS, 2019). A prevalência da DPOC aumenta consideravelmente com o envelhecimento (Bárbara et al., 2013).

Tendo em consideração a pertinência da temática deste relatório que está subjacente ao processo de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem de saúde familiar, foi utilizado como referencial teórico o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) na avaliação e intervenção das famílias com membro idoso portador de DPOC. Este Relatório visa a apresentação e descrição das atividades desenvolvidas, acompanhada por uma reflexão e interpretação do seu contributo para o desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECESF), suportada pelo pensamento teórico de Enfermagem.

Com o objetivo de facilitar a leitura, este relatório foi dividido em quatro capítulos: o primeiro capítulo, a caracterização do contexto clínico onde foram desenvolvidas as atividades. O segundo capítulo, o enquadramento teórico para fundamentar e justificar as necessidades identificadas nas famílias, o terceiro capítulo, com descrição das atividades da componente clínica e quarto capítulo com uma análise sobre o contributo das atividades para o desenvolvimento das competências em ECESF. A conclusão descreve uma síntese do percurso formativo e profissional desenvolvido na componente clínica do curso.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A USF, aonde foram realizados os estágios I e II, é uma unidade funcional integrante numa ULS. A ULS, E. P. E. (ULS, E. P. E.), “é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial” (Anexo III ao Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro, capítulo 1 artigo 1º). Os CSP assumem de forma inegável um papel de liderança, que é reforçada pelos valores da equidade, solidariedade e universalidade (Ministério da Saúde, Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro, 2007). As USF’s formam um modelo organizacional acessível e flexível e as funções de gestão e de execução tendem a fundir-se ao nível operativo, sendo que os modelos organizativos têm um compromisso assistencial nuclear, carteira básica de serviços. Este compromisso elucida o que deve obrigatoriamente ser contratualizado no que respeita à Enfermagem e à Medicina Geral e Familiar, nomeadamente um núcleo base de serviços clínicos que engloba a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença de um âmbito geral, na saúde da mulher, do recém-nascido, criança e adolescente e na saúde do adulto e do idoso; cuidados em caso de doença aguda; acompanhamento em caso de doença crónica ou patologia múltipla; cuidados ao domicílio; interligação e colaboração com outros serviços, setores e níveis de diferenciação. Torna-se igualmente preponderante o desenvolvimento profissional contínuo para o sucesso e manutenção da qualidade dos serviços prestados às famílias, pelo que a USF deve ter espaço para a formação contínua dos seus profissionais (Ministério da Saúde, Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro, 2007).

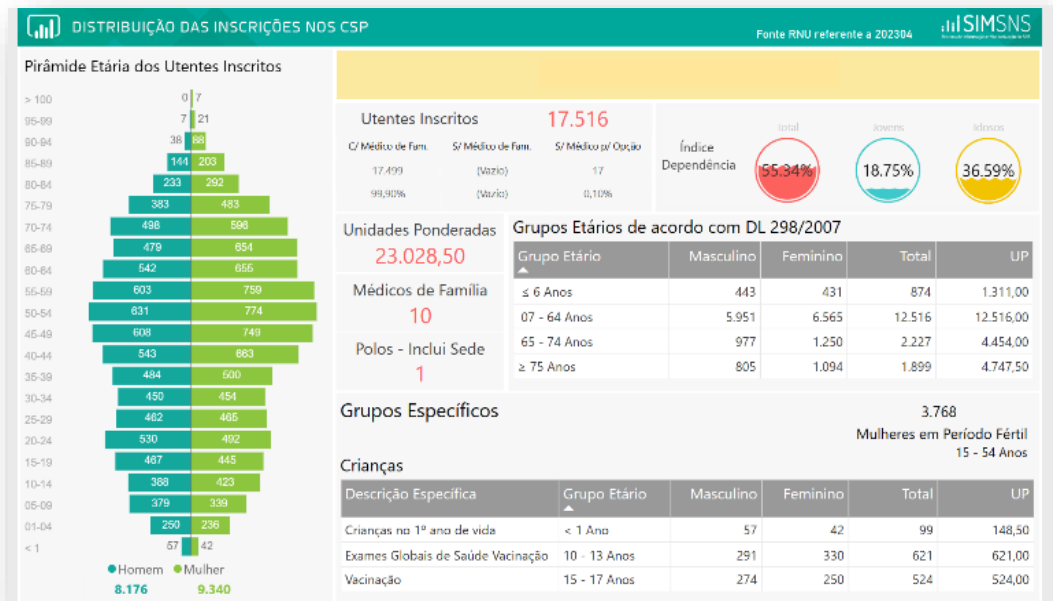
Relativamente ao processo de contratualização das USF deve ser pautado por níveis coerentes entre a exigência e a exequibilidade, sendo a gestão por objetivos uma consequência deste processo implicando que, aos mecanismos de avaliação, sejam acoplados incentivos para os profissionais que integram as equipas de saúde (Ministérios das Finanças e da Saúde, Portaria n.º 377-A/2013 de 30 de setembro, 2013). O modelo de contratualização criado para as USF modelo A já previa a existência de incentivos institucionais, sendo que a Portaria nº301/2008, de 18 de abril, regulamenta, igualmente, a atribuição de incentivos financeiros dependentes da

concretização de metas contratualizadas e relacionadas com atividades que decorrem diretamente da vigilância não da família, mas do indivíduo. Integraram, ainda, o IDG que corresponde ao valor resultante da soma do grau de cumprimento ajustado a cada indicador, e um conjunto de novos indicadores de contratualização e monitorização das USF (Ministérios das Finanças e da Saúde, Portaria n.º 377-A/2013 de 30 de setembro, 2013). Entre a USF e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) são contratualizados doze indicadores comuns a todas as USF, definidos de três em três anos pela ACSS, IP e que passam pela análise de áreas como o acesso, o desempenho assistencial, a satisfação dos clientes e eficiência, Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários a nível Nacional; quatro indicadores são selecionados pela Administração Regional de Saúde, IP (ARS, IP), a cada três anos e igualmente comuns a todas as USF, em termos de acesso e/ ou desempenho assistencial; dois indicadores são selecionados pelos ACeS, a cada três anos e específicos de cada USF, no que respeita a acesso e/ ou desempenho assistencial; por último, quatro são indicadores propostos por cada USF para o triénio, relacionados com acesso e/ ou desempenho assistencial (Ministérios das Finanças e da Saúde, Portaria n.º 377-A/2013 de 30 de setembro, 2013).

A USF onde decorre o estágio tem um total de utentes inscrito de 17516 (BI CSP, 21/05/2023). Tendo o concelho onde está inserida a USF uma área total de 62,42 km, 172557 habitantes em 2021 e uma densidade populacional de 2.764 habitantes por km², subdividido em 4 freguesias. Em 2019, a população residente representa 10% da população da Área Metropolitana do Porto (AMP) e coloca o concelho, no segundo concelho mais densamente povoado da AMP (2.801,50 habitantes por m²), a seguir ao Porto (Rede Social, 2020). A USF foi constituída ao abrigo do despacho normativo n.º10/2007, de acordo com o Decreto-Lei 73/2017 de 16 de Agosto que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF's, tendo iniciado atividade a 1 de Julho de 2010. O projeto nasceu do contexto de um CS convencional de grandes dimensões. Inserido na ULS, mas que em termos organizacionais apresentava potencial para melhoria. Devido à carência de recursos humanos, face a uma população suburbana em permanente crescimento, dadas as pressões urbanísticas da área de influência em que se insere, foi sentida a necessidade de pensar uma forma de organização que garantisse a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, assegurando também a satisfação ao grupo dos profissionais que se propuseram avançar com o projeto de mudança, alicerçado num trabalho de equipa (Silva, 2010).

A equipa multidisciplinar da USF é constituída por 26 profissionais: 10 médicos, 9 enfermeiros e 7 secretários clínicos. A equipa está estruturada em 10 equipas compostas por um Médico de Família (MF), um Enfermeiro de Família (EF) e um Secretário Clínico (SC). A 10ª lista é distribuída pelos 9 enfermeiros, mantendo o conceito e continuidade de cuidados. A cada uma destas equipas multidisciplinares está atribuída uma lista de utentes/famílias. A prestação de cuidados a estes utentes compreende a vigilância, promoção da saúde e prevenção e tratamento da doença nas diversas fases de vida, a interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de gerir a saúde do cidadão. Em consonância com o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, explicitado no DL 298/2007, art. 4º, a USF, tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à sua população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. A visão assenta, numa unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características das populações, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na vontade empreendedora dos profissionais e, ainda, no cumprimento das normas de ética e deontologia profissionais. Os seus valores são: Conciliação, Cooperação, Solidariedade, Autonomia, Articulação, Avaliação, Gestão participativa, a Disponibilidade, a Equidade, o Espírito de Equipa, a Excelência e o Respeito pela Pessoa (Silva, 2010). De acordo com os dados obtidos da plataforma BI-CSP do SNS a 23 de maio de 2023, podemos verificar a constituição da USF, dentro da sua área de influência (Figura 1).

Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF disponível no aplicativo BICSP (maio 2023)



Verifica-se uma pirâmide mais alargada no topo, refletindo um aumento da população idosa. Sendo que, nas últimas décadas em Portugal, entre 2009 e 2019 tornou-se mais acentuado o duplo envelhecimento demográfico, compatível com o estreitamento da base e alargamento do topo. De facto, o número de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) aumentou em 350.028 pessoas, o número de jovens diminuiu em 221.008 pessoas e o número de pessoas em idade ativa (com idades entre os 15 e os 64 anos) também diminuiu, em 406.590 pessoas (DGS, 2017a). Nos dados retirados do BI-CSP® a maio de 2023, podemos verificar que a população inscrita nesta unidade é de 17516 utentes exibindo uma pirâmide etária caracterizada por apresentar uma base retraída, acentuada abaixo de um ano, um alargamento do centro médio e superior e uma retração no topo. Podemos observar uma base da pirâmide mais retraída relativamente ao centro, podendo indicar o declínio da taxa de natalidade, análise idêntica àquela que é apresentada na pirâmide nacional. A população adulta tende a diminuir conforme a idade aumenta e no que respeita à população idosa é possível dizer que a expectativa de vida pode estar em decadência.

Para o ano de 2023/2024 estão contratualizados três planos de acompanhamento internos, no entanto faço apenas referência ao PAI pertinente para o meu projeto; PAI do DPOC - O presente PAI tem como principal objetivo melhorar a morbi-mortalidade dos utentes com DPOC, considerando melhoria na qualidade da vigilância dos utentes com DPOC no ACES.

Caracterização socio demográfica da lista de utentes do enfermeiro tutor (ET)

A caracterização da lista de utentes consistiu no estudo da população inscrita na lista do ET, do ponto de vista demográfico, socioeconómico, cultural e outros parâmetros clínicos que foram considerados importantes. Esta visão geral da lista dá conhecimento ao EF sobre o tipo de população à qual presta cuidados permitindo-lhe antecipar e enquadrar o padrão comportamental e epidemiológico dos mesmos. Assim, o EF poderá delinear estratégias de intervenção e trabalho mais precisas, visando o máximo de adequação e equidade na prestação de cuidados de saúde.

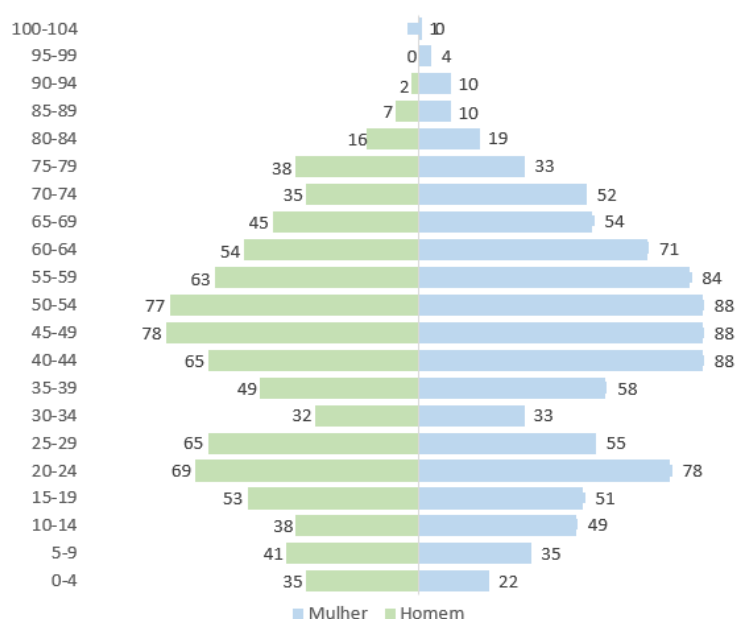
Foi analisada a lista de utentes do ET, era constituída por 1845 utentes, ou seja, 780 famílias à data da análise (maio de 2023). Para a Ordem dos Enfermeiros, cada EF deverá ter, em média, 350 famílias de uma determinada área geodemográfica, indo desta forma ao encontro de orientações emanadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A Norma para o Cálculo de

Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem da OE – recentemente aprovada em Assembleia Geral – indica como limite máximo o número de 1.550 utentes, garantindo, assim, segurança de cuidados para as famílias e dotações adequadas nos serviços (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Para extração dos dados recorreu-se ao SCLínico-CSP®, às aplicações internas e o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF). A análise e tratamento dos dados foi realizada através do programa Microsoft Office Excel (versão 2021).

Pirâmide etária da lista de utentes do Enfermeiro tutor

Em maio de 2023, a lista do ET era constituída por 1845 utentes, sendo 862 do sexo masculino e 983 do sexo feminino. A pirâmide etária, apresentada na figura 2, demonstra a distribuição dos utentes por sexo e grupos etários.

Figura 2 – Pirâmide etária da lista de utentes do ET.



Fonte: MIM@UF® (10/05/2023)

A idade mínima foi de 0 anos e a máxima de 102 anos, sendo a idade média de 44 anos e entre 45-49 anos o mais prevalente (166 utentes). Esta apresenta uma base mais estreita, representando redução das taxas de natalidade, já o topo é mais largo, indicando um aumento de esperança média de vida e, portanto, uma população envelhecida. De acordo com o índice de Sundbarg e Burgdöfer (1991), esta é uma pirâmide do tipo regressiva. Segundo o índice de Fritz (1991) e comparando o número de utentes entre os 0 e os 19 anos (324 utentes) com o

número de utentes entre os 30 e os 49 anos (493), esta pirâmide é classificada como envelhecida.

Patologias mais prevalentes na lista do ET

Foi efetuado um levantamento dos problemas de saúde mais prevalentes na lista de utentes do ET. A sua identificação é fundamental para a gestão dos cuidados e planificação das consultas de uma forma mais dirigida e adequada. A tabela 1 mostra as percentagens obtidas dos 5 problemas mais presentes.

Tabela 1 - O TOP 5 dos problemas da lista do ET

TOP	Problema de saúde	%
1º	Aumento ponderal <i>Excesso de peso</i> <i>Obesidade</i>	50,2%
2º	Alterações do metabolismo dos lípidos	25,9%
3º	Hipertensão com/sem complicações	22,7%
4º	Distúrbio ansioso/Estado de ansiedade	12,7%
5º	Problemas respiratórios <i>Rinite alérgica</i> <i>Asma</i> <i>DPOC</i>	12%

FONTE: SCLÍNICO, MIM@UF

Com esta avaliação, o ET pode perceber que tipo de intervenções preventivas poderá adotar e que complicações pode esperar dessas patologias. Os 5 problemas mais prevalentes na lista de utentes do ET são apresentados na tabela 1. Foram agrupados por problemas considerados complementares, permitindo assim uma visão mais completa e abrangente dos principais problemas.

Caracterização das 60 famílias

No presente subcapítulo é descrito a caracterização da amostra de 60 famílias de um total de 780 famílias da lista do ET. A recolha de dados foi realizada com objetivo de sustentar a escolha do tema do projeto e foi realizada, durante as consultas programadas do ET. Os dados recolhidos permitiram conhecer as características das famílias a nível estrutural, ou seja, a realização de um genograma que permitiu identificar o tipo de família, o ciclo vital e o subsistema familiar, o preenchimento da escala de *graffar* adaptada, permitindo identificar a classe social e o tipo de habitação e, por último, verificar as famílias com elementos portadores de uma doença. Estes dados são descritos em forma de percentagem.

Considerando o tipo de famílias, foi verificado que a família nuclear apresenta 58% das 60 famílias, a que mais se destacou. De seguida a família alargada (20%), família monoparental (13%), família unipessoal (7%) e família reconstruída (2%). O ciclo vital, segundo Relvas (1996), se apresenta por cinco etapas, nomeadamente formação do casal, filhos pequenos, filhos na escola, filhos adolescentes e filhos adultos. Das 60 famílias, destacou-se as famílias nucleares com filhos adultos com uma percentagem de 28%. De seguida, família com filhos adolescentes 15%, com filhos na escola (13%) e com filhos pequenos (7%). Relativamente ao subsistema, na amostra selecionada o subsistema parental teve a maior percentagem (17%), seguido do conjugal com (15%) e de seguida o subsistema fraternal com 2%.

Os elementos das famílias entrevistadas disponibilizaram-se para informar sobre a origem do rendimento, a escolaridade dos elementos da família, tipo de habitação e o local da residência. Esta informação permitiu preencher a escala de *graffar* adaptada e determinar a classe social em que a família se encontra, ou seja, classe alta (I), classe média alta (II), classe média (III), classe média baixa (IV), classe baixa (V) (Figueiredo, 2012). Foi possível verificar que na amostra de 60 famílias destacou-se a classe média (III) com 48% e de seguida a classe social média-alta (II) com 32%. A classe social média-alta (II) ficou representada com 15% e a classe baixa (V) apenas com 5%. Não tem nenhuma família na classe alta. Em relação ao tipo de habitação, 60% famílias apresentam uma habitação grau 3, de seguida 37% famílias com tipo de habitação grau 2. Apenas 3% das famílias apresentaram uma habitação tipo grau 4. Por fim, foram identificadas várias doenças em elementos das várias famílias, nomeadamente, a hipertensão (HTA), diabetes mellitus (DM), DPOC, Obesidade, arritmia cardíaca, dislipidemia, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Insuficiência cardíaca, epilepsia, rinite alérgica, demência, osteoporose, asma e perturbação depressiva. No entanto, as doenças mais prevalentes foram a HTA em 24%, em pelo menos um elemento da família, a dislipidemia em 10% e a DM em 7%. É de salientar, que das 60 famílias 8% tinha uma patologia do foro respiratório (3% rinite alérgica, 3% asma e 2% DPOC).

Das famílias identificadas 53% tinham pelo menos um elemento idoso, sendo que, 44% das famílias tinham um elemento idoso com alguma dependência. Do total de famílias com pelo menos um elemento idoso, 63% eram do sexo feminino e 38% eram do sexo masculino. Da caracterização realizado, foi possível perceber que 78% destes idosos detinham pelo menos um fator de risco cardiovascular (FRCV) modificável (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidade, Tabagismo e Dislipidemia), estes fatores são passíveis de intervenção podendo ser

prevenidos e corrigidos, adotando um estilo de vida mais saudável. O consumo de tabaco também entra no grupo de fatores de risco, associados a comportamentos prejudiciais à saúde, sendo na amostra das 60 famílias representado em 4% das famílias. Do total de idosos, 6% detinham perturbação depressiva e a DPOC estava presente em 7% do total de idosos, assim como a asma e doença cardíaca. Os tipos de famílias que continham pelo menos um elemento idoso, 50% era do tipo nuclear, 20% eram do tipo alargada, 15% era do tipo unipessoal e 15% pertenciam a família monoparental. Quanto aos subsistemas presentes, o conjugal pertencia a 50% das famílias e o parental a 9%. Também em 9% das famílias existiam conjuntos de dois ou mais subsistemas. No que respeita à etapa do ciclo vital, 78% pertenciam à etapa familiar com filhos adultos e 22% das famílias noutra etapa. No que respeita à escala de *graffar*, 50% destas famílias pertenciam a uma classe média, 25% à classe média-baixa e 25% à classe média-alta.

Considerando os dados relativos aos FRCV modificáveis presentes nos indivíduos idosos, foram analisados estes fatores em toda a amostra. Desta, 35% dos membros das famílias detinham pelo menos um FRCV modificável, correspondendo a 67 indivíduos. No que diz respeito ao sexo, 58% destes eram do sexo masculino, sendo que 40% tinham menos de 65 anos e 18% tinham idade igual ou superior a 65 anos. No sexo feminino, os FRCV modificáveis equivaliam a 42% da amostra, sendo que desta 16% tinham idade inferior a 65 anos e 25% tinham idade igual ou superior a 65 anos. Quando analisado o tipo de família a que pertenciam estes indivíduos, 40% pertenciam a uma família do tipo nuclear e 22% aos tipos de família monoparental e unipessoal. Em 9% dos casos, pertenciam a uma família do tipo unipessoal e em 2% pertenciam a famílias monoparental. No que diz respeito aos subsistemas familiares, 31% das famílias detinham mais do que um subsistema, seguindo-me a presença do subsistema conjugal em 27% das famílias e em 19% o subsistema parental. Em 25% das famílias não se aplicavam subsistemas. Face à etapa do ciclo vital, em 68% das famílias encontrava-se na fase VI e VII da etapa do ciclo vital e 30% estavam na etapa de família com filhos adultos. Quando aplicada a escala de *graffar*, 52% das famílias pertenciam a uma classe média, seguindo-se a classe média-baixa com 25%, a classe média com 17% e média-alta com 6%. As famílias com pelo menos uma mulher em idade fértil (38%), 2% correspondiam a famílias com pelo menos uma mulher grávida.

Em síntese, as características das 60 famílias que sustentaram a decisão do tema do projeto têm em consideração, 53% das famílias tinham pelo menos um elemento idoso. Destas famílias com pelo menos um elemento idoso, 63% tinham uma doença crónica associada, sendo 18% com

uma patologia do foro respiratório, onde inclui o DPOC representado em 7%. Estes dados confirmam que as doenças crónicas continuam a ser um problema de saúde na população abrangente pela USF. Tendo o enfermeiro de família como referência para os utentes do centro de saúde (CS), este deve organizar e rentabilizar os recursos e adequá-los às necessidades de saúde do indivíduo inserido numa família, este contribuirá perentoriamente na prevenção da doença e promoção da saúde individual, familiar e coletiva, acompanhando, também, a pessoa e a sua família no processo de gestão da doença crónica, da deteção precoce de doenças não transmissíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Face ao exposto, é premente, por um lado conhecer melhor a realidade dos cuidados prestados e, por outro, otimizar a assistência a estes utentes e respetivas famílias. Assim, no ACeS a dezembro de 2022 contabilizavam-se 2610 utentes com inscrição ativa, 188 na USF com diagnóstico de DPOC (Nina et al, 2023). De acordo com os dados da Matriz de Indicadores dos CSP, a avaliação do desempenho na dimensão “Doenças do Aparelho Respiratório” das UF do ACeS, concentra-se no registo do diagnóstico de patologias respiratórias e na proporção de utentes com DPOC com espirometria realizada em 3 anos. Além disso, é importante monitorizar outros indicadores relacionados ao estadiamento da DPOC e abordagem ao utente (ex: Classificação GOLD, Classificação ABE, vacinação, avaliar adesão e estão da terapêutica, etc.). Estes resultados mereceram uma reflexão por parte equipa multidisciplinar na tentativa de melhorar quer o seguimento das famílias com membro idoso portador de DPOC, os registos de dados e, neste sentido, a USF optou por criar um PAI na área da vigilância da pessoa com DPOC, onde incluíram todos os utentes com diagnóstico de DPOC.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico caracteriza-se pela definição de um tema ou de uma área de estudo, o seu domínio deverá ser delimitado de forma organizada no que se refere à formulação de ideias e à documentação científica alusiva a um conteúdo específico (Fortin, 2009). Assim, o presente capítulo pretende, por um lado, expor a evolução da ESF no seu domínio teórico, aliada à perspetiva sistémica e, por outro lado, explorar a evidência disponível sobre o papel do enfermeiro de família na prestação de cuidados de enfermagem às famílias com elemento idoso portador de DPOC.

2.1. A Família como foco dos cuidados de enfermagem

A palavra "família" descende do latim *famulus*, que tem como significado "escravo doméstico". Surgiu na Roma Antiga para representar um novo grupo social que surgiu entre as tribos latinas, quando inseridas na agricultura e na escravidão legalizada (Antunes, 2009). A família é composta por um grupo de pessoas que se juntam pela necessidade de ter uma relação afetiva e apresentam relações complexas, dinâmicas e contextuais (Figueiredo, 2012), Russell et al. (2018) observa a família como um grupo de indivíduos ligados por laços afetivos, que habitam no mesmo lar e com uma identidade singular. Para Hanson 2005, a família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. O International Council of Nurses (ICN) define família como: "grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes" (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015 p.143). Wright e Leahey (2011) defendem, que sobretudo interessa saber e respeitar que família, é quem a pessoa diz que é. A família é uma unidade sistémica, que assenta nos seus elementos e no ambiente externo. O sistema é o todo

que é maior que a soma das suas partes, pois as características do todo são mais complexas do que as suas partes. Por conseguinte o todo não é explicado sem as particularidades de cada indivíduo (Figueiredo, 2012; Fiorini & Guisso, 2016). Assim, o conceito de família tem sofrido várias alterações ao longo dos anos e obtendo diversas talhas nas diversas culturas.

Deparamo-nos atualmente com inúmeras definições de família, resultado das diferentes ciências que estudam a família, tais como psicologia, sociologia e economia. Estas têm contribuído para as transformações sofridas pelo conceito de família ao longo dos anos nas diferentes culturas. Família é um grupo de pessoas que têm um laço afetivo, biológico e/ou legal entre si. É comumente composta por pais, filhos e outros parentes próximos que vivem juntos ou mantêm laços estreitos. Desempenha um papel fundamental na sociedade, proporcionando suporte emocional, social e econômico aos seus membros (Frericks & Gurín, 2023). Por conseguinte, as estruturas das famílias sofreram alterações significativas e ao longo dos anos foram desenvolvidas novas configurações familiares que emergiram de alterações sociais. Estas situações promoveram o surgimento de outros tipos de família, como as famílias reconstituídas, monoparentais e unipessoais (Irueste et al., 2020). As uniões de duas pessoas com o mesmo género formam um casal enquanto tipo de família e, atualmente, é cada vez mais comum a escolha de não ter filhos e permanecer como casal (Irueste et al., 2020). Relativamente a outros tipos de família destaca-se a família alargada, institucional, comuna e nuclear (Figueiredo, 2012). Da família nuclear surge o ciclo vital familiar que, segundo Relvas (1996), divide-se por cinco etapas, nomeadamente: formação do casal, filhos pequenos, filhos na escola, filhos adolescentes e filhos adultos.

Apesar das inúmeras transformações ocorridas na família ao longo das últimas décadas, nomeadamente na sua estrutura e função, as famílias são determinantes no apoio à pessoa nos momentos de transição saúde/doença. A participação da família nos cuidados é reconhecida como essencial para o atendimento das suas necessidades e para o bem-estar de todos os membros. Neste sentido, providenciar cuidados centrados na família, com a articulação do enfermeiro nos cuidados e, desta forma, o conhecimento e a convicção de que a família é uma constante na vida de cada um dos seus elementos que, por sua vez, são afetados e igualmente afetam aqueles com quem têm relacionamentos, e ainda que, ao incluir as famílias no processo de cuidar, os seus elementos receberão cuidado com maior qualidade (Angelo, et al., 2014). Independentemente do conceito que define família, a interpretação do mesmo aproxima-se duma visão sistémica. Assim, os enfermeiros de família surgem como profissionais que,

introduzidos numa equipa multidisciplinar de saúde, assumem a prestação de cuidados globais às famílias nos seus processos de vida e nos diferentes contextos, assumindo o comprometimento pela saúde e bem-estar dos membros das famílias, em todas as fases do seu ciclo evolutivo e garantindo equidade no acesso aos cuidados de Saúde (Ministério da Saúde, 2014).

As evoluções dos cuidados de enfermagem permitiram à enfermagem assumir e integrar a família como foco dos seus cuidados. Neste seguimento, a enfermagem de família direciona-se para respostas aos problemas reais e potenciais, englobando a parceria/interação com a família, dando destaque aos pontos fortes dos membros da família e do grupo familiar, visando apoiá-los na procura de soluções para os problemas identificados. Apesar do desenvolvimento da ESF, Ferreira et al. (2019) revela que os enfermeiros ainda são subvalorizados e que as famílias não observam ou observam com pouca clareza e perceção as competências do EEECESF. Estes achados tiveram como apoio o conhecimento acerca do sistema familiar e o cuidado da família enquanto unidade em transformação, questão que levou o mesmo autor a reconhecer uma necessidade quer de formação, quer das práticas do enfermeiro de família.

Como referido anteriormente, acontecimentos de várias ordens conduziram ao germinar de novas necessidades na família, de modo que a enfermagem não ficou alheia a estes factos, ao longo da sua história. Como a ciência sempre demonstrou a sua preocupação do pensar em família, surge a disciplina de enfermagem de saúde familiar (Henriques et al, 2019). Para Hanson (2005) a enfermagem de saúde familiar é entendida como “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem . . . podendo ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade” (Hanson, 2005, p.8). Assim, para esta autora o enfermeiro poderá desenvolver vários tipos de abordagem à família. As autoras Wright e Leahey (2011), acrescentam que existem diferentes abordagens de acordo com o grau de perícia do profissional de enfermagem, por um lado os enfermeiros de cuidados gerais conceptualizam a família como contexto ou recurso, enquanto que, os enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde familiar devem conceptualizar a família como foco de cuidados.

Na enfermagem, onde a família é foco dos cuidados, não há uma única teoria ou estrutura conceptual que permita descrever de uma forma adequada as relações da família, pelo que é necessário englobar várias perspetivas (Kaakinen et al, 2018). As estruturas conceptuais de enfermagem e as abordagens que sustentam os fundamentos da enfermagem de família

desenvolveram-se a partir de três pilares: as teorias das ciências sociais da família, as da terapia familiar e as teorias de enfermagem (Hanson, 2005). Ramaswami et al. (2022) destacam que há oportunidades para aprimorar e desenvolver medidas de funcionamento familiar, atentando as diferentes etapas do ciclo vital da família, origens, identidades, estruturas e experiências, incorporando ou sendo influenciadas por vários contextos que podem facilitar ou dificultar o seu funcionamento.

Em qualquer contexto da prática clínica, na abordagem à família o enfermeiro beneficia da aplicação de uma estrutura conceptual clara ou de um mapa da família. Essa estrutura favorece o sumário de dados, permitindo a identificação de pontos fortes da família e problemas da família, tracejando assim, de uma forma esquemática, o plano de tratamento dos mesmos (Wright & Leahey, 2011). Neste contexto surge o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar adaptado a partir do Modelo de Tomm e Sanders (1983), que integra, além dos constructos teóricos da disciplina de enfermagem, a teoria geral dos sistemas, a teoria da comunicação, da mudança, a cibernética e a biologia da cognição, do pós-modernismo e feminismo. Trata-se de uma estrutura multidimensional que compreende três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional, em que cada uma destas categorias se divide em várias subcategorias.

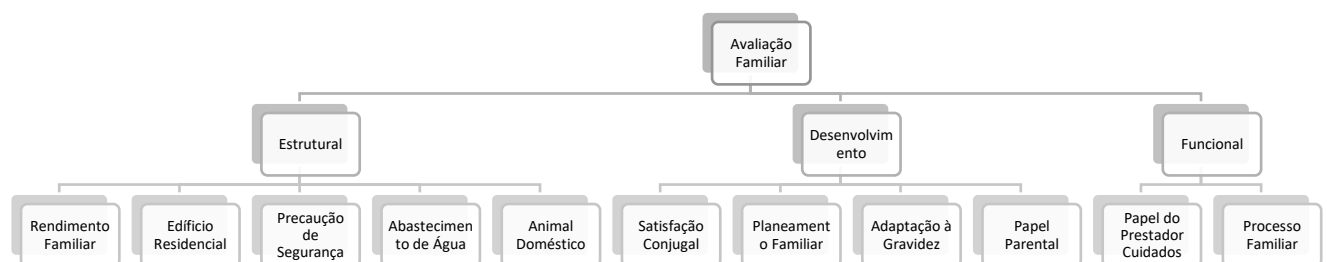
São vários os autores que consideram a família como um sistema. A Teoria Geral dos Sistemas, originária da física e da biologia e desenvolvida por Ludwig Von Bertalanffy em 1977, desenvolve um conjunto de princípios válidos para diferentes sistemas, independentemente da sua natureza biológica ou social adquirindo grande protagonismo no que diz respeito ao estudo e compreensão das famílias. Segundo Relvas (2000), Bertalanffy introduz o conceito de sistema como um conjunto de elementos em inter-relações recíprocas incluindo em simultâneo função e estrutura. A família é vista como um sistema, um todo, uma globalidade e desta forma possui como propriedades: a totalidade, a equifinalidade, a retroação e a auto-organização. A totalidade como propriedade do sistema familiar significa que a família não é a soma dos elementos, cada um dos seus membros influencia os outros. O comportamento de cada um é indissociável do comportamento dos restantes, e o que acontece ao mesmo, afeta toda a família (Alarcão, 2000). Isto implica que para compreender o indivíduo é necessário analisar também a sua família como um todo complexo.

Sendo geridos por um paradigma sistémico, os cuidados de Enfermagem devem enfatizar as interações entre os membros da família (Figueiredo, 2012). Para isto, os enfermeiros devem-se

apropriar de um conceito claro de família (Wright & Leahey, 2012), utilizando uma estrutura de avaliação familiar que auxilie na organização das suas forças e necessidades, fornecendo assim um caminho para o planeamento e ajuste da intervenção com base nas teorias das ciências sociais da família, da teoria familiar e das teorias de Enfermagem (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012). Assim, os cuidados prestados às famílias exigem a aquisição de competências inerentes ao cliente “família”, que se encontra com uma história, trajetória, crenças, valores, saberes e expectativas de cada um dos seus membros, tornando-se decisivo a identificação das suas forças e recursos, só assim, o profissional pode capacitar a família a tomar decisões com vista à obtenção de ganhos em saúde (Silva et al., 2020).

O desenvolvimento do MDAIF enquanto teoria de Enfermagem (Figueiredo, 2012), possui quer o Modelo Calgarry de Avaliação Familiar (MCAF) como o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) como fontes teóricas e sustenta-se no Pensamento Sistémico enquanto referencial epistemológico. Esta teoria é fruto da triangulação entre a teoria geral dos sistemas (TGS) de Bertalanffy (1968), a Cibernética de Wiener (1948) e a Teoria da Comunicação Humana de Watzlawick et al. (1967), dando perspetivas que se complementam no sentido de compreender os sistemas complexos e a interação das suas partes. Com a co-construção do MDAIF, Figueiredo (2012) pretendeu dar resposta àquelas que eram as necessidades percecionadas pelos enfermeiros face aos cuidados às famílias, considerando a imprescindibilidade de uniformizar os conteúdos no âmbito da ESF. Este referencial teórico e operativo apresenta uma matriz operativa, orientadora da prática de ESF, sistematizando a mesma. A sua constituição, tem várias áreas de atenção que se organizam numa estrutura organizada de três dimensões, nomeadamente a estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figura 3). A avaliação das áreas de atenção conforme a unicidade da família e os dados avaliativos que possibilitam identificar itens característicos, conduzem a um conhecimento detalhado sobre a família (Figueiredo, 2012).

Figura 3 – Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação



A aplicação do MDAIF, numa perspetiva sistémica, possibilita uma atuação integrativa e resolutiva das necessidades das famílias já que está adaptado à realidade Portuguesa (Correia et al., 2021). Tendo em consideração a evidência disponível, a matriz operativa do MDAIF foi o instrumento de avaliação e intervenção familiar selecionado para dar resposta às necessidades da família com vista à otimização dos seus recursos e aos ganhos em saúde.

2.2. A Família em transição accidental

A transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro (Meleis e Trangenstein, 1994). A transição é um processo que acompanha a mudança de um estado de saúde para outro, não implicando situações de doença (Petronilho, 2007). Sendo que a OMS define saúde como um estado completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

A família, ao longo do ciclo vital, vai experimentado de forma contínua, mudanças e transições, resultando estas frequentemente em novas relações, novos comportamentos e novas perceções de si mesmo no contexto social. Em qualquer momento da vida das famílias, em que ocorrem mudanças, sejam elas previsíveis como o casamento, a reforma ou o nascimento de um filho, ou inesperadas como a morte, a doença, a guerra e a gravidez não desejada, impõe-se que a família recorra à sua capacidade de auto-organização e às suas fontes de suporte de forma a conseguir resolver os problemas (Petronilho, 2007).

O indivíduo e a família estão naturalmente sujeitos a vivenciar transições de natureza distinta, do tipo organizacional, de desenvolvimento, situacional e de saúde-doença (Meleis, 2010). As pessoas que experimentam transições tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando a sua saúde e bem-estar (Petronilho, 2007). O aparecimento súbito de uma doença grave tem forte impacto no indivíduo, com repercussões nos diferentes domínios da vida. Esta situação, implica com frequência reconhecer um novo eu e abandonar certas responsabilidades familiares, profissionais e sociais, podendo mesmo passar a depender de cuidados dos outros.

A transição envolve processos de mudança que requerem ajuste ou adaptação, este processo exige do ser humano a utilização imediata de mecanismos ou recursos de suporte disponíveis ou não, para enfrentar a adaptação, visando a resolução bem-sucedida de desajustes, de conflitos, de desorganização ou de dissonância, encontrando assim uma nova maneira de ser. O enfermeiro auxilia a pessoa/família a explorar a transição através das suas expectativas e experiências, a identificar eventos geradores de stress, a compreender como é que os suportes pessoais e externos, podem ser facilitadores ou dificultadores da transição vivenciada (Nunes et al, 2020). Grande parte do trabalho dos enfermeiros acontece em momentos de transição, como a gravidez e o período pós-parto, o internamento hospitalar e a alta para o domicílio, a recuperação e a reabilitação (Meleis et al, 2010). A vida de um indivíduo e a forma como este lida com os momentos de passagem inerentes à sua existência, não podem ser entendidas somente numa perspetiva individual pois, além dos sistemas familiares nos quais a pessoa se insere, a capacidade de adaptação do sujeito é influenciada por uma série de fatores, tais como, os seus mecanismos de adaptação, os recursos internos e externos, as experiências anteriores e o significado atribuído a determinado acontecimento (Nunes et al, 2020).

Um acontecimento imprevisto num dos membros da família, como a doença, faz surgir a necessidade de mudanças na dinâmica familiar para conseguir uma organização do sistema e promover o bem-estar. A DPOC, origina uma transição accidental na família, pode traduzir-se numa crise familiar, constituindo-se num gerador de *stress* devido às alterações não apenas o indivíduo doente, mas também da família, que pode precisar de se adaptar a novas circunstâncias, como mudanças no estilo de vida, maior exigência de cuidados e investimento financeiro em tratamentos. Essa transição pode gerar *stress*, conflitos e alterar a harmonia familiar, desencadeando uma crise que requer apoio e necessidade de desenvolver estratégias para lidar com os desafios impostos pela doença. No processo de adaptação familiar à crise, os elementos da família desenvolvem estratégias para mobilizar os recursos já existentes para continuar os seus objetivos, promovendo a mudança e a oportunidade da evolução para um novo nível de funcionamento do sistema familiar (Figueiredo, 2012).

Segundo Relvas (2000), a sequência calculável de mudanças na organização da família resultantes do cumprimento de tarefas bem definidas, designa-se de ciclo vital da família. Contudo, a adaptação de cada indivíduo a um problema de saúde resulta assim não só das suas características pessoais, mas também do contexto familiar e da adaptação à nova condição que representa outra variável a integrar na compreensão do impacto no sistema familiar (Figueiredo,

2012). Atualmente, num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, a prática profissional centrada na família implica a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são observados no âmbito do quadro familiar e social que o rodeia e na participação de todas as pessoas incluídas no processo de cuidados (Araújo, 2010). A qualidade destes cuidados é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem. Os cuidados de enfermagem têm como finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde auxiliando a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde (Figueiredo, 2012).

Segundo Kate Lorig (2017), os cuidados às pessoas com condições crônicas é crucial, pois estas vivem 99% do tempo fora do sistema de saúde e o que fazem nesse tempo determina em grande parte a sua qualidade de vida, sua saúde e sua utilização do sistema. Assim, no âmbito da sua atividade, o enfermeiro de família assume a responsabilidade de prestar cuidados de Enfermagem globais às famílias, nas diferentes fases da vida e em todos os contextos da comunidade (DL 118/2014, de 5 de agosto - Ordem dos Enfermeiros). A regulamentação das competências específicas do EEECESF da Ordem dos Enfermeiros (2018) vem esclarecer que o foco de cuidados deste deve ser, concretamente, a família enquanto unidade, tendo em apreciação os seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.

A família está intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença dos seus membros e representa uma importante fonte de suporte à pessoa com doença crónica. Assim a essência da prática de enfermagem familiar, assenta na capacidade de diminuir o sofrimento emocional, físico e espiritual dentro da família, garantindo cuidados competentes e de excelência. Os cuidados de enfermagem terão necessariamente que ser centrados na família, o que obrigará a algumas mudanças de atitude por parte dos enfermeiros (Rodrigues, 2013). As estratégias de *coping* permitem mobilizar forças cognitivas, afetivos e comportamentais, preservando a estabilidade emocional e bem-estar da família através de um processo auto-organizativo (Figueiredo, 2012). O *coping* familiar eficaz é parceiro do processo de ajuste e de adaptação à adversidade vivenciada no sistema familiar e, naturalmente, permite a resiliência familiar (Mingote et al., 2020). Desta forma, o apoio mútuo entre os membros da família surge no momento em que estes abarcam a doença crónica, a vulnerabilidade a que estão sujeitos e conhecem os apoios a que têm direito (Irani, 2019).

As transições podem acontecer de uma forma favorável ou não favorável, sendo que a transição favorável envolve a aceitação da nova condição de saúde, procura por informações e suporte

necessários, adota um plano de cuidados adequado e adapta-se a uma nova rotina que inclua práticas saudáveis. Este processo pode fortalecer os vínculos familiares, promover a resiliência e levar a uma melhor qualidade de vida. Por outro lado, uma transição não favorável pode ser caracterizada por negação da doença, falta de adesão ao tratamento, resistência em procurar ajuda e isolamento social. Isso pode levar a complicações no estado de saúde, deterioração dos relacionamentos familiares, aumento do *stress* e diminuição da qualidade de vida tanto do indivíduo como família. A transição e o seu processo são influenciados por fatores que podem ser facilitadores ou dificultadores de uma transição saudável, nomeadamente: significados pessoais, crenças culturais e atitudes, estatuto sócio-económico, preparação e conhecimento, condições comunitárias e condições sociais (Meleis et al, 2010). É essencial que a família procure formas saudáveis de lidar com a transição saúde-doença, através de educação, diálogo aberto, apoio emocional e trabalho conjunto, visando a promoção do bem-estar e o enfrentamento positivo da nova realidade.

2.3. A Família com elemento idoso portador de DPOC

A OMS define a família como o contexto de promoção da saúde e redução da doença, onde desde o nascimento, desenvolvem crenças e condutas de saúde. Reconhecendo as inúmeras mudanças na nossa sociedade, principalmente no acesso aos serviços de saúde, a família ocupa o principal papel de cuidador em situações de doença é a principal fonte de suporte socio-emocional, sendo a ela também, o silenciador do impacto das transformações sociais.

Assegurar um envelhecimento com qualidade de vida, saúde, bem-estar, dignidade e segurança representa hoje um dos principais desafios com que nos confrontamos. É associado ao envelhecer a experiência e a sabedoria, no entanto, envelhecimento também está associado a problemas de saúde que têm implicações físicas, financeiras, sociais e emocionais para as pessoas envelhecidas. Assim, quando identificamos no idoso um problema de saúde deve tornar-se imperioso a nossa intervenção na família. De acordo com os Censos realizados em 2021, 20,6% da população portuguesa são idosos com 65 ou mais anos, sendo o Índice de longevidade em 2022 de 48,7 % (INE, 2023). Efetivamente o envelhecimento e as doenças que

lhes estão associadas, contribuem para limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando as pessoas gradualmente dependentes dos outros, frequentemente dos familiares (DGS, 2017a). A prevalência de doença crónica ou de problemas de saúde prolongados afetou 43,9% da população em 2021 (INE, 2022).

A otimização e evolução dos meios disponíveis para diagnóstico, tratamento e/ou controlo da evolução da doença, contribuiu para a maior longevidade da população, levou ao aumento da esperança média de vida e, consequentemente, ao envelhecimento da população e aumento da prevalência das doenças crónicas (INE, 2022). Sendo, as doenças respiratórias, especificamente as doenças respiratórias crónicas, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, apresentando clara tendência para o aumento da sua prevalência (DGS, 2017b).

A DPOC tem vindo a ser, ao longo dos anos, uma importante causa de morbilidade e mortalidade, constituindo uma das três principais causas de morte a nível mundial (Halpin et al., 2021). Estima-se que cerca de 210 milhões de pessoas a nível mundial sofram de DPOC, das quais mais de 60 milhões com DPOC moderada a grave (DGS, 2019). A prevalência da DPOC aumenta consideravelmente com o envelhecimento (Bárbara et al., 2013) e um número considerável de pessoas sofre da doença de forma progressiva e prolongada. Apesar de a DPOC representar um importante problema de saúde pública, esta pode ser prevenida e tratada (Halpin et al., 2021). Os dados epidemiológicos mais recentes em Portugal indicam que, apesar de prevalente, a DPOC permanece subdiagnosticada. Estes dados ilustram a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para a doença, e para realizarem um diagnóstico adequado no âmbito dos cuidados de saúde primários (Bárbara et al., 2013).

Assim, as limitações funcionais dos indivíduos com doença crónica repercutem-se na vida pessoal, profissional e familiar, afetando dinâmicas e rotinas, pelo que o dia-a-dia sofre reorganização e redistribuição de papéis sociais (Padilha, 2013). Associada ao envelhecimento, a DPOC agrava a perda de autonomia, aumenta a incapacidade e, consequentemente, diminui a qualidade de vida (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2021). Segundo Rodrigues (2013), na pessoa idosa, os mecanismos de destruição pulmonar podem encontrar-se ampliados: o envelhecimento provoca alterações celulares, estas em conjunto com as alterações provocadas por pneumopolutentes e tabagismo interagem, dificultando o restauro e manutenção orgânica.

A DPOC é uma doença pulmonar definida pela obstrução do fluxo aéreo, esta obstrução geralmente é progressiva. A doença apresenta frequentemente sintomas tais como tosse, dispneia, e produção de expectoração (Agarwal et al.2022). Com a inflamação dos brônquios,

reduz-se o espaço para a passagem do ar e como consequência, surge a falta de ar e o cansaço que vão progredindo com o aumento da obstrução dos brônquios (Padilha, 2013). As alterações pulmonares, a atrofia dos músculos respiratórios e a hiperinsuflação contribuem para o principal sintoma respiratório associado à DPOC, a dispneia. Quando os sintomas físicos, nomeadamente, dispneia e fadiga, se agravam, podem provocar alterações funcionais, com vários graus de incapacidade, já que, sentem maior dificuldade em desempenhar as atividades de vida diárias (AVD's), tarefas domésticas e profissionais. Esta dispneia surge por manifestação locais (diminuição do FEV 1 (Volume expiratório forçado) e hiperinsuflação) que levam a limitação ventilatória e consequente diminuição da tolerância ao exercício, funcionalidade e qualidade de vida (Rodrigues, 2013).

Doentes com agravamento da dispneia, da tosse e/ou da expectoração são considerados em exacerbação. A causa mais comum são infeções respiratórias virais, exposição a gases/poeiras, entre outros. A exacerbação pode ser classificada em: 1) Leve: resolve apenas com broncodilatadores; 2) Moderada: necessita de corticoide sistémico; 3) Grave: há necessidade de hospitalização, mesmo que apenas na emergência (GOLD, 2018). Conhecer a doença crónica torna-se relevante porque pode por si só ser uma das estratégias para promover a adesão ao regime terapêutico. A DPOC diagnostica-se quando, na presença de sintomas respiratórios crónicos e persistentes (tosse, expectoração, dispneia) e/ou exposição a fatores de risco (tabaco, poeiras e gases inalados), se demonstra a presença de obstrução ao débito aéreo, por alteração espirométrica (relação FEV1/FVC inferior a 0,70 após broncodilatação) a sua qualidade de vida; GOLD 1: ligeiro ($FEV1 \geq 80\%$ do valor previsto); GOLD 2: moderado ($80\% > FEV1 \geq 50\%$); GOLD 3: Grave ($50\% > FEV1 \geq 30\%$) e GOLD 4: Muito grave ($FEV1 < 30\%$) (GOLD, 2018). O abuso de tabaco é o principal fator responsável pelo surgimento da DPOC, já que, contribui diretamente para o aparecimento de uma inflamação pulmonar e produção de citocinas pró-inflamatórias, que estimulam a produção de muco e consequente diminuição do lúmen alveolar com obstrução do fluxo aéreo. Deste modo, a cessação tabágica é fundamental para não haver declínio rápido da função pulmonar e futuras complicações (Coelho et al., 2021).

Sousa, et al (2007 p.27), salientam como a doença crónica “acontece, também, aos membros da sua família que vivem angustiados com a gestão e evolução da doença e com o doente”. Por norma a família, uma das maiores prioridades na vida dos indivíduos, constitui-se como o maior recurso do doente, ocupando a primeira linha de apoio e cuidado informal. O seu impacto “afeta o funcionamento familiar e cada um dos seus elementos” (Sousa et al, 2007, p.25) vão para além

da mera “gestão” prática da doença porque são de ordem sistémica, interferem com os seus subsistemas (conjugal, filial, parental) e sistemas mais amplos (emprego). São impactos que atingem o funcionamento familiar e exigem uma reorganização de funções e de papéis. Quando a doença crónica “acontece” na família é acionada a função de cuidado (Sousa et al, 2007).

Com a presença da DPOC, as atividades anteriormente vividas e apreciadas em família, rituais e festas familiares, férias, momentos de lazer e de recreação, podem sofrer disrupção (Melo, 2017). É imposta uma disrupção biográfica na vida dos doentes e dos cuidadores (Bury, 2011), sentida ao nível individual e particularmente pelos que vivem em conjugalidade e em coabitação dada a proximidade e partilha de hábitos e rotinas. Segundo Lorig e Holman (2003), a autogestão baseia-se em três conjuntos de tarefas, nomeadamente gerir a condição clínica, mudar ou manter comportamentos e lidar com as emoções com impacto pouco favorável que a doença crónica pode desencadear.

A autogestão da doença crónica é um processo preventivo fundamental para as complicações associadas para manter ou atingir a qualidade de vida. De forma a incentivar para a autogestão, o enfermeiro de saúde familiar desempenha um papel crucial, adequando como estratégias os cuidados direcionados para a promoção da consciencialização da presença da doença, o significado da doença, a autonomia e a qualidade de vida. Estas estratégias permitem o aumento da capacidade da pessoa idosa obter o bem-estar na presença da doença crónica (Byrne et al., 2021).

Assim, a pessoa portadora de doença crónica é desafiada no seu quotidiano a integrar e desenvolver comportamentos que promovam a sua qualidade de vida e bem-estar, como a integração de regimes medicamentosos complexos, assim como comportamentos de autovigilância e proteção (Byrne et al, 2021). Além disso, o impacto da doença crónica verifica-se em todos os elementos da família, no que diz respeito à gestão e evolução da doença, interferindo com os subsistemas conjugal, filial e parental e com o suporte formal da família (Sousa et al, 2007). Esta última é um dos principais recursos reconhecidos do indivíduo, como primeira linha de apoio e cuidado informal (Sousa et al, 2007). Consequentemente, ocorre alteração dos planos dos membros da família para o futuro, dos seus papeis, das suas responsabilidades e da dinâmica familiar (Rodrigues, 2013).

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

A explanação das atividades realizadas no decorrer da componente clínica será efetuada no presente capítulo. Estas atividades visaram a obtenção de competências diretamente relacionadas com a prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados e com a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, a par com aquelas que são as competências comuns e específicas do EEECESF, segundo os Regulamentos nº 140/2019 e nº 428/2018, respetivamente, da OE. Assim, e considerando estas competências, o EEECESF deve estar apto a cuidar da família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e focando-se na mesma como um todo bem como nos membros individualmente, no decorrer do ciclo vital da família e das transições familiares. Para além disso, deve ser capaz de proporcionar qualidade na prestação de cuidados gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

A seleção das famílias para a prestação de cuidados teve em consideração as famílias com elemento idoso portador de DPOC presentes na lista do ET à data do início do estágio de natureza profissional com relatório – módulo II. Para a seleção destas famílias, esteve presente o seguinte critério de inclusão, a detenção de pelo menos um membro idoso da família que fosse portador de DPOC. Foram selecionadas oito famílias sendo que duas destas não foram consideradas por não recorrerem às consultas nos CSP. Todas as famílias tinham um elemento idoso portador de DPOC e as consultas foram realizadas na USF e no domicílio com os membros da família disponíveis e os dados obtidos foram registados no sistema de informação SClínico-CSP®.

O MDAIF auxiliou como referencial teórico e a sua matriz operativa, foi orientadora da decisão clínica e serviu de orientação na abordagem às famílias (Figueiredo, 2012). Integrando os referenciais teóricos e várias ferramentas de avaliação individual e de grupo, a estrutura conceptual e operativa do MDAIF identifica determinantes de saúde potencialmente modificáveis.

3.1.1. Recursos utilizados na Prestação de Cuidados

Na prestação de cuidados, existem diferentes recursos que podem ser utilizados para oferecer suporte e assistência aos utentes. Assim, no decorrer da prestação de cuidados e considerando a especificidade de cada família enquanto unidade bem como dos seus membros, foram incluídas ferramentas que facilitaram, por um lado, a colheita de dados e, por outro lado, a implementação das intervenções necessárias para a obtenção de ganhos em saúde nas famílias. Constituindo um referencial teórico e operativo, o MDAIF, tornou-se um recurso que deu resposta às necessidades dos enfermeiros de família. Tendo os instrumentos de avaliação familiar intrínsecos à matriz operativa do MDAIF como o Genograma, Ecomapa, a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) e o Apgar Familiar De Smilkstein, também a Entrevista Familiar Sistémica (EFS).

A entrevista é um instrumento essencial nos diferentes contextos. Clinicamente, é um instrumento relevante em todo o processo terapêutico, desde o acolhimento até ao encerramento, bem como nas entrevistas que se seguem de avaliação (Zordan et. al., 2012). Os mesmos autores evidenciam que as entrevistas, influenciadas pela TGS e da Teoria da Comunicação, permitem entender de um modo profundo e integro o sistema familiar, que apresenta inúmeras características como causalidade circular, complexidade, globalidade, totalidade etc. Assim, entende-se o desenvolvimento, das relações, das potencialidades e limitações, da saúde do sistema familiar. É uma estratégia que encara a família como cerne do cuidado de enfermagem de um modo holístico, baseando-se na compreensão da complexidade familiar. A identificação das suas necessidades e, a subsequente exposição dos diagnósticos constitui-se como elemento organizador do processo de cuidados com as famílias (Figueiredo,

2012). Assim, deve ser identificada a necessidade e explorada a mesma através da avaliação, podendo o enfermeiro, nesta etapa, compreender a relação entre a interação familiar e o sintoma caso exista, decifrando as soluções já experimentadas e explorando objetivos. Detendo estes dados, e em caso de necessidade, o enfermeiro deverá partir para a intervenção, que será implementada de acordo com o problema identificado com a família. A finalização da consulta prevê a avaliação dos resultados (Figueiredo, 2022).

Como abordado, a EFS rege-se por princípios, que importa mencionar e clarificar. A neutralidade, é um desses princípios, que consiste em ser imparcial, ou seja, todos os profissionais de saúde devem ser isentos de juízos perante os elementos da família. Deste modo, e mantendo sempre a curiosidade e o interesse clínico devem interagir de modo que todos se sintam iguais e confortáveis para partilhar informações familiares. Além disso, é possível aumentar o campo de observação clínico e provocar feedback que promova a dinâmica familiar.

Por outro lado, a circularidade pode ser definida como a capacidade em orientar a entrevista com base na retroação da família dando resposta à informação sobre relações, diferenças e mudança que vai sendo pedida pelo enfermeiro de família (Figueiredo, 2022). De facto, este princípio serve para que seja possível que cada membro da família conte como vê a relação entre os outros membros da família, entenda os diferentes comportamentos de cada elemento e até conduza a mudanças relacionais e interativas. Para Checchin, 1987, a circularidade corresponde à influência de cada um dos elementos no padrão de interação, sendo que a partir deste contexto é possível a elaboração de questões sistémicas e hipóteses sobre o funcionamento da família. O pragmatismo da circularidade é ilustrado através das perguntas de intervenções, isto é, questões em que o enfermeiro realiza ações terapêuticas, “cuida dos elementos sistema familiar” à medida em que vai dialogando com a família. As questões circulares podem ser classificadas em quatro tipos diferentes: diferenciais, comportamentais, hipotéticas e tríade, dependendo do intuito e do modo utilizado.

Palazzoli, Boscolo, Cechin & Prata (1980), integram diferentes tipos de questões que integradas no contexto das intervenções propostas, possibilitam mudanças concretas no funcionamento familiar: questões lineares que facilitam a definição do problema; questões estratégicas, que a partir da confrontação são orientadoras de novos padrões; questões circulares, que focalizam os efeitos comportamentais e as diferenças; questões reflexivas, como questões que geram mudanças, facilitadoras da co-construção de novas visões. Por fim, as perguntas tríade devem ser colocadas a um 3º elemento da família sobre o relacionamento entre outros dois elementos,

potenciando assim a observação e compreensão do multiverso da realidade. Há ainda, as questões de *coping*, que pretendem distanciar os elementos das emoções negativas de um evento e aproximá-los dos mecanismos utilizados para ultrapassar essa situação. Torna-se importante salientar que as perguntas circulares de diferentes tipos não constituem isoladamente as questões de intervenção, anteriormente mencionadas. De facto, existem questões lineares que promovem a definição do problema; questões estratégicas que permitem a confrontação com a realidade e posteriormente, a orientação do sistema familiar e as questões reflexivas, como o nome indicam levam a uma reflexão, simplificando a co edificação de visões. O último princípio utilizado na entrevista sistémica é a hipotetização que é um ótimo modo de iniciar uma entrevista. A hipótese sistémica em ambiente familiar, como objeto de problematização e reconceptualização (Relvas, 1996), que consiste na formulação de uma hipótese baseada na informação já obtida anteriormente sobre a família e a partir da mesma, que orienta as decisões quando provada correta.

A comunicação é uma condição essencial à vida e à ordem social. Palavras e silêncios possuem valor de mensagem, e, portanto, exercem influências diversas sobre os indivíduos, sendo que estes não podem deixar de "responder" a esta comunicação. No contexto de interação específica, White e Epston (1993) concedem um lugar central ao pensamento analógico e à linguagem figurativa, razão pela qual a metáfora se tornou um objeto de análise. Uma metáfora que pode ser usada para descrever a técnica familiar na prestação de cuidados é a de uma teia complexa e interconectada.

A maioria das pessoas cresceu a ouvir os contos de fadas, as histórias de reinos longínquos, príncipes e princesas de um mundo encantado, fadas e feitiçeras. As metáforas constituem um dos muitos artifícios que podem ser usados, com eficácia, nas consultas. São ferramentas que contém mensagens poderosas para auxiliar as famílias a encontrar novas perspetivas e alternativas para sua vida. O uso de metáforas, consiste no emprego de uma palavra, uma história, um desenho, uma pintura, etc. com a intenção de representar uma outra coisa. A metáfora é poderosa porque possibilita transmitir um significado, o que a comunicação direta, muitas vezes não consegue. Todos sabemos que os contos de fadas não são histórias reais, no entanto transmitem mensagens tão úteis nos dias atuais como no passado. A metáfora possibilita, através do discurso, abordar situações que podem estar a causar desconforto nos membros da família, tornando-se uma ferramenta fundamental para criar relação entre o profissional e estes membros (Cardona & Osorio, 2015; Zuluaga et al., 2019). A utilização desta técnica geralmente é produzida através da linguagem oral analógica, simbólica e figurativa

podendo ser usada, igualmente, através de uma palavra, frase, memória, história ou poema e, de uma forma geral, serve como meio para o entendimento daquilo que os membros da família pretendem revelar, mas que muitas vezes se torna árduo expressar de forma literal, orientando a uma interação fluida e assertiva entre os membros da família, entre estes e o profissional (Lichtenberg, 2009; Angus, 2018; Zuluaga et al., 2019).

Na procura de alterar a perspetiva ou a interpretação de um problema ou situação, a fim de promover mudanças e melhorar o funcionamento familiar é utilizada a técnica do reenquadramento. Esta envolve a reformulação do significado de um evento, comportamento ou interação, procurando uma nova perspetiva que possa ser mais útil e construtiva para a família. O reenquadramento, enquanto técnica utilizada na intervenção familiar sistémica, pretende, modificar a compreensão dos membros da família face ao problema, tornando-se mais favorável à mudança (Kelly, 2020). Assenta em princípios fundamentais: o primeiro, mudar a perspetiva que os membros da família têm do sintoma, de uma perspetiva individual para uma que reflita ou inclua todos os membros do sistema; o segundo, reenquadrar para mudar o significado de algo percebido como negativo para algo visto como positivo ou normativo; o terceiro, um reenquadramento deve ser enunciado de uma forma que o sistema o possa perceber de forma harmónica com a sua nova compreensão dos acontecimentos (Weeks & Fife, 2014). Em suma, o reenquadramento é outra forma de interpretar os factos e é consistente com a aceitação da família de uma nova perspetiva (Weeks & D'Aniello, 2017). O reenquadramento visa promover a flexibilidade cognitiva e emocional na família, expandindo as opções de pensamento e comportamento, dando à família uma visão das situações sob uma ótica diferente, criando um ambiente propício para a mudança.

A conotação positiva é uma técnica utilizada na intervenção familiar que tem como objetivo promover uma mudança no modo como a família interpreta e atribui significado a eventos, comportamentos e interações. Esta técnica envolve direccionar a atenção da família para aspetos positivos e construtivos, procurando criar uma nova perspetiva que possa incentivar mudanças positivas. Tem como objetivo orientar e motivar a atribuição de significados diferentes ao sintoma por parte dos elementos da família, reforçando a coesão familiar (Williams & Auburn, 2016). Permite direccionar a atenção para a construção de uma visão mais positiva do problema encontrado e contribuir para mudar o sentido que é atribuído ao episódio (Weeks & Fife, 2014). Com a utilização da conotação positiva, o enfermeiro cria um ambiente encorajador e motivador

para a família, isso contribui para fortalecer a autoestima, melhorar as interações familiares e promover um clima emocional mais saudável e otimista.

A utilização de rituais terapêuticos no decorrer da prestação de cuidados é uma prática comumente adotada em diferentes contextos terapêuticos. Os rituais podem ser vistos como atividades ou cerimônias intencionais e simbólicas que têm como objetivo promover a cura, o bem-estar e o fortalecimento emocional dos indivíduos envolvidos. Os rituais terapêuticos podem ser implementados de várias maneiras, de acordo com as necessidades e preferências dos indivíduos envolvidos. Permitem manter e desenvolver novas práticas no sistema familiar capazes de potencializar a capacidade dos membros das famílias na resolução de problemas identificados (Figueiredo, 2009). Os rituais terapêuticos têm demonstrado ser uma parte fundamental integrada no sistema familiar ao contribuírem para a construção da identidade familiar, os membros partilham os seus valores e crenças entre si (Crespo, 2011; Almeida, 2020). Segundo Crespo (2011), os rituais familiares passam, assim, a ser sinónimo de bem-estar para os membros das famílias, sendo não só uma manifestação do adequado funcionamento familiar como desenvolvem a coesão e a força entre os membros da família. Estes refletem-se como um “porto seguro” na prática clínica, relevantes para a regulação da vida familiar e individual (Grácio, 2016).

Em síntese, os rituais familiares são transversais à existência das famílias. Encontramo-los em diferentes camadas da vida familiar, desde uma refeição em conjunto até a um casamento, o primeiro, um momento mais privado e informal da vida familiar e o segundo, um evento mais estruturado e único em que a família se reúne com a comunidade mais lata para um propósito específico, marcar uma transição do ciclo de vida. Encontramo-los em diferentes famílias, desde aquelas que vivem os rituais de um modo mais investido até àquelas que os vivem com maior indiferença (Crespo, 2011). Os rituais familiares não são um só (mais um) constructo académico abstrato mas, estão vivos e fazem realmente sentido para as famílias contemporâneas.

Enquadrando um pouco a abordagem narrativa, esta é composta por uma sequência original de situações vividas, permeada por emoções e ligações com outras memórias e imagens. Ao prazer de contar uma/a sua história, acrescenta-se a seleção e organização pela pertinência do que parece relevante ao interlocutor e ao contexto presente, bem como ao tempo que se tem para narrar e o que se objetiva com ela. Indiscutivelmente, e principalmente tendo em conta o estudo prévio do conceito de multiverso da realidade, compreende-se que o Homem face à realidade percecionada constrói conhecimento e simultaneamente atribui significados, estes

últimos organizam a vivência do Homem sendo que a linguagem torna possível a sua partilha (Novis, 2016). Com base nesta premissa, surgem as terapias familiares de enfoque narrativo, baseando-se no princípio construtivista, já que partem do princípio que a realidade tal como se conhece resulta da construção social obtida através da linguagem e diálogos estabelecidos (Figueiredo, 2020).

A escultura, enquanto técnica, emerge na terapia familiar experiencial simbólica, no início do desenvolvimento da terapia familiar entre os anos 60 e 70. Implica a expressão dos sentimentos e a sua experiência partilhada como via para a realização pessoal e familiar. Desde os anos 70 até a atualidade, a escultura da família foi integrada por diversos modelos terapêuticos e atualmente também pelas abordagens contemporâneas. É aplicada de distintas formas, com múltiplas variações, ajustando-se ao contexto e fim com que é desenvolvida (Papp, Scheinkman, & Malpas, 2013). Esculpir a família é representar as relações entre os diferentes elementos através da colocação dos seus corpos no espaço, é um processo dinâmico, simbólico, ativo e não linear. Retrata, não verbalmente, as relações no espaço e no tempo onde os acontecimentos são percebidos e vividos (Duhl, Duhl, & Kantor, 1973). A escultura faz emergir a ação, a linguagem figurativa, metafórica e corporal. São exploradas as dimensões visuais, simbólicas, físicas e sensoriais sobre o assunto ou processo em foco (Papp, Scheinkman, & Malpas, 2013). A forma como uma escultura decorre e o seu impacto na consulta relacionam-se com muitos fatores, entre eles, a qualidade da relação enfermeiro com a família, a fase da consulta, os objetivos, a adesão da família ao processo, o domínio que o enfermeiro tem da técnica e a sua criatividade.

As cartas terapêuticas, diferentemente das cartas sociais, têm como foco o contexto, conteúdo, intenções e efeitos causados no paciente e no terapeuta (Oliver et al., 2007). São cartas mais literárias do que diagnósticas, mais expõem situações e possibilidades do que explicam algo. Na Terapia Narrativa, as cartas são terapêuticas quando são centradas no cliente, quando as informações contidas são originadas dos encontros com o paciente, quando os eventos psicologicamente relevantes conseguem ser interligados, quando conexões entre pessoas são feitas e mantidas, quando registram o progresso do paciente e quando voltam o olhar para o futuro com esperança e realismo (Goldberg, 2000).

As cartas terapêuticas também auxiliam o enfermeiro seja a entrar no mundo do protagonista e propiciar um contexto de colaboração, seja a criar ideias novas e originais (Freeman et al. 2001). Isto é possível, pois, como Rombach (2003) aponta, quando utiliza as nomenclaturas

diagnósticas o enfermeiro recebe um convite inevitável para uma visão de deficit nas pessoas. Porém com a escrita das cartas ocupa-se um lugar de compreensão e de legitimação de mudanças, o que possibilita uma substituição de evoluções patológicas por uma alteridade positiva. Assim, apesar de a carta mostrar-se de extrema importância para quem a recebe, o ato de escrevê-la também oferece um espaço de reflexão sobre o que foi vivenciado. Ao redigir a carta, o enfermeiro tem a oportunidade de se questionar se existem outras alternativas nas quais ele poderia coordenar suas ações. Dessa forma, as cartas tornam-se uma extensão dos diálogos desenvolvidos no atendimento e uma ferramenta útil para que o profissional amplie seus conhecimentos sobre a terapia (Paré & Rombach, 2003).

Na técnica de intervenção paradoxal, a abordagem baseia-se na utilização de estratégias não convencionais que visam provocar uma resposta paradoxal do indivíduo ou do sistema em questão. A ideia é que, ao contrariar as expectativas habituais, o enfermeiro possa desencadear uma mudança na percepção do problema, promovendo uma nova perspectiva e possibilitando a adoção de comportamentos mais saudáveis. Segundo Zordan et al, 2012, as técnicas paradoxais contêm uma dupla mensagem, o bom e mau da mudança.

3.1.2. Descrição da prestação de cuidados às famílias

A descrição da prestação de cuidados às famílias consiste em descrever de forma detalhada a prestação de cuidados para cada uma das famílias, conforme as suas necessidades e com recurso às suas forças, é uma abordagem que visa envolver ativamente os membros da família no processo de cuidados, promovendo a colaboração e o fortalecimento dos vínculos familiares. Tem como objetivo principal reconhecer e valorizar o papel e a influência da família no cuidado e no tratamento de um indivíduo. O enfermeiro procura criar um espaço seguro e acolhedor para que os membros da família se expressem, compartilhem suas experiências e se envolvam ativamente no planeamento, implementação e avaliação de cuidados.

A prestação de cuidados com cada uma das famílias começará com a referência aos dados sobre o número de consultas realizadas e os elementos das respetivas famílias presentes.

Posteriormente será apresentada a colheita de dados realizada considerando a composição familiar, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos e a classe social. Após estes dados será apresentada a avaliação familiar utilizando as dimensões de avaliação do MDAIF – Estrutural, Desenvolvimento e Funcional. Posteriormente serão exibidas as intervenções necessárias, assim como a avaliação dos resultados das mesmas. Será realizado um resumo final de cada dimensão avaliativa no qual constarão os diagnósticos identificados e a sua evolução.

Na descrição dos planos de cuidado individualizados para cada uma das seis famílias, serão contemplados os focos e intervenções de enfermagem, assentes no MDAIF, e também as atividades diagnósticas mais distintivas. As questões colocadas, tiveram um propósito de não serem encaradas só como atividade diagnóstica, mas também como intervenção (Figueiredo, 2022). É importante ressaltar que a descrição da prestação de cuidados às famílias deve ser adaptada e personalizada de acordo com as necessidades específicas de cada família. Cada família tem sua própria dinâmica e desafios, portanto, o enfermeiro precisa estar atento às particularidades de cada caso e trabalhar em conjunto com a família para identificar e alcançar os objetivos pretendidos.

As famílias estão representadas por uma sigla de forma a garantir o anonimato, omitindo ou alterando, ao longo da descrição dos cuidados, os dados pessoais que a pudessem identificar. De salientar que todas as informações recolhidas, foram analisadas com a maior confidencialidade e em conformidade com a Lei de Proteção de Dados (Lei n.º 58/2019, 2019). Apenas três de seis famílias que foram alvo de cuidados de enfermagem são apresentadas no desenvolvimento do relatório devido à limitação de páginas, tentei incluir diferentes tipos de famílias, considerando a diversidade e garantir que todas as famílias fossem representadas de forma justa, tendo em conta que metade das famílias avaliadas eram unipessoais, optei por colocar duas destas famílias em anexo (Anexo 1), mas o limite de páginas continuou a assombrar e não houve alternativa a não ser colocar mais uma família em anexo (Anexo 1). Devido à minha multidiversidade de famílias e unicidade trabalhada com cada uma delas, gostaria de ter conseguido incorporar todo esse trabalho no corpo do relatório, de tão enriquecedor que se mostrou.

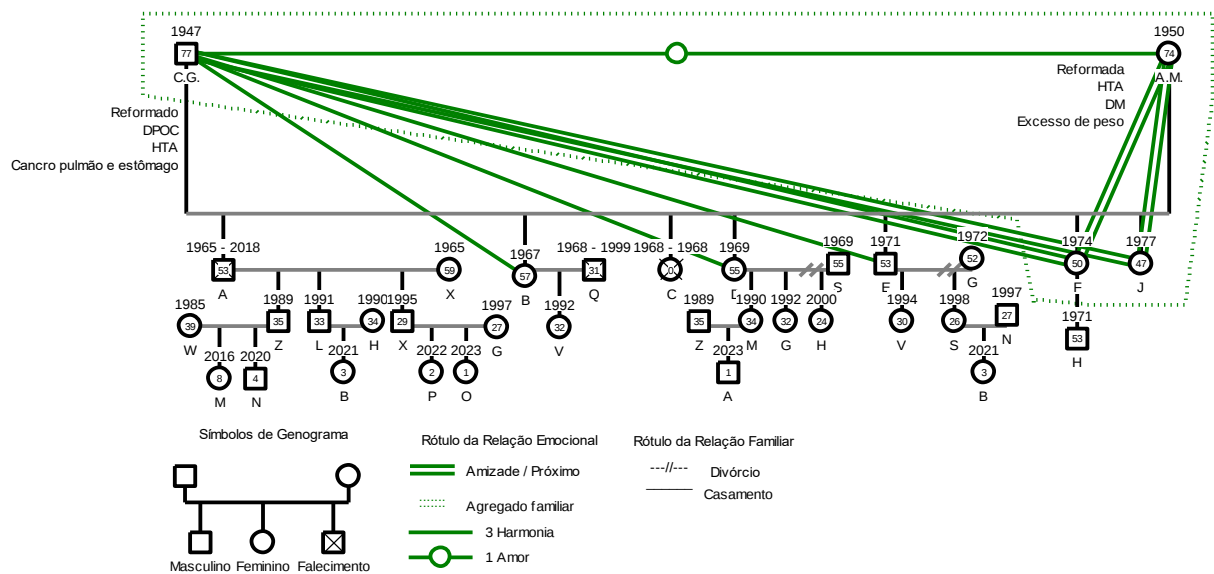
O número de contacto com as famílias em contexto de consulta e domicílio teve por base a disponibilidade dos membros da família estarem presentes, bem como da necessidade para a intervenção e avaliação de resultados. Relativamente à avaliação e intervenção individual, foi

realizada ao elemento portador de DPOC, sendo a minha área de interesse e ressaltado sempre as áreas de maior atenção nos momentos de intervenção.

3.1.2.1. Família A

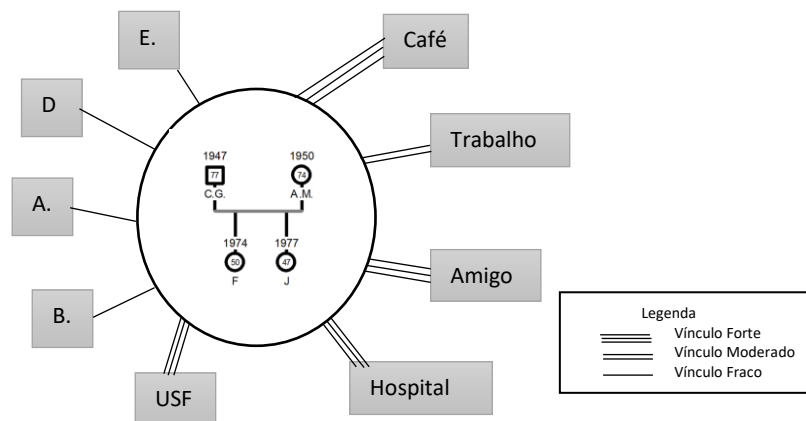
Foram desenvolvidas três consultas na USF com a Família A com duração média de 60 minutos. Os elementos da família A demonstraram disponibilidade para comparecer às consultas a partir de novembro de 2023 até ao fim do período do estágio profissional, com intervalo de duas semanas entre as consultas. Na primeira consulta esteve presente o C. portador de DPOC (GOLD 1) e um membro da família extensa, a filha F. Na segunda consulta esteve presente C., sua esposa A. e a filha F, na terceira e ultima consulta esteve o C. e a F. No sentido de obter dados relativamente à composição familiar, foram efetuadas questões lineares aos membros da família presentes nas consultas. O genograma, abaixo representa vínculos fortes entre todos os pertencentes ao agregado familiar, que tem uma ligação forte entre eles e estes têm uma importante influência no seu quotidiano (Figura 4).

Figura 4 – Genograma da família A



A Família A é uma família alargada, grupo que envolve além dos pais e filhos, exemplo: avós tios, primos (ICN, 2015), constituída por um casal C. com 77 anos e A. com 74 anos que vivem com duas filhas, a filha F. com 49 anos e a filha J. com 44 anos. É importante obter essa informação para perceber a quantidade e qualidade do apoio que possa existir, pois são forças muito influentes na estrutura familiar (Wright & Leahey, 2009). Na família alargada, a complexidade das suas funções amplifica-se, pois a influência direta pode, por um lado, proporcionar novas identidades, novos papéis, novas interações, dando um sentido à vida e um desejo de continuidade. Por outro lado, tem uma maior tendência para se criar conflitos entre os membros da família (Rodrigues, 2013). O casal (C e A) reside em casa das filhas F. e J., esta mudança surgiu recentemente (3 meses), pois necessitavam de algumas ajudas e a casa do casal não se encontrava em bom estado para habitar. Com a família extensa os filhos A, B, D e E, os elementos do casal revelaram que têm contato regular e muito próximo, pessoal e/ou telefonicamente. Referem que todos, prestam apoio emocional, conselheiros e com ajudas a nível material. No que diz respeito aos sistemas mais amplos, C. refere ter um vínculo forte com os amigos, referindo que “(...) vou todos os dias ao café para conviver e estar distraído, sinto-me bem em vir ao café da minha terra”. Refere ainda manter um vínculo forte com a instituição de saúde USF e Hospital, conforme é representado no ecomapa da família na figura 5.

Figura 5 – Ecomapa da família A.



Em relação à classe social, situava-se na classe média (III). A profissão no grau dois, a instrução no grau dois, a origem do rendimento familiar no grau três, o tipo de habitação no grau três e o local de residência no grau três. No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família A por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas na tabela 2.

Tabela 2 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família A, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
	Edifício Residencial	Tipo de habitação
	Precaução de segurança	Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas
		Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a utilização do equipamento
		Existência de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada
	Animal doméstico	Existência de animal doméstico e conhecimento sobre vacinação e serviços da comunidade
		Existência de desparasitação e conhecimento sobre serviços da comunidade
Dimensão de desenvolvimento	Satisfação conjugal	Relação dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
		Função sexual
	Papel parental – Família com filhos adultos	Conhecimento do papel
Dimensão Funcional	Papel do prestador de cuidados	Conhecimento do papel
		Comportamentos de adesão
		Consenso do papel
		Conflitos do papel
		Saturação do papel
	Processo Familiar	Comunicação Familiar
		<i>Coping</i> Familiar
		Interação de papéis
		Relação dinâmica

No âmbito da Dimensão Estrutural, a família tem aquecimento com aquecedores elétricos e gás canalizado e as filhas têm conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento da água é através da rede pública. A família vive numa moradia bem localizada, informação partilhada em consulta, não foi possível avaliar a higiene e condições da habitação, pois a família reside fora da área de abrangência da USF. Relativamente às barreiras arquitetônicas, tendo em conta as fotos observadas e partilha de informação pela família, a moradia é constituída dois pisos e uma área exterior com bastante espaço. A família A tem uma cadela, dois canários, um travesso e quinze periquitos como animais domésticos, a cadela encontra-se vacinada e desparasitada os restantes estão no anexo da moradia e são cuidados pelas filhas e C. refere, “(...) apesar de eu gostar muitos dos “passarinhos”, não cuido deles e nem me aproximo muito, pois sei que me faz mal por causa dos meus pulmões”. Conforme está descrito no Diário da República n.º 45/2017, Série I de 2017, o proprietário de um animal deve assegurar o seu bem-estar e respeitar as características de cada espécie e observar, no exercício dos seus direitos, as disposições especiais relativas à criação, reprodução, detenção e proteção dos animais e à

salvaguarda de espécies em risco, sempre que exigíveis (Artigo 1305, 2017). Neste seguimento, foi reforçado o incentivo à desparasitação dos animais, sendo um procedimento essencial a saúde, bem-estar e para a prevenção de doenças transmitidas por esses parasitas. A desparasitação regular dos animais de estimação não só ajuda a protegê-los de infestações de parasitas, mas também contribui para a saúde pública, já que muitos parasitas podem ser transmitidos para os seres humanos.

Tendo em conta os dados recolhidos, foram identificados os diagnósticos de **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro, Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado**, pelo que estes se constituem como um recurso e forças para a Família A.

No que diz respeito à Dimensão de Desenvolvimento, as áreas de atenção avaliadas foram a satisfação conjugal e o Papel parental – Família com filhos adultos. Relativamente à satisfação conjugal, foram consideradas as dimensões operativas relativas à relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual tendo em conta a perceção dos membros da família C. e A. No âmbito da relação dinâmica, C. foi questionado de forma linear sobre como se sentia com a partilha das tarefas domésticas, uma vez que vivia em casa das filhas, foi percecionado que as tarefas domésticas eram assumidas pelas filhas pelo que, esta área de atenção foi avaliada no âmbito do processo familiar.

Relativamente ao tempo que passam juntos, C. respondeu “(...) ela é muito complicada e teimosa (...) cada um faz a sua vida.”, foi debatido sobre o que queria transmitir com “(...) ela é muito complicada”, com um ar sorridente respondeu “(...) tem um feitio especial, é muito refilona e por vezes chocamos, no entanto já são muitos anos juntos, eu já a compreendo e dou-lhe o tempo e espaço que ela precisa”. Face à forma como partilham os seus sentimentos, utilizou-se o questionamento linear e circular para dar resposta às atividades diagnósticas. Assim, foi A. questionada sobre “(...) como é que expressa aquilo que sente ao C.?”, “(...) como é que o C. reagiu e expressou o que sentia quando decidiram que iriam deixar a vossa casa, para irem viver com as vossas filhas? A forma como estão juntos é diferente da que era antes?”, “(...) como é que acha que o C. se sente face à forma como a A. expressa os seus sentimentos?”, “(...) e como é que a A. se sente quando o C. partilha os sentimentos dele e quanto à forma como ele o faz?”. A. respondeu que “(...) o C. ficou transtornado com o fato de ter que deixar a sua casa e ir para casa das filhas, sendo que iria sair da cidade que cresceu”, “(...) ele tinha as suas rotinas diárias e conhece toda a gente, na casa das minhas filhas não saímos de casa, não conhecemos

ninguém.” O C. reforçou a resposta, transmitindo “(...) a minha filha traz-me todos os dias ao café da minha cidade e eu passo parte da minha tarde a jogar com os meus amigos e ao sábado vimos sempre à feira da minha terra.” Face à forma como estão juntos e na expressão de sentimentos, C. respondeu “(...) cada um é como é e damo-nos bem com isso, temos respeito um pelo outro, acima de tudo”. Relativamente à expressão de emoções negativas, A. revela que “(...) há coisas que não consigo falar com ele, prefiro que sejam as minhas filhas, elas sabem aquilo que me deixa triste.”

Posto isto, a arte pelo qual é feita essa transmissão às filhas, recebe o nome na teoria boweniana de processo de projeção familiar. Os pais podem transmitir para as suas filhas diferentes níveis de diferenciação do eu, a depender da forma como cada filho foi exposto à ansiedade dos pais. Compreender o casal a partir de uma perspetiva de ciclo vital implica perceber o seu desenvolvimento ao longo de estágios a serem cumpridos. Cada fase contempla desafios próprios em uma dimensão do tempo. Neste contexto, o ciclo de vida individual, acontece dentro do ciclo de vida familiar e é influenciado por ele. As tarefas desenvolvimentais específicas de cada estágio devem ser superadas tanto pelo indivíduo quanto pelo sistema familiar (Carter & McGoldrick, 1995; Cervený & Berthoud, 1997).

Naquilo que diz respeito à comunicação foi utilizado todo o tipo de questões: “(...) conversam sobre as vossas expectativas para o futuro a dois?”, “(...) como acha que o C. se sente com a forma como vocês comunicam?” A. divulgou que “(...) especialmente nesta fase, quer eu, quer ele, falamos sobre o que queremos e não queremos para o futuro, estamos na velhice o futuro já não nos diz muito. Acho que ele, assim como eu, estamos tranquilos com a relação que temos, já são muitos anos juntos”, revelando estar satisfeita com aquela que é a forma como comunicam entre eles. Nos idosos, a satisfação conjugal pode revelar conexões positivas com a expressão de forma clara de sentimentos, emoções positivas e comportamentos de apoio e conexões negativas com a frequência de discussões, *stress*, sintomas de ansiedade e depressão (Fernandes-Pires et al., 2021). Com um critério de diagnóstico inicial de **Comunicação Não Eficaz**, numa primeira avaliação foram desenvolvidas intervenções que se centraram nas ações de promover e motivar neste âmbito específico, o promover a comunicação expressiva das emoções e promover a comunicação do casal, concretizando as mesmas intervenções através da utilização da metáfora e dos rituais terapêuticos. Existem vários fatores que, em contexto de DPOC e de conjugalidade, concorrem para a tensão negativa entre o casal, implicando deterioração das relações conjugais e de cuidado: agravamento da doença; isolamento,

ausência de *coping*; modificação na personalidade e comportamento do doente; modificação de sentimentos no interior da relação (Fernandes-Pires et al., 2021).

Foi transmitido por A. que faria 75 anos no próximo mês, desta forma, foi sugerido festejar o seu aniversário, como maneira de fortalecer o vínculo entre eles. “Transmitiram que as tarefas domésticas eram asseguradas pelas vossas filhas, que tal serem vocês a organizar esta festa?”, ao qual responderam “(...) acho que somos capazes, seria engraçado.” Planejar rituais familiares com o objetivo de promover a união e criar memórias. Sempre que os rituais desaparecem, sentimos a carência humana de criá-los novamente, procurando a conexão e o sentido perdidos (Evan, 2020).

Relativamente à interação sexual, foi uma área de atenção também avaliada, uma vez que foram referidas algumas dificuldades na comunicação entre o casal, com o intuito de perceber a influência na sua interação sexual foram utilizadas questões lineares no sentido de perceber o conhecimento sobre a manutenção das relações sexuais e a satisfação de ambos com o padrão de sexualidade do casal. Assim, A. revelou que “(...) não temos relações sexuais há alguns anos, ele com os problemas todos que teve deixou de conseguir”. Para além disso C. refere “(...) já não temos essa necessidade, estamos bem assim”. Como refere Gradim et al 2007, a sexualidade não é expressa somente pelo ato sexual e o sexo nem sempre significa penetração. Com o envelhecimento, as adaptações sexuais tornam-se necessárias e ajudam na expressão da sexualidade em idosos (Gradim et al 2007). Os fatores que podem interferir na expressão da sexualidade ou no ato sexual transcorrem pelos aspetos individuais, fisiológicos e sociais, e apesar das limitações que podem ocorrer nos idosos, a satisfação sexual ainda pode permanecer (Magalhães et al, 2021). As dificuldades na aceitação da sexualidade nessa fase podem advir tanto pela ausência de informação como na conceituação que a sexualidade esteja restrita a genitalidade, informação presente nos idosos e sociedade (Magalhães et al, 2021).

Posto isto, após as intervenções sugeridas, o casal apresenta uma **Satisfação Conjugal Mantida**, com **Relação Dinâmica Não Disfuncional**, uma **Comunicação Eficaz e a Interação Sexual Adequada** sendo a **Função Sexual Não Comprometida**.

Naquilo que diz respeito à área de atenção papel parental – Família com filhos adultos, sendo um casal de idosos que regressa a casa das filhas adultas, procedeu-se à avaliação da dimensão operativa do conhecimento do papel. Relativamente ao consenso, conflitos e saturação do papel não foi necessária a avaliação. O Papel Parental foi abordado como área de atenção, uma vez que, a família A era constituída por um casal com duas filhas adultas, no entanto, estávamos

perante uma inversão de papéis. Com a mudança do casal para casa das filhas, estamos perante um “retorno às origens”, mas nesta situação não eram as filhas que retomavam a casa dos pais, mas sim os pais que saíam da sua casa, onde sempre residiram, para viver com as filhas. Estávamos perante uma nova adaptação que por vezes gera conflitos, pois tanto os pais quanto os filhos estão em processo de mudança. Quando se é criança, os adultos, e especialmente os pais, parecem seres com superpoderes, capazes de tudo. No entanto, quando envelhecem, é comum que a situação se inverta os filhos passam a ser os guardiões do bem-estar deles. É um momento delicado e por vezes os filhos têm a necessidade de acolher os pais, em casa. Assim esta decisão que deve ser acompanhada de um planeamento, que pode incluir não apenas modificações na casa, mas de preparação psicológica para a fase que se inicia. A inversão de papéis vivenciada na família A, onde as filhas desempenhavam o papel da gestão financeira, o cuidado doméstico, papel recreativo e por vezes o papel do provedor, foram dados de caracterização por área de atenção avaliados de uma forma mais minuciosa na dimensão funcional, no papel prestador de cuidados.

No âmbito do conhecimento sobre o papel, foi aplicado o questionamento linear, sendo que não se referiu à saída dos filhos de casa, mas sim à entrada dos pais na casa dos filhos, havendo esta inversão de papéis. A. referiu “(...) voltamos a estar juntos, sempre nos compreendemos muito bem. Estas duas filhas, são as mais novas e foram as que saíram mais tarde de casa.” Ao qual C. transmitiu “(...) num jardim com muitas flores, há sempre uma ou outra que floresce mais.” Posto isto, foi colocada a questão reflexiva “(...) o que C. queria dizer com “há sempre uma ou outra que floresce mais”?”, sendo clara a sua resposta “(...) tenho uma relação muito boa com estas duas filhas, elas compreendem-me muito e ajudam. Se eu precisar estão lá todos, eu sei, mas estas, são diferentes.” Normalmente os papéis de adulto centram-se numa atividade profissional e na constituição de uma família, contudo as mudanças sociais dão novos contornos à transição para a idade adulta. Relativamente aos idosos, devido às suas condições financeiras e de saúde acabam por necessitar do auxílio dos filhos para sobreviver, “sobrecarregando-os”, com a possibilidade de coabitação e cuidados, havendo, deste modo, uma inversão de papéis e consequentemente um aumento de “pressão” na geração do meio (Andrade, 2006). Com isto, é importante referir que os filhos, tem tarefas acrescidas das quais ser cuidador da geração mais nova e mais velha, emprego, tarefas domésticas para além das suas próprias dificuldades possibilitando uma agravante nos fatores psicossociais. Segundo Alarcão 2000, esta fase é caracterizada por grande movimentação familiar marcada por múltiplas saídas e entradas no sistema e por transformações relacionais importantes, que interligam as várias gerações.

Tentando também dar apoio à geração mais idosa, onde ocorre inversão dos papéis entre pais e filhos, para além das suas próprias tarefas: gestão pessoal, conjugal e profissional (Alarcão, 2000).

Foi identificado o diagnóstico de **Papel Parental (Família com filhos adultos) Adequado**, com **Conhecimento do Papel Demonstrado**.

No que se refere à Dimensão Funcional, procedeu-se à avaliação da área de atenção que diz respeito ao papel do prestador de cuidados considerando o conhecimento do papel, comportamento de adesão, consenso, conflitos e saturação do papel e processo familiar, considerando a comunicação, o *coping* familiar, a interação de papéis e a relação dinâmica.

O papel prestador de cuidados também foi avaliado dado que o C., embora considerado totalmente independente no autocuidado de higiene, alimentar, sanitário, sono-reposo, lazer, atividade física, gestão de regime terapêutico e auto-administração de medicamentos, a filha F. considerava importante a realização da gestão do padrão dietético e medicamentoso. Esta considerava que, embora ele não tivesse a necessidade por estar totalmente independente para as atividades de vida diária, é a forma que ela percebe que poderia promover maior vigilância aos pais, garantindo melhores condições para controlar as condições clínicas, prevenir complicações e aumentar qualidade de vida. No entanto, foi transmitida a necessidade de ajuda para se vestir e despir, pois ficava muito cansado.

Para avaliar a dependência do C. e de A. foi aplicada a escala de Barthel. Os resultados obtidos no C. foram 90 pontos, o objetivo desta avaliação permitiu verificar a sua independência para a realização de dez ABVD - comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney et al, 1965). Relativamente à pontuação obtido pela A. foram obtidos também 90 pontos, devido ao seu excesso de peso manifesta alguma dificuldade na deambulação. Segundo os diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association, quando a pessoa é incapaz de desempenhar as atividades de autocuidado pessoal por limitações resultantes de compromisso motor, sensorial ou da função cognitiva ou da sua combinação, referimo-nos a um défice de autocuidado (Nanda, 2012). As atividades de autocuidado reúnem normalmente as atividades básicas de vida diária, as atividades instrumentais da vida diária e as atividades avançadas da vida diária. Existem, atualmente, inúmeros instrumentos disponíveis cujo objetivo é a mensuração do autocuidado, a utilização de instrumentos na prática clínica permite identificar de forma objetiva as alterações físicas, psíquicas e espirituais, assim como

aspectos subjetivos de modificação do estado de saúde-doença. Assim, a sua utilização possibilita quantificar as alterações na condição de saúde da pessoa, adequar a intervenção e avaliar a evolução do seu estado clínico.

Para uma melhor avaliação da dependência no autocuidado, para além do Barthel foi utilizado o formulário de avaliação da dependência no autocuidado – Versão Reduzida (FADA). A versão reduzida do FADA é constituída por 8 dimensões (tomar banho, vestir e despir-se, arranjar-se, alimentar-se, uso do sanitário, transferir-se, andar e tomar a medicação), com um total de 27 itens. Apresenta uma moderada correlação com o Índice de Barthel e com a Escala de Lawton e Brody, evidenciando ser um instrumento de medida discriminatório (Parente et al, 2021). O nível de especificação do FADA é uma mais-valia, uma vez que permite compreender o tipo de dependência concreta que a pessoa possui, e o que facilita também a monitorização da sua evolução. Cada dimensão apresenta um número de itens específicos e cada item é medido através de uma escala ordinal pontuada de 1 a 4 (1 - dependente incapaz de realizar, mesmo com a ajuda de outra pessoa; 2 - dependente precisa da ajuda de outra pessoa; 3 - necessita de dispositivos auxiliares; e 4 - totalmente independente). A pontuação é calculada através do somatório de todos os itens para cada dimensão. O FADA é um instrumento que permite avaliar o nível de dependência (resultado) e identificar quais as atividades em que a pessoa tem compromisso, permitindo aos profissionais pensarem em soluções/estratégias que, eventualmente, possam dar resposta às necessidades de autocuidado da pessoa em função da sua condição clínica (ESEP, 2021). O resultado obtido da avaliação para C. foi de 20 itens totalmente independente e 7 itens em necessita de dispositivos auxiliares, evidenciando necessidade de ajuda no autocuidado. Para A. obteve-se 22 itens totalmente independente e 5 itens em necessita de dispositivos auxiliares.

A filha F., esteve presente em todas as consultas e de uma forma linear, circular e com perguntas de tríade foi questionada sobre “(...)Se C. realiza o seus cuidados de higiene, se necessita de ajuda para se vestir, comer, beber e ir ao sanitário? (...)É sempre a filha F. a fazer o percurso com o C. para o café da sua terra? (...) A nível de medicação quem prepara? Há necessidade de supervisionar a toma da medicação dos seus pais? (...) Promove a independência de C. nas atividades de vida diárias? Incentiva a que eles preparem a sua medicação, assim como os seus alimentos?”. Houve alguma hesitação nas respostas a estas questões, pelo que se promoveu o aumento do conhecimento, ensinando sobre as mesmas, nomeadamente sobre a motivação da filha F. para o conhecimento do papel, assim como o comportamento de adesão. O processo de

prestação de cuidados sendo contínuo, complexo e dinâmico é caracterizado por constantes variações, ao longo dos tempos, nas necessidades e sentimentos de quem recebe e de quem presta os cuidados, em função da própria evolução da doença e da situação de incapacidade ou dependência, do contexto familiar e da fase do ciclo familiar, das redes de apoio social, dos sistemas de crenças e de como a família percebe todos esses fatores (Brito, 2002). A filha F. partilhou “(...) Sou eu que preparo a medicação deles, mas eles são responsáveis pela sua toma, a nível de alimentação também somos nós as duas que cozinhamos. (...) Na higiene o meu pai faz sozinho, mas para vestir precisa de ajuda. Cansa-se muito.”

Neste seguimento, a filha F. foi questionada de forma linear “(...) Quando os seus pais viviam sozinhos, eram eles que preparavam a medicação e as suas refeições? Relativamente aos cuidados higiene tinham alguma ajuda? Quem fazia as compras domésticas?”, ao qual referiu “(...) Eram eles que faziam tudo sozinhos e não faziam bem, por isso, vieram viver connosco, já não eram capazes.” Segundo Monterroso et al. (2018), o isolamento social está estatisticamente relacionado com a baixa adesão do regime medicamentoso, conseguindo explicar a necessidade e segurança que os elementos da família sentiram em assumir a gestão da medicação. A família surge como parceira na situação de défice de autocuidado, como agente fomentador ou executor do mesmo, como é sustentado pela teoria do défice de autocuidado, ou seja, quando o indivíduo não é capaz de desenvolver atividades para a manutenção do seu bem-estar (Ourem, 2001, como citado em Ribeiro, 2023). No entanto, o casal como se encontra a viver em casa das filhas, nunca efetuou a autogestão do regime medicamentoso e apresentou, em consulta, capacidade cognitiva, memória e perceção. Segundo Ribeiro (2023), as pessoas que apresentam capacidade de realizar a gestão da medicação deverão ter essa responsabilidade, pois permite que a pessoa apresente um papel mais ativo na sua saúde, promovendo a sensação de controlo sobre a sua condição, a pessoa fica mais receptiva às recomendações dos profissionais de saúde, a personalizar o estilo de vida conforme as necessidades individuais, aumenta a autonomia na tomada de decisão sobre a sua saúde e previne a dependência gradual dos cuidadores. O incentivo da autogestão gera uma parceria colaborativa entre a pessoa e o prestador de cuidados, auxiliando a comunicação eficaz e a decisão compartilhada (Ribeiro, 2023).

Além destes dados, foram exploradas as atividades recreativas que os membros da família tinham. A filha F, de forma emocionada transmitiu “(...) levo o meu pai todos os dias ao café da sua terra, fica a 25 Km de minha casa. É complicado gerir, no entanto, é importante para ele e ele quer. Mais não posso fazer!”, relativamente a A. a filha F. referiu “(...) a minha mãe nunca

quer sair de casa, passa muito tempo a ver televisão”. Neste sentido como consequência, pode surgir o comprometimento cognitivo, aumento da probabilidade de depressão ou ansiedade, o sedentarismo, a maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, como existir a sensação de insatisfação pela vida (Bezerra et al., 2020). Os elementos da família identificaram que, embora a A. se apresente saudável a nível cognitivo, observaram o declínio a nível físico (dificuldade na locomoção, aumento do receio de cair e dificuldade em subir escadas e aumento de peso). O casal, demonstrou conhecimento sobre a importância das atividades de lazer, mas manifestaram dificuldade em identificar as atividades adequadas e encontrar estratégias para motivar a A. a realizá-las.

Ainda no papel prestador de cuidados, foi essencial verificar se existia consenso, conflito e saturação do papel de prestador de cuidados. Os elementos da família referiram que todas as decisões eram tomadas com consenso entre todos e estavam satisfeitos dessa forma, não existindo conflito. Começou-se por questionar de forma linear se C. tinha receios associados à comunicação expressiva das emoções e na promoção do envolvimento da família extensa, o mesmo respondeu “(...) os meus filhos comunicam todos muito bem e quando algo mau acontece eles aparecem todos para ajudar.” A filha F, interrompeu “(...) eles aparecerem sim, vão lá todas as semanas visitar, mas tratar dos meus pais somos apenas nós as duas.” Posto isto, procedeu-se a questões de tríade, para compreender a resposta dada pela filha F., questionando-a “(...) Como a sua vida social tem ficado pelo facto de acompanhar desta forma os seus pais? (...) Que atividade social tem deixado de fazer?”, ao qual respondeu “(...) tenho abdicado de algumas coisas, principalmente de cuidar de mim.” Na linha de pensamento da redefinição de papéis, no *coping* familiar, o C. e a F. eram capazes de identificar o problema e tinham iniciativa para o resolver, no entanto, embora estivessem satisfeitos com a forma como discutiam sobre os problemas, por vezes não o faziam para todos os que surgiam na família. A família estava a viver uma nova experiência desde a mudança de casa, sendo que existia a necessidade da adaptação e ajustamento da organização do sistema de forma a promover bem-estar e prevenção de complicações associadas. Embora os membros da família tivessem identificado o problema, não falaram sobre ele e não utilizaram os recursos existentes para o resolver. Os recursos da família, referem-se à capacidade de adequação a novas situações, concordância na unidade familiar, coerência nas decisões a tomar, forma como estão constituídos e eficácia a resolver conflitos, mas também experiências anteriores, estrutura, função, processo familiar, recursos, capacidades da mesma, entre outros são fatores que vão contribuir para delinear as estratégias de *coping*. As famílias com mais probabilidade de

adaptação são aquelas que apresentam um número reduzido de causas de *stress* em simultâneo, que têm grande capacidade de funcionamento e comunicação, facilidade de adequação, encaram as situações numa perspetiva positiva, entendendo que se vão orientar devidamente pois conseguem desenvolver eficazes estratégias de *coping* (Peixoto et al, 2009).

Perante a atividade diagnóstica realizada com a filha F. e C. nos primeiros contatos pude concluir um **Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do Papel e Comportamentos de adesão Não Demonstrado, Consenso do papel NÃO, Conflitos do Papel NÃO e Saturação do papel SIM**. Para compreender o consenso do papel do prestador de cuidados, foi utilizado o questionamento linear e estratégico: “(...) para C. estava bem definido o seu papel pelos membros da família?”, “(...) como se sentia face à comunicação expressiva de emoções?”, “(...) a necessidade de negociar a redefinição das tarefas parentais?”. Houve alguma hesitação nas respostas a estas questões, pelo que se promoveu o aumento do conhecimento, ensinando sobre as mesmas, nomeadamente sobre a redefinição de papeis, tendo em conta esta nova etapa de vida “(...) todos sempre compreenderam as minhas vontades, no entanto, só estas minhas filhas me vão ajudando mais, sinto que elas têm muito mais trabalho connosco.”

Foi reforçado que definir e distribuir as tarefas entre os membros da família é uma prática importante para o bom funcionamento do lar e para a manutenção da coesão familiar. Ao atribuir responsabilidades específicas, cada membro da família contribui para o bem-estar geral e para a eficiência das atividades do dia a dia e promove a participação e o senso de pertencimento de todos. Os encontros familiares podem contribuir para o fortalecimento das relações intergeracionais, e são compreendidos como experiência satisfatória, possibilitando a expressão de sentimentos de união, alegria, senso de pertença ao grupo familiar, partilha de experiências e ausência de conflitos (Rabelo et al, 2014). Estes encontros, presenciais ou não, dependem da frequência, podem propiciar oportunidade de reconhecimento e transmissão de valores socioculturais, partilha de conhecimentos entre as diversas gerações, revelando assim a qualidade das relações que vão sendo construídas no tempo (Rabelo et al, 2014). A análise da família, em uma perspetiva sistêmica e comunicacional, pode ser relevante para a compreensão das relações que nela se estabelecem, por vezes harmônicas, conflituosas ou ambivalentes, mas determinantes para a saúde mental dos seus membros mais idosos. Na diversidade de valores, atitudes e comportamentos, das perdas e limitações físicas e cognitivas, entre outros fatores, que podem constituir-se como fontes de conflitos intergeracionais, a utilização de recursos, como a flexibilidade, o respeito mútuo, o

diálogo constante (Silva et al., 2015), sem ruídos importantes na comunicação, e o apoio das redes de suporte social, constituem-se importantes ferramentas para a garantia de um ambiente harmonioso entre os idosos e sua família.

Na saturação do papel, foi verificada a sua saturação por parte da filha F. pelo que considerei importante clarificar melhor este impacto do papel prestador de cuidados, na filha, para melhor decidir sobre as intervenções e a sua concretização, nos diagnósticos de família. Foi aplicada à filha F., a escala de zarit que teve como resultado 40 pontos na escala. Este resultado significa que existia uma sobrecarga moderada. Os itens permitem identificar situações que podem promover a sobrecarga, nomeadamente a diminuição de tempo que os prestadores de cuidados têm para desempenhar as suas tarefas, o aumento de tensão quando têm que prestar cuidados ao seu familiar quando têm outras tarefas para desempenhar, a situação que vivenciam afeta de forma negativa a relação com os seus amigos/familiares/relações sociais, a presença de receio do futuro destinado ao familiar dependente, a sensação de não ter uma vida privada como deveriam, a presença da sensação que o familiar dependente espera que sejam os únicos prestadores de cuidados com que pudesse contar e a presença da sensação que poderiam fazer mais pelo familiar dependente. F. manifestou sentimento de sobrecarga na prestação de cuidados, pois aquando da resposta “(...) mais não posso fazer”, a emoção tomou posse dela. Foi promovida a comunicação expressiva das emoções, assim como, a motivação para a redefinição de papéis pelos membros da família “(...) as pessoas que prestam cuidados a doentes crónicos, frequentemente sofrem alterações adversas na vida familiar e social, para além de manifestarem um aumento sensível da sua morbilidade, sobretudo ao nível da saúde mental. Reconhecer as recíprocas influências do indivíduo, família e outros sistemas sociais torna-se fundamental na análise da família na presença da doença crónica (Brito, 2002).”

Assim, foi promovida a comunicação expressiva das emoções com o objetivo de permitir que todos os membros da família pudessem partilhar abertamente os seus sentimentos. Explorado quais as situações geradoras de maior saturação, promovidas estratégias de *coping* e motivada redefinição dos papéis dos membros da família. Com recurso às técnicas de intervenção, utilizou-se questões reflexivas, colocadas à filha F. como “(...) Gostava que outro dos seus irmãos leva-se o seu pai diariamente ao café? (...) Qual o motivo de ser sempre você? (...) A sua vida mudou com esta rotina diária?”. Ainda com alguma emoção respondeu, “(...) é desgastas-te para mim, por vezes muito difícil. (...) Eu trabalho por turnos e vou gerindo, mas sei que não vou aguentar fazê-lo sempre.” Posto isto, foi-lhe solicitado que imaginasse uma lanterna sem

bateria, que não consegue emitir luz, deixando o ambiente na escuridão. Da mesma forma, quando um cuidador está exausto, sua capacidade de fornecer cuidados adequados e de qualidade pode ser comprometida, resultando em um ambiente onde a assistência é insuficiente. Assim como uma lanterna sem bateria precisa ser recarregada para que a luz possa brilhar novamente, é fundamental que quem cuida encontre tempo para cuidar de si mesmo, isso pode significar tirar um tempo para descansar, relaxar, procurar apoio de outros ou ajuda profissional (Proot et al., 2003), fazem referência à vulnerabilidade e fadiga do ato de cuidar em contexto de DPOC que podem conduzir o cuidador familiar a situações de *burnout* devido a desequilíbrios e incapacidade de conseguir fazer *coping*. Simpson et al. referem a hipervigilância, o medo e a ansiedade, principalmente perante a exacerbação do doente, como maiores fontes de *stress* que contribuem para situações de *burnout* do cuidador informal (Simpson et al., 2010).

No sentido de potenciar o *coping* familiar, foram realizadas questões de escala à filha F., tais como “(...) numa escala de 0 a 10, onde 0 é nada confiante e 10 é muitíssimo confiante, quão confiante está em relação à sua autonomia?”, ao qual respondeu que “(...) talvez um 6 ou 7, não sei bem... é difícil...”, nesse caso “(...) O que acha que pode fazer para ter uma classificação superior?”, ao qual respondeu “(...) Ter alguma ajuda.” De seguida, foi questionado C. “(...) numa escala de 0 a 10, onde 0 é nada apoiado e 10 é muitíssimo apoiado, quão apoiado se sente pelas suas filhas, que são o seu apoio? E pela A.?”, respondendo que “(...) não há dúvida que é um 10”. Com estas questões, pretendeu-se oferecer a perspetiva a C. de que, mesmo que não se sinta totalmente confiante para exercer as suas atividades de vida diárias, sentia-se plenamente apoiado por membros da sua confiança e esse apoio poderia servir para potenciar a sua autoconfiança, reforçando a ideia com a seguinte metáfora: “(...) imagine-se como uma árvore que sobreviveu a várias estações, tem raízes profundas e galhos sólidos. Esta árvore centenária representa a força interior, a resiliência e a capacidade de se adaptar às circunstâncias, assim como a árvore enfrenta tempestades, ventos fortes e mudanças climáticas, você encara os desafios da vida com coragem e determinação!”.

Após a realização das três consultas com a família A verificou-se o **Papel Prestador de Cuidados Não Adequado, com Conhecimento do Papel Demonstrado, Comportamento de adesão Demonstrado, e Consenso do Papel SIM, Conflitos do Papel NÃO e a Saturação do Papel SIM**, no que concerne à estimulação da dependência para a gestão da medicação e para a promoção de atividades recreativas adequadas do membro da família. Estes dados são critérios de diagnóstico de **papel prestador de cuidados não adequado**.

Nesta perspectiva, foram realizadas as seguintes intervenções: ensinar os prestadores de cuidados sobre a importância de estimular a independência; motivar os prestadores de cuidados a estimular a independência do membro da família dependente; motivar atividades recreativas do membro da família dependente; promover comunicação expressiva de emoções; promover estratégias de *coping* para o papel; explorar quais as situações geradoras de saturação.

Como atividades para concretizar as intervenções, inicialmente, foi explorado, com todos os elementos da família, a importância de promover a autonomia e independência na preparação da medicação e os benefícios para C., bem como para a família. Além disso, foi co-explorado, através de questões lineares e reflexivas, o significado da mudança com a finalidade de promover a motivação, questionando a filha F. “(...) O que identifica de diferente na saúde do C. nos últimos 3 meses?; As alterações que identifica o que significam para si?; O que considera importante para manter a condição de saúde do C.?”, às quais respondeu “(...) assim sei que o meu pai toma a medicação direito (...) por vezes, quando ele vivia em casa dele a medicação sobrava, o que significava que ele não tomava.” Então foram colocadas ao C. questões reflexivas para permitir criar uma nova visão sobre a importância de preparar a medicação “(...) Se preparasse a medicação poderia estar mais envolvido e ajudar a tomar decisões sobre a saúde junto com o resto da família?”, aqui respondeu “(...) sinto que sou capaz de o fazer, mas assim sei que não me engano, não me importo que seja a minha filha, sinto-me bem assim.” Por fim, foram colocadas questões circulares hipotéticas utilizadas com intenção corretiva “(...) Se a partir da próxima semana o C. comesse a preparar a medicação como o faria?; Preparar junto com a sua filha iria deixá-lo confortável?”, o C. transmitiu “(...) seria bom preparar com a minha filha, assim estava mais ocorrente daquilo que tomo.” Embora a família tenha demonstrado conhecimento sobre a importância de estimular a independência do C. e da A., reforçaram que apenas era um carinho a partilhar com eles, transmitindo “(...) São muito mimados, eles não dão assim tanto trabalho, prefiro ser eu e a minha irmã a preparar a refeição, assim conseguimos controlar melhor.”

Em relação à área de atenção processo familiar da dimensão funcional foi aplicado, inicialmente, a escala de readaptação social de Holmes e Rahe que apresentou uma classificação inferior a 140 pontos para todos os elementos da família em relação aos acontecimentos no último ano do momento da avaliação, permitindo verificar que a probabilidade de incidência de doenças associada a eventos de stress é muito reduzida ou nula nesta escala. De seguida, são avaliadas

as dimensões do processo familiar, nomeadamente: comunicação familiar, interação de papéis, relação dinâmica e o *coping* familiar.

Foi avaliada a partilha de tarefas no processo familiar, C. revelou “(...) não fazemos nada, elas fazem tudo”, sendo reforçado pela filha F. “(...) nem a cama deles fazem, somos sempre nós”. Santos 2021 refere que o cuidar do idoso no ambiente doméstico leva a família a uma sobrecarga que muitas vezes gera desordens emocionais, físicas, económicas e sociais para o cuidador. Assim os idosos têm o direito de manter sua independência e autonomia, desde que seja seguro para eles realizar as tarefas domésticas. Os cuidadores devem incentivar os idosos a participar das suas atividades diárias, sempre respeitando seus limites e necessidades, é fundamental promover a autoestima e a sensação de utilidade nos idosos, permitindo que se sintam valorizados e ativos (Santos, 2021).

Relativamente ao fato de não realizarem tarefas domésticas em casa das filhas, utilizaram-se questões de escala, questionando-se, de 0 a 10 onde 0 é nada satisfeita e 10 é muitíssimo satisfeita, como é que A. se sentia em relação a esta questão e como é que lida em não realizar qualquer tipo de tarefa doméstica, uma vez que, na sua casa era ela que realizava tudo. A. respondeu que, de facto, “(...) por vezes, sinto-me inútil e acabo por lhes dar muito trabalho. No entanto, já não era capaz de tratar sozinha de uma casa e o meu marido já necessita de muito cuidados também. Sendo assim, daria um 6 para a minha resposta”. Quanto ao “(...) sinto-me inútil” questionou-se de forma reflexiva o que significaria esta expressão em concreto, ao qual A. respondeu que “(...) sinto que já não me consideram capaz para fazer nada e que preciso que cuidem de mim...”, então “(...) Porque deu um 6 na sua resposta e não número mais baixo?”, A. referiu “(...) Porque a culpa também é minha, sou preguiçosa”. Considerando a resposta e o facto de a mudança para a casa das filhas ser relativamente recente, questionou-se sobre a importância de realizar algumas tarefas domésticas, ao qual respondeu “(...) até acho que me fazia bem, ia estar mais ativa”. Esta ideia é sustentada por Reichel et al 2001, quando afirmam que a relação existente entre o envelhecimento e a autoestima está envolta em controvérsia, pois esta última etapa da vida, associada à discriminação de que os idosos são alvo, está intimamente ligada à fragilidade em termos físicos e psicológicos que podem, por sua vez, causar transtornos na sua autoestima. Criando uma comunicação aberta e o respeito mútuo, tornam-se essenciais para estabelecer uma relação positiva entre cuidadores e idosos. Como defende Santos et al 2021, a redução da capacidade funcional dos idosos caracteriza-se pelo processo de perda de habilidades para manter as tarefas básicas do quotidiano.

Quando questionado C. sobre a realização de tarefas domésticas, o mesmo refere “(...) nunca fiz nada em casa, sempre foi a minha mulher. Eu tratava do quintal e dos animais.” Segundo Reis et al 2021, a responsabilidade pelos cuidados com filhos e afazeres domésticos era incumbência única e exclusiva das mulheres, sem qualquer contraprestação pecuniária. Face a isto, reforçou-se a importância dos rituais familiares na manutenção da coesão familiar, referindo que “(...) os rituais ajudam a criar um senso de união e conexão entre os membros da família. Eles proporcionam um espaço dedicado à partilha de experiências, emoções e histórias, o que fortalece os laços familiares e contribui para um relacionamento mais próximo entre todos. Sendo que foram viver para casa das filhas, e considerando que as mesmas foram suas “aprendizas”, reforçou-se que, se eles continuarem a participar na realização de algumas tarefas domésticas, seria uma forma de transmitir valores, crenças e tradições familiares às gerações mais jovens e desta forma permitir que os membros da família compartilhem e vivenciem práticas, fortalecendo a identidade familiar e o senso de pertencimento (Fiamenghi, 2002; Zordan, Dellatorre & Wieczorek, 2012).

No que concerne à interação de papéis, foram encontrados dados sugestivos de conflitos de papéis familiares. Na percepção de C. e no que diz respeito à relação dinâmica esta não reconhece discrepância de poder com A. nem com as filhas. Existe união e C. sente-se satisfeito com a forma como esta é manifestada. Naquilo que diz respeito à funcionalidade da família, após a aplicação da escala da funcionalidade da família (Apgar Familiar de Smilkstein), o resultado traduziu que, para estes membros, a sua família é altamente funcional, obtendo a classificação total de 10 pontos, ou seja, quase sempre estão satisfeitos com a ajuda que recebem da família, com a forma como discutem assuntos de interesse comum, da forma como a família manifesta a sua afeição e reage aos sentimentos de cada membro, o tempo que passam juntos e com a forma como concordam com o desejo de encarar novas atividades ou modificar o estilo de vida.

A família estava a viver uma nova adaptação, uma vez que, a mudança para casa das filhas tinha acontecido muito recentemente, sendo que existia a necessidade da adaptação e ajustamento da organização do sistema de forma a promover bem-estar e prevenção de complicações associadas. Neste sentido, foi identificada o diagnóstico de **Processo Familiar Não Disfuncional por Comunicação, Coping, Interação de Papeis Eficaz e Relação Dinâmica Funcional**, constituindo-se como uma força e recurso para a Família A.

Os resultados obtidos com a família A foram positivos, no entanto, houve necessidade de um acompanhamento continuo que foi incentivada a sua continuidade pelo ET. Devido à distancia

considerável da residência da família A, o número de contatos foi menor por impossibilidade da família. No decorrer das consultas, todos os dados dos membros da família foram importantes para o processo de cuidados à família, todavia foram também dados importantes para avaliação das necessidades individuais e desenvolver um plano de cuidados. Os dados individuais foram extraídos e documentados da documentação já efetuada no sistema de informação Sclinico. No decorrer das consultas, os elementos da família demonstraram satisfação sobre os cuidados de enfermagem prestados, reconhecendo que o funcionamento da família tem influência no bem-estar de todos os seus membros, assim como a saúde de cada elemento e o efeito na família como um todo.

Prestação de cuidados ao membro C, da família A

O C. tem 77 anos de idade, apresenta o quarto ano de escolaridade, não apresenta hábito de consumo de tabaco, álcool ou drogas, sempre cumpriu o esquema de vacinação conforme recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação. Documentado tem, como antecedentes clínicos, DPOC (Ex-fumador) 2019, enfisema centrilobular exuberante, duas neoplasias pulmonares, carcinoma gástrico, com gastrectomia subtotal em 2004, Cancro urotelial 2012. Como regime medicamentoso tem, ácido acetilsalicílico (AAS), sinvastatina, Anoro, amlodipina, cálcio, vitamina B12, referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado.

O C. apresentou, em novembro de 2023, peso corporal de 70 kg, altura de 170 metros (dados que permitem calcular o índice de massa corporal (IMC) de 24 kg/m² - resultado de peso normal (DGS,2013)), perímetro abdominal de 86 centímetros que corresponde a um risco aumentado de complicações metabólicas (Camolas et al., 2017), pressão arterial de 146/89 mmHg e frequência cardíaca de 65 bpm. Além destes dados, não tem prática habitual de atividade física, além das atividades de vida diárias, come vegetais e fruta todos os dias, refere realizar 6 refeições diárias.

Foi questionado a C. “(...) O que sabe sobre a DPOC?; Sabe as complicações que a doença poderá trazer? No caso, dos sintomas se agravarem, houver uma exacerbação o que deve fazer?”, após uma pausa, respondeu “(...) já tenho tantos problemas, este só veio complicar mais um bocadinho, no entanto, sei que tenho esta doença pois fumei muito e sei que pode complicar, posso ter mais dificuldade em respirar. Se tiver mais falta de ar, faço os SOS.” Demonstrou algum

conhecimento sobre a DPOC, as possíveis complicações associadas e algumas possíveis mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, que poderiam surgir. O C. demonstrou iniciativa em querer envolver-se no processo através da procura de informação sobre a doença e as mudanças de comportamento adequadas à sua condição. A procura da informação era restrita apenas às filhas e equipas de saúde, pelo que se apresentava necessidade de esclarecimento de dúvidas. Com este feedback, foi possível perceber que havia potencial para melhorar o conhecimento sobre a DPOC, sobre as suas exacerbações e autogestão do regime terapêutico, e foi neste sentido que ao longo das consultas realizadas fui verificando modificação do status nos diferentes diagnósticos.

Além do diagnóstico da DPOC, o C. tem diagnóstico de HTA, sendo que, para a prevenção de complicações associadas e para a promoção do bem-estar, o exercício físico e a alimentação adequada são também considerados no regime terapêutico (Cardoso et al., 2019). Em relação à alimentação o padrão de alimentação era composto por seis refeições por dia com ingestão de frutas, legumes e potássio, ingestão adequada de gorduras e sal face ao regime dietético aconselhado. Apresentou conhecimento sobre o padrão de alimentação saudável e sobre a autogestão do padrão de alimentação. O C. referiu dormir dez horas durante o período da noite, um sono reparador, com hora de despertar às nove horas. Relativamente à prática habitual de atividade física, além das atividades de vida diárias, o C. não realizava atividade nenhuma devido às suas limitações físicas, fazia uma pequena caminhada diária.

Após aplicação do teste da avaliação da DPOC (COPD Assessment test cat) (Anexo 2), o C. apresentou um resultado de 25, que significa que a DPOC tem um nível de impacto na sua vida alto, assim teve como domínio de atenção a dispneia. A avaliação do conhecimento do utente é um elemento importante na DPOC, pois visa motivar, consciencializar e orientar o utente em relação à DPOC. Assim, a educação em saúde favorece a participação ativa do paciente nos seus cuidados com a saúde (Ferreira et al, 2021). A realização do questionário sobre DPOC é importante, a fim de, auxiliar tanto o utente bem como o profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC está a ter no seu bem estar, e na sua vida quotidiana. A dispneia define-se como um “processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade” (Ferreira et al, 2021). Assim, estando a dispneia a influenciar negativamente a vida do indivíduo é

importante fornecer estratégias que favoreçam a prevenção dos episódios. Estes dados permitiram formular os diagnósticos de enfermagem individual do C., descritos na tabela 3.

Tabela 3 - Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para C.

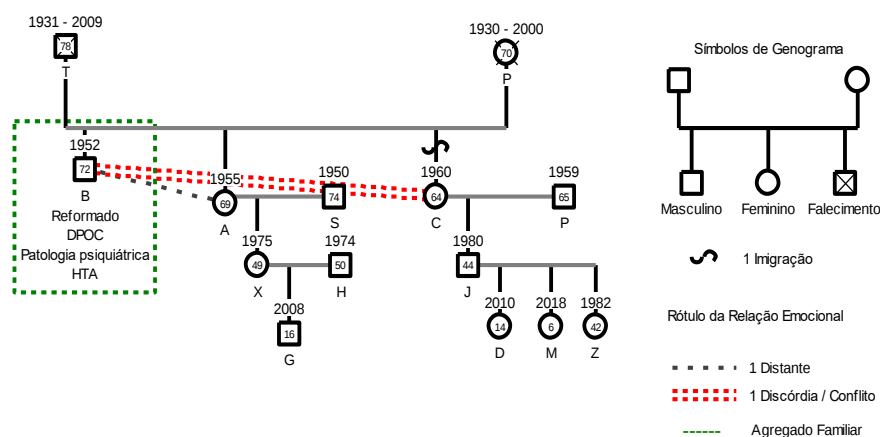
Domínio	Diagnóstico de enfermagem
Adesão à vacinação	Adesão à vacinação
Desenvolvimento físico	Desenvolvimento físico comprometido
Sistema respiratório	Dispneia
Sistema Cardiovascular	Hipertensão em grau moderado
Aceitação Estado Saúde	Potencial para melhorar conhecimento sobre DPOC
Autogestão do Regime Dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético.
Autogestão do Regime de exercício	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício.
Autogestão do Regime do medicamento	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso
Conhecimento sobre exacerbações da DPOC	Potencial para melhorar conhecimento sobre exacerbações da DPOC

Foram formulados estes diagnósticos, a Adesão à vacinação pela importância da redução na incidência da Doença Invasiva Pneumocócica, prevenindo as complicações, sequelas e impacto social da doença, individualizando as pessoas de maior risco, sendo a DPOC incluída e definindo o esquema vacinal (DGS, 2015). O desenvolvimento físico comprometido, uma vez que, C. apresentava o Perímetro da abdominal >80 cm, este refere um risco aumentado, já que, se dá um aumento do esforço muscular necessário para a ventilação, com maior dispneia e redução da tolerância ao exercício. Além disso, a inflamação sistêmica e o aumento da contagem de leucócitos no sangue observada nos obesos podem ser responsáveis por piorar a obstrução crônica das vias aéreas (pelo aumento da resposta inflamatória e consequente edema) e pelas exacerbações agudas da doença (Serra, 2019). A avaliação do perímetro abdominal revela-se também importante uma vez que a gordura visceral secreta substâncias químicas pró-inflamatórias. A inflamação crônica pode causar danos no revestimento dos vasos sanguíneos, levando ao estreitamento e à rigidez das artérias, aumentando assim a pressão arterial e o risco de doenças cardiovasculares (Lacerda, 2000).

O Conhecimento sobre exacerbações da DPOC, devido à dispneia presente na realização das AVD's. Assim, fomentar o conhecimento sobre as estratégias na gestão da sua energia, foi importante no reforço da sua autonomia. A causa mais comum são infecções respiratórias virais, exposição a gases/poeiras, entre outros. A exacerbação pode ser classificada em: 1) Leve: resolve apenas com broncodilatadores, 2) Moderada: necessita de corticoide sistêmico, 3) Grave: há necessidade de hospitalização, mesmo que apenas na emergência (GOLD, 2018). As intervenções foram no âmbito de; Ensinar sobre exacerbações: Ensinar sobre o que fazer em períodos de exacerbação: Ensinar que pode optar por utilizar um broncodilatador e perceber se

Foram também, selecionadas as intervenções referentes ao domínio autogestão do regime de exercício (Ensinar sobre regime de exercício; Exercício aeróbio: Caminhadas, pedaleira, subir e descer escadas, entre outros; Exercícios respiratórios: Usados para aumentar os volumes pulmonares, a expulsão de secreções e para melhorar a mobilidade torácica, facilitando as respirações profundas (2x/dia 5/10 repetições); Avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício, assistir cliente a analisar o significado dificultador). Com a construção do plano de cuidados de enfermagem para dar resposta às necessidades identificadas, foi possível observar a evolução de C. principalmente na sua gestão de energia, e a sua capacitação nas AVD.

Foram desenvolvidas cinco consultas no domicílio com a Família B com duração média de 50 minutos. Os elementos da família B demonstraram disponibilidade para participar nas consultas a partir de novembro de 2023 até ao fim do período do estágio profissional, com intervalo de duas semanas entre as consultas. Na primeira consulta esteve presente o idoso B. portador de DPOC (GOLD 2). Na segunda consulta esteve presente o B. e a irmã A., na terceira esteve o B., na quarta esteve presente o B. e A. e na quinta e última consulta esteve o B. No sentido de obter dados relativamente à composição familiar, foram efetuadas questões lineares aos membros da família presentes nas consultas. O genograma, abaixo representado pela figura 6.



A família B é do tipo Unipessoal, uma pessoa numa habitação (Figueiredo, 2012). Segundo o INE, entende-se por agregado doméstico privado um "conjunto de pessoas que tem a residência habitual no alojamento familiar ou a pessoa independente que ocupa um alojamento familiar", sendo que, neste último caso, trata-se de um agregado doméstico unipessoal. Os dados mostram que a população portuguesa diminuiu nos últimos 10 anos, mas o número de agregados familiares aumentou 2,6%. De acordo com o INE sobre as estruturas familiares, e que tem por base as estatísticas dos Censos 2021, em Portugal existem 4.149.096 agregados domésticos privados. Em 2021, existiam 1 027 871 agregados domésticos privados unipessoais. O crescimento expressivo do número de agregados domésticos privados formados por uma só pessoa (18,6%) está relacionado com vários fenómenos demográficos, como o aumento da esperança de vida e sociais. Segundo um estudo encomendado pela OCDE (2010) chamado "The Future of the Family 2030", projeta-se que até 2030 mais de 40% dos arranjos familiares serão compostos por pessoas que moram sozinhas.

Em relação à família extensa, B. tem duas irmãs, a A. com quem mantém um vínculo fraco e a irmã C. que se encontra emigrada com a sua família, com esta irmã o B. não tem qualquer contato. O B. afirma ter um vínculo moderado com as instituições de saúde, que lhe prestam cuidados (higiene e alimentares) uma vez que, refere o contato diário com estas equipas. Recebe, também, com alguma frequência a equipa de saúde mental da UCC, com quem mantém um vínculo moderado. As suas saídas de casa, são apenas para as idas às consultas médicas. O domicílio é o principal núcleo de interação, assim a dinâmica familiar associada ao envelhecimento da população produz impactos diretos na prestação de cuidado ao idoso. Em contrapartida, a ausência de apoio familiar e más condições de habitação estão relacionadas ao risco aumentado de incapacidade e morte (Li et al, 2019). Além disso, idosos que vivem em situação de vulnerabilidade social enfrentam ainda mais barreiras para a formação de um suporte adequado (Sant'ana et al, 2019). Incluindo, dificuldades no acesso aos direitos sociais e de saúde, discriminação e maior número de pessoas que vivem no mesmo domicílio (IBGE, 2018). Com a diminuição das famílias, os amigos, os vizinhos e as demais pessoas da comunidade constituem uma rede eficiente e ativa, funcionando como um dos pilares da rede de suporte social do indivíduo (Duarte et al, 2020). Os idosos sem filhos não só produzem valiosos conhecimentos substantivos sobre as famílias e redes sociais, como têm o potencial de ganhar novas perspetivas teóricas sobre a organização da dinâmica do curso de vida, integração social e as desigualdades na saúde e bem estar (Dykstra et al, 2007).

As redes de suporte social são importantes aliadas na oferta de proteção e cuidado e o suporte formal refere-se à assistência fornecida por instituições, este tipo de suporte é oferecido continuamente e possui características de regularidade e estabilidade (Dykstra et al, 2007). Em contrapartida, o suporte informal pode ser marcado por instabilidades e incertezas, sendo oferecido por instituições e indivíduos que prestam assistência informal como familiares, amigos, vizinhos e associações (Holt-Lunstad et al., 2018). Esta rede de suporte, é um ótimo fator protetivo contra enfermidades, influencia na qualidade de vida e bem-estar e promove um envelhecimento saudável (Holt-Lunstad et al., 2018). A triangulação entre o doente, a família, a equipa clínica, e as entidades comunitárias, torna-se, assim, central no processo de estudo e planificação da intervenção. Quando os cuidados são partilhados entre a família e os serviços de apoio social, são obtidos melhores ganhos quer para o doente quer para a família, uma vez que reduz a sobrecarga do cuidador (Petronilho, 2007).

A família B apresenta uma posição social de grau IV, o B. tem o quarto ano de escolaridade e encontra-se reformado. A reforma está classificada como grau quatro da escala de *Graffar*, demonstrando a necessidade de uma avaliação mais profunda no âmbito da área de atenção rendimento familiar. O B. demonstrou conhecimento e competência na gestão das necessidades básicas, com recurso ao rendimento da família daquele momento.

A família vivia num andar com condições características do tipo de habitação grau três, com água potável, e referiu utilizar um aquecedor elétrico. As barreiras arquitetónicas observadas foram tapetes em mau estado de conservação e pouco espaço entre o mobiliário, no entanto o B. demonstrou conhecer outras opções existentes para prevenir que se tornasse uma barreira no futuro. Além disso, a família não tem animal doméstico. O B. referiu os cuidados essenciais para garantir a sua segurança face à utilização do aquecimento, bem como o seu manuseamento. A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS) expõe que, muito embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto estimável, tem como desafios a conquistar a qualidade dos anos de vida ganhos (DGS, 2017a). O envelhecimento da população exige, portanto, uma resposta abrangente, e sendo a prevenção de quedas um desafio ao envelhecimento populacional a OMS defende a promoção de estratégias preventivas, designadamente a redução dos fatores de risco (OMS, 2015). A habitação encontrava-se limpa e semanalmente tinha a instituição de apoio social a realizar cuidados de higiene na habitação, não apresentava humidade nem riscos para B.

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**, pelo que estes se constituem como um recurso para a Família B. No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família B por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas na tabela 4.

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

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
		Conhecimento e capacidade de gestão
	Edifício Residencial	Tipo de habitação
		Conhecimento sobre riscos de edifício
		Higiene da habitação
		Conhecimento sobre governo da casa
		Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional
		Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
	Prevenção de segurança	Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a utilização do equipamento
		Existência de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada

No que diz respeito à Dimensão de Desenvolvimento, considerando as suas áreas de atenção e o tipo de família. Como Figueiredo 2012 refere, a avaliação referente à dimensão do desenvolvimento possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, a mesma implica o reconhecimento do ciclo vital como um percurso conjecturável para todas as famílias, considerando que B. constitui-a uma família unipessoal não foi avaliada esta dimensão. A avaliação da dimensão estrutural das famílias unipessoais idosas é um recurso essencial na identificação de potenciais vulnerabilidades (Guedes et al,2023). Singles (2008), refere que existe uma significativa diferença entre viver sozinho e ser solteiro ou divorciado, que a natureza de morar sozinho é muito porosa e cheia de nuances. Outro olhar importante sobre as pessoas que vivem sozinhas é que essa é uma população flutuante, ou como escreveu Barrón (2002), é fenómeno com rotas de entrada variadas, tais como a rutura das relações conjugais, separações ligadas a emigração ou profissões privadas que impossibilitem convivência conjugal, além da opção pessoal por formar uma família unipessoal.

Na Dimensão Funcional e considerando as suas áreas de atenção, na família B, não foi necessária a sua avaliação, uma vez que, nesta dimensão é avaliado o desempenho das funções e tarefas

familiares e são elaborados os processos co-evolutivos que permitem a continuidade (Figueiredo, 2012). Tendo como referencial o MAIF, em famílias unipessoais a dimensão avaliada é apenas a estrutural, não descorando, a avaliação individual inserida num contexto de família. Entender que a ESF é um campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico (Figueiredo, 2012). Este conhecimento permite aos enfermeiros a documentação dos cuidados prestados nos sistemas de informação, que são fundamentais ao exercício profissional, ao integrarem conhecimento baseado em evidência e traduzirem a tomada de decisão clínica (Esteves et al, 2022). Assim, a enfermagem poderá centrar-se no indivíduo, no contexto da família e na família, tendo o indivíduo como contexto, havendo uma tendência emergente de sistemas de cuidado familiar, onde a família é tida como unidade de cuidados (Wright & Leahey, 2009).

B. residi sozinho, no entanto, tem a visita da irmã A. de 15/15 dias, ambos manifestam uma relação distante, mas A. e a instituição de apoio são a família extensa para B. Como ambos (A. e a instituição) mostraram ser um apoio crucial, uma vez que B. já necessitava de alguma ajuda. Desta forma, A. foi inserida na minha atividade diagnóstica para uma melhor elaboração de um plano de cuidados para a família B. Assim, no que respeita à comunicação familiar, foi utilizado o questionamento linear, reflexivo e circular para as atividades diagnósticas, questionando-se “(...) partilha os seus sentimentos com alguém?”, “(...) A. costuma aconselhá-lo?”, “(...) como é que o B. se sente a viver sozinho?”, B. revelou que “(...) não partilho os meus sentimentos com ninguém (...)” A., seguidamente, diz que “ (...) sempre estivemos muito distantes, o meu irmão sempre se isolou muito... agora permite que eu venha mais cá a casa, pois já precisa de alguma ajuda... É meu irmão não posso virar as costas.”, rapidamente o B. interrompeu “(...) eu sempre vivi sozinho e sempre estive bem assim.” Posto isto, A. sentiu necessidade de revelar que dentro das suas possibilidades sempre esteve presente na sua vida “ (...) acho que não nos damos muito mal... com a minha outra irmã, ele nem sequer fala.”

Para uma melhor compreensão, recorri à utilização da metáfora, a sua utilização permitiu entrar no sistema terapêutico e representar comportamentos relações, interações ou ainda regras do sistema familiar (Sanches & Peixoto, 1996), partindo do pressuposto que se entende melhor o nosso mundo interior criando paralelismos com fenómenos mais tangíveis (Torneke, 2017; Speed et al, 2019). A sua utilização serve para esclarecer o que era importante nas suas vidas e quais seriam os passos concretos nessa direção (Torneke, 2017). “Uma família unipessoal pode ser comparada a uma árvore solitária, que mesmo não tendo outros galhos ao seu redor,

permanece firme e forte, crescendo de forma independente e sustentando a sua própria existência.” Com a sua utilização foi-me proporcionado uma abordagem não confrontativa e pude apresentar de uma forma simbólica a situação da família, e A. mostrou-se compreensiva transmitindo “(...) eu sei que o meu irmão sempre foi um lutador, sempre esteve muito só mas é um homem bom.”

O B. considera que identifica os problemas e tem iniciativa para os resolver. No que respeita à resolução de problemas, o B. revelou que “(...) ainda não tive grandes problemas (...)”, “(...) quando surgem, tenho a iniciativa de os resolver, são meus”. Questionou-se A. se sentia “(...) dificuldade em ajudar o B. na resolução de problemas?” ao qual A. respondeu que “(...) sim, para o meu irmão está sempre tudo bem, desde que esteja sozinho no seu canto.”. Com esta afirmação foi possível perceber que B. tem apoio da A. e que esse apoio servirá como recurso.

Não sendo possível utilizar o MDAIF nas diferentes dimensões de uma forma integral, foi realizada uma atividade diagnóstica, com intuito de perceber quais as áreas de atenção de que poderia intervir. B. tem 72 anos de idade, apresenta o quarto ano de escolaridade, não apresenta hábito de consumo de tabaco, álcool ou drogas, sempre cumpriu o esquema de vacinação conforme recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação. As recomendações GOLD incluem a vacinação contra a gripe, covid-19 e a vacinação antipneumocócica para doentes com DPOC. Documentado tem, como antecedentes clínicos, DPOC (Ex-fumador) 2023, patologia psiquiátrica do foro depressivo, HTA e patologia da coluna. Como regime medicamentoso tem, amlodipina, lisinopril, fluoxetina, brisomax, realiza BPAP noturno e O2 adjuvante de ventilação, referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado.

O B. apresentou, em novembro de 2023, peso corporal de 57 kg, altura de 172 metros (dados que permitem calcular o índice de massa corporal (IMC) de 19 kg/m²), ou seja, abaixo do peso normal, muitos doentes tendem a apresentar baixo peso pela caquexia multifatorial, a insuficiente ingestão energética fruto da diminuição de apetite, a baixa capacidade para a realização de atividade física, a dispneia para o ato alimentar em si e o gasto energético aumentado que também contribui para um balanço energético negativo e efeito da inflamação sistémica crónica (Serra, 2019). De acordo com a literatura, o grau de gravidade das doenças pulmonares está associado com a diminuição do IMC (Celli et al, 2004), sendo que o baixo IMC está relacionado com alto risco de mortalidade em pacientes com DPOC. Em um estudo com o objetivo de analisar os fatores que influenciam na qualidade de vida dos portadores de DPOC,

foi observado que o IMC, de maneira independente, exerce influência significativa sobre a qualidade de vida desses pacientes (Dourado et al, 2004). O Nutrition Screening Initiative, a American Academy of Family Physicians e a American Dietetic Association sugeriram como pontos de corte para o IMC de pacientes com DPOC os seguintes valores: IMC entre 22 e 27 kg/m² para eutrofia, IMC < 22 kg/m² para desnutrição e IMC > 27 kg/m² para obesidade (Harmon-Weiss, 2002). O perímetro abdominal de 75 centímetros que corresponde a ausência de risco de complicações metabólicas (Camolas et al., 2017), pressão arterial de 141/85 mmHg e frequência cardíaca de 72 bpm. Além destes dados, não tem prática habitual de atividade física e apenas sai de casa para realização de consultas.

Em relação ao diagnóstico de DPOC em 2023, foi necessário realizar alteração nos hábitos de vida e, por isso, foi considerado um problema no momento. Quando questionado sobre a doença e as suas complicações, o B. demonstrou conhecer a doença, as suas complicações e as exigências impostas pela mesma na mudança de hábitos de saúde, ou seja, apresentou percepção sobre as mudanças que a doença exige na sua vida e o que poderia acontecer se não muda-se os hábitos de vida com a finalidade de promover a saúde e, por conseguinte, prevenir complicações. O B. é seguido pela equipa de saúde mental da UCC, onde desde do início do ano 2023, estava a ser realizado um trabalho no âmbito da consciencialização sobre a transição de saúde/doença. Contudo, o grau de envolvimento para a adequação do estilo de vida saudável era reduzido, pois não tinha iniciativa na procura de informação que permitisse a mudança adequada. Foi questionado “(...) O que sabe sobre a DPOC?; Sabe as complicações que a doença poderá trazer? No caso, dos sintomas se agravarem, houver uma exacerbação o que deve fazer?”, após uma pausa, respondeu “(...) Sei, posso ter mais falta de ar, se estiver assim tenho que aumentar a medicação.” Demonstrou algum conhecimento sobre a DPOC, as causas e as possíveis complicações associadas. O B. não socializava com ninguém, os únicos contatos que tem são com a irmã A. e com a instituição que lhe dá apoio nas refeições e cuidados de higiene na habitação. Não procurava informação, a única que detinha era referente à equipa de saúde familiar e aos contatos com o enfermeiro de saúde mental que o acompanha, pelo que se apresentava necessidade de esclarecimento de dúvidas. Com este feedback, foi possível perceber que havia potencial para melhorar o conhecimento sobre a DPOC, sobre as suas exacerbações e autogestão do regime terapêutico, e foi neste sentido que ao longo das consultas realizadas fui verificando modificação do status nos diferentes diagnósticos. Após aplicação do teste da avaliação da DPOC, o B. apresentou um resultado de 20, que significa que a DPOC tem um nível de impacto na sua vida alto.

Desta forma, B. encontrava-se numa fase inicial da transição saúde/doença. No que concerne à autogestão do regime terapêutico, B. referiu, em consulta, não realizar exercício físico, “(...) não saiu de casa para quase nada, apenas para as consultas. E não gosto de fazer exercício, nem me sinto capaz”, “(...)O que o faz dizer que não se sente capaz?”, B. referiu “(...) fico muito cansado a fazer pequenas coisas, quanto mais exercício físico”. Assim, questionou-se “(...) Tem conhecimentos dos exercícios respiratórios que pode realizar para melhorar a sua condição física?”, B. transmitiu “(...) sei alguns, já não me lembro de todos, mas sinceramente não tenho realizado”. Neste sentido, a minha ação terapêutica foi orientada para ajudar B. a desenvolver um conjunto de recursos internos, que lhe permitissem lidar com o nível de energia disponível para as suas AVD’s e simultaneamente, lidar com o regime terapêutico. A gestão do regime terapêutico numa condição de saúde crónica foi concetualizada como envolvendo três desafios básicos: a gestão da condição de saúde (ex.: a adoção de um regime alimentar; a utilização de inaladores); a atribuição de novos significados para os comportamentos de saúde e para o desempenho de papéis; e a necessidade de lidar com as consequências emocionais impostas pela condição de saúde (Padilha, 2013). Potenciar o benefício do treino de exercício deve-se obedecer a três princípios: o da sobrecarga (acresce mais carga do que está habituado a desempenhar); o princípio da especificidade (em que cada exercício induz uma apropriação metabólica e fisiológica); o princípio da variação individual (de acordo com a especificidade da pessoa). O exercício assume um papel fundamental, já que, a musculatura inspiratória, membros superiores e inferiores são estimulados, aumentando a força muscular inspiratória, a capacidade de exercício e diminuindo a dispneia, com consequente aumento da qualidade de vida (Pereira, 2019).

O padrão de alimentação era constituído por três refeições diárias, refeições entregues no domicílio pela instituição, a dieta estava de encontro com as suas necessidades. Assim, a suplementação nutricional promove ganho de peso significativo e leva a melhorias na força muscular respiratória e na qualidade de vida relacionada à saúde em geral (GOLD, 2019). Para este efeito, pode ser seguida a Dieta Mediterrânica que promove um padrão de ingestão alimentar baseado na diversidade, nos produtos locais e da época, na predominância de produtos vegetais frescos à mesa. Promove ainda o azeite como gordura principal e os preparados culinários simples como a sopa. Acompanha-se com água em todos os momentos. Este padrão alimentar, a par do exercício físico regular é, provavelmente, a melhor forma conhecida de ter mais anos com saúde sem esquecer o prazer da mesa e o bem-estar que dele

decorre (DGS, 2022). Estes dados permitiram formular os diagnósticos de enfermagem individual do B., descritos na tabela 5.

Tabela 5- Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para B.

Domínio	Diagnóstico de enfermagem
Adesão à vacinação	Adesão à vacinação
Desenvolvimento físico	Desenvolvimento físico comprometido
Sistema respiratório	Dispneia
Sistema Cardiovascular	Hipertensão em grau moderado
Aceitação Estado Saúde	Potencial para melhorar conhecimento sobre DPOC
Autogestão do Regime Dietético	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético.
Autogestão do Regime de exercício	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício.
Autogestão do Regime do medicamento	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso
Conhecimento sobre exacerbações da DPOC	Potencial para melhorar conhecimento sobre exacerbações da DPOC

Após a formulação dos diagnósticos, foi construído um plano de cuidados de enfermagem para dar resposta às necessidades identificadas no B. Neste sentido, são seleccionadas as intervenções referentes ao domínio autogestão do regime de exercício (Ensinar sobre regime de exercício; Exercício aeróbio: Caminhadas, pedaleira, subir e descer escadas, entre outros; Exercícios respiratórios: Usados para aumentar os volumes pulmonares, a expulsão de secreções e para melhorar a mobilidade torácica, facilitando as respirações profundas (2x/dia 5/10 repetições); Avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício, assistir cliente a analisar o significado dificultador) e ao domínio da autogestão do regime dietético (Ensinar sobre autogestão do regime dietético; Ensinar que devem ser realizadas 5 a 6 refeições por dia, incluindo (pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia); Ensinar que não deve ultrapassar 3h30 de intervalo entre as refeições; Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético; (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2014)).

No sentido de dar resposta às necessidades identificadas do B., foi realizada uma entrevista motivacional, para promover a motivação intrínseca através da resolução autónoma de um conflito de ambivalência (Fuentes, 2019; Muñoz-flórez & Cortés, 2016), isto é, resolver o sentimento paradoxo de que B. manifestou na importância de cuidar da sua saúde e, ao mesmo tempo, não quer porque devido ao seu problema psiquiátrico do foro depressivo, não se sente motivado. Os dados colhidos permitiram definir em que fase se encontra, nomeadamente na fase de contemplação, ou seja, encontra-se consciente sobre o problema e compreende as complicações envolvidas, mas não se sente capaz para efetuar a mudança e ainda não tem certeza (Ludwig et. al., 2021; Tomás et al., 2020). Esta entrevista tinha como objetivos: promover

desequilíbrio de ambivalência da consciencialização da doença e a gestão do regime do exercício e dietético; promover o conhecimento sobre os benefícios da mudança; evidenciar os riscos da não mudança; ajudar a B. a adequar estratégias adequadas e acessíveis.

Quando questionado sobre a gestão do regime do exercício, “(...) Está com dúvida se será capaz ou não de iniciar a realização de exercício?”, ao qual respondeu “(...) Sim, sei que seria bom para mim, mas por outro lado não sei se serei capaz”, “(...) o que o faz dizer que não sabe se é capaz?”, B. não hesitou em responder “(...) mudar a minha rotina não é fácil.” Foram utilizados vários tipos de questões, nomeadamente de escala que permitiram medir a opinião sobre a importância e a motivação numa escala de um a dez, sendo que a B. classificou a sua motivação em cinco e a importância em sete. Com a utilização de questões reflexivas foi colocada a questão a B. “(...) Acha que se realizasse exercício físico, a sua capacidade respiratória estaria melhor?”, B. respondeu “(...) não tenho dúvidas, eu estou muito parado e isso não ajuda”, “Quando pensa na sua saúde, o que o preocupa?”, onde B. transmitiu “(...) sei que se não mudar as minhas rotinas ela ficará pior.” Assim, para uma maior reflexão, foi colocada as questões com conotação positiva, para aumentar a motivação, “(...) A realização de exercício físico aumenta a saúde, concorda?” A conotação positiva teve como finalidade fortalecer a relação da prática do exercício físico e o bem-estar da família, incentivando o equilíbrio sobre a ambivalência e identificar benefícios na mudança a nível individual (Umbelino, 2003; Williams & Auburn, 2016).

No final da entrevista B. compreendeu a importância de mudar as suas rotinas e percebeu a sua ambivalência identificando forças que o motivaram a desenvolver um plano de mudança, “(...) Irei cumprir o plano, realizando pelo menos 15 minutos de exercícios respiratórios por dia.” Seguidamente surgiu a fase de preparação onde foi preparado um plano de exercícios respiratórios que iria realizar durante todos os dias, pelo menos 15 minutos. No final das consultas, B. manteve o compromisso de realizar os exercícios respiratórios, inicialmente 15 minutos e, gradualmente, foi passando a fazer 30 minutos. Este resultado permitiu identificar que B. passou para a fase de ação, pois colocou em prática o plano. É essencial manter-se na fase da manutenção, ou seja, manter o comportamento desejável e manter-se consciente das barreiras que podem aparecer, evitando a recaída (Ludwig et. al., 2021; Tomás et al., 2020). Durante este processo foi crucial parabenizar sobre a mudança com a finalidade de manter a motivação.

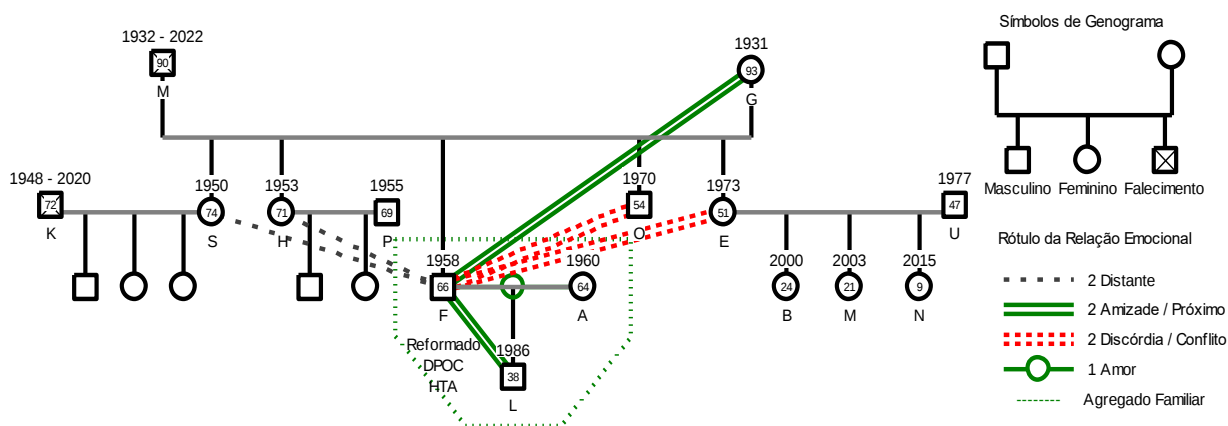
Nas cinco consultas em contato com o B., existiu oportunidade de ensinar sobre o DPOC conforme os resultados da vigilância que eram realizadas em consulta. Ele manifestou

conhecimento e consciencialização do seu problema. Desta forma, como atividade, fornecida literacia de gestão da DPOC, para esclarecer as dúvidas e incentivar a atribuir um novo significado. Apesar de, no início, o B. ter manifestado desconforto devido a uma abordagem diferente por parte do enfermeiro, ele posteriormente reconheceu que os cuidados prestados durante as consultas eram cruciais, aludindo às necessidades que ele próprio identificou, mas que os profissionais de saúde não costumavam abordar.

3.1.2.3. Família F

Foram desenvolvidas cinco consultas, quatro na USF e uma no domicílio com a Família F com duração média de 50 minutos. Os elementos da família F demonstraram disponibilidade para participar nas consultas a partir de novembro de 2023 até ao fim do período do estágio profissional, com intervalo de duas semanas entre as consultas. Nas duas primeiras consultas esteve presente o F., na terceira e quarta esteve o F. e a esposa A., na última consulta esteve presente o F. A terceira consulta foi realizada no domicílio, as restantes na USF. No sentido de obter dados relativamente à composição familiar, foram efetuadas questões lineares aos membros da família presentes nas consultas, representado no genograma abaixo, pela figura 7.

Figura 7 – Genograma da família F.



A família é constituída por um casal, o F. e a A., e o seu filho L., sendo do tipo nuclear, com a presença de dois subsistemas o conjugal e o parental. Em relação à família extensa, F. revela que têm um contacto regular e muito próximo, pessoal e/ou telefonicamente com G. F. refere que, em particular G., serve como apoio emocional e lhe é muito próximo. A mãe de F. vive com o filho O. e neta B., no entanto, o seu cuidador é F., pois a mãe já necessita de ajuda em alguns cuidados. No que diz respeito aos sistemas mais amplos, o membro da família refere ter um vínculo forte com os amigos e ainda mantém um vínculo intermédio com a instituição de saúde USF.

A Família F pertence à classe social média, F. encontra-se reformado, no grau 3 da escala de *graffar*, a instrução situa-se no grau 3. Tem vencimentos certos e vive num apartamento espaçoso e confortável, situado num bairro social. Quanto ao edifício residencial, habitação grau 3, adaptada às necessidades atuais da família, assim como, se encontrava higienizado. Tem aquecimento elétrico e gás canalizado e F. revela ter conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento da água é através da rede pública. A família não detém animais domésticos.

Os dados colhidos permitiram identificar no âmbito da constituição familiar, nos vínculos relacionais com os sistemas mais amplos e na dimensão estrutural, mais especificamente, **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício residencial Seguro e Não Negligenciado, Precaução de Segurança demonstrada e Abastecimento de Água Adequado.** No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família F por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas na tabela 6.

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

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
		Tipo de habitação
	Edifício Residencial	Higiene da habitação
	Precaução de segurança	Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a utilização do equipamento
		Existência de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada
Dimensão de desenvolvimento		Relação dinâmica
	Satisfação conjugal	Comunicação
		Interação sexual
	Papel parental – Família com filhos adultos	Conhecimento do papel
		Conhecimento de adesão
Dimensão Funcional	Processo Familiar	Comunicação Familiar
		Coping Familiar
		Interação de papéis
		Relação dinâmica

No que diz respeito à Dimensão de Desenvolvimento, as áreas de atenção avaliadas foram a satisfação conjugal, foram consideradas as dimensões operativas relativas à relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual tendo em conta a percepção dos membros do casal. Foi também avaliada a área de atenção papel parental – família com filhos adultos, no âmbito do conhecimento e adesão do papel.

No âmbito da relação dinâmica, F. foi questionado de forma linear sobre como se sentia com a partilha das tarefas domésticas, tendo revelado que “(...) não tenho problema nessa área, sempre ajudei muito a minha esposa”, a resposta de F. foi reforçada por A. “(...) ele sempre ajudou muito, gosta de cozinhar, por isso costuma ser ele a fazer as refeições”. Quanto ao tempo que passam juntos, utilizaram-se questões de escala, questionando se, de 0 a 10 onde 0 é nada satisfeito e 10 é muitíssimo satisfeito, como é que F. se sentia em relação a esta questão. F. respondeu que, de facto, “(...) enquanto A. está no trabalho, eu vou a casa da minha mãe organizar as refeições e dar-lhe a medicação, quando A. chega do trabalho normalmente já tenho as coisas adiantadas e aproveitamos sempre os finais do dia. Daria um nove.” Nesta linha de pensamento “(...) eu vou a casa da minha mãe”, questionou-se A. “(...) a sua mãe está dependente? Necessita de ajuda para as refeições?” respondeu que “(...) ela não está dependente, no entanto, a morte do meu pai abalou-a muito, e ela não se andava a alimentar-se corretamente, desta forma, vou a casa dela e faço as refeições, assim como preparo a medicação”, “(...) Disse que a sua mãe vive com o seu irmão O. e sobrinha B., eles ajudam nos cuidados à sua mãe?”, ao qual respondeu “(...) não enfermeira, eles ainda dão trabalho, o meu irmão bebe muito e a minha sobrinha ou está a trabalhar ou está com o namorado (...) a minha relação com eles não é muito boa, mas pela minha mãe farei tudo.” Assim, foi questionado se ao prestar estes cuidados à sua mãe, A. sentia que isso lhe ocupava muito o tempo, assim F. transmitiu “(...) não, de maneira nenhum”, e A. reforçou “(...) gosto muito da minha sogra, faremos tudo o que ela precisar.”

Os membros do casal referiram estarem satisfeitos com o tempo que passam juntos, manifestaram que a comunicação entre eles era satisfatória a nível emocional, sentiram-se satisfeitos e aceitavam a forma como cada um expressa as emoções, na comunicação verbal/não verbal referiram serem claros e diretos. Além disso, referiram falar sobre receios que sentiam e quando os elementos do casal discordavam sobre uma opinião referiram conseguir chegar a consenso. É a partir de preocupação ou até mesmo de responsabilidade legal dos familiares que

surge nesse processo um novo papel social que por vezes, acaba sendo destinado, ao invés de escolhido e decidido, ao chamado de cuidador familiar (Concone, 2012). A função de cuidador acaba por vezes sendo resultado, ou de uma obrigação moral, ou de acordos verbais estabelecidos durante a relação entre cônjuges ou pais e filhos, por vezes com impacto na satisfação conjugal.

Na satisfação conjugal também foram avaliadas as dimensões interação sexual e a função sexual. Foi realizada uma atividade diagnóstica para avaliar o conhecimento dos elementos do casal sobre a sexualidade e se estavam satisfeitos com o seu padrão. Foram utilizadas questões lineares no sentido de perceber o conhecimento sobre a manutenção das relações sexuais e a satisfação de F. com o padrão de sexualidade do casal. Relativamente a esta questão F. respondeu “(...) tudo normal, não temos problemas” A. respondeu “(...) sim enfermeira não temos problemas, estamos satisfeitos”. Não foram expressos nenhuns dados por parte de F. e A. que direcionassem para a possibilidade de existir uma função sexual comprometida, pelo que essa dimensão operativa não foi avaliada.

Posto isto, na perspetiva dos membros do casal e face aos dados obtidos o casal apresenta a **Satisfação Conjugal Mantida, relacionada com a Relação Dinâmica Não Disfuncional, uma Comunicação Eficaz e a Interação Sexual Adequada**, o que se traduz como sendo uma força e recurso da Família F.

A família F, vive com o seu filho, que se encontra a trabalhar, tem uma namorada, e já manifestou aos pais vontade de se unirem, no entanto, ainda continuam a procurar habitação. No Papel parental em Família com filhos adultos foi avaliado recorrendo às seguintes questões, “(...) Como percebem o vosso papel como pais nesta etapa do vosso filho?” “Numa escala de 1 a 10, onde 1 representa "muito difícil" e 10 "muito fácil", como classificariam a relação com o vosso filho, agora que ele é adulto?”, ao qual F. respondeu “Estamos muito felizes, encontrou alguém para partilhar a sua vida”, A. respondeu “estamos a ajudar na procura de habitação, mas ainda não encontraram algo que os agrade”, relativamente à segunda questão, F. “Eu diria que é um 9, ele é um companheiro”, A. “Eu concordo, acho que também diria um 9.” Foi questionado F. “(...) como é a sua relação com o seu filho?”, “(...) sempre foi e é muito boa (...) ele sempre foi um bom filho (...) breve sairá de casa, e terá o seu canto (...) por nós quando ele quiser, estamos bem”, A. reforçou a partilha “(...) ele já é independente há algum tempo, nunca nos deu trabalho”. Neste linha de pensamento, F. foi questionado “(...) E no que diz respeito a conflitos, têm tido algum em relação ao vosso papel como pais?”, “(...) Temos uma relação muito boa,

somos muito amigos, às vezes discordamos em alguns assuntos, não posso chamar de conflito.” Tem sido observado o prolongamento da convivência intergeracional na família, os jovens permanecem mais tempo na casa de seus pais e demoram mais tempo para viver independentemente deles. Acredita-se que, para compreendermos o significado da permanência de adultos nas casas de suas famílias de origem, é fundamental considerar aspectos culturais mais amplos da contemporaneidade: a centralidade do valor do indivíduo e as práticas instituídas dirigidas à autonomização dos sujeitos (Campos et al, 2009).

Apresentou o diagnóstico de **Papel parental (Família com filhos adultos) adequado, relacionado com Conhecimento do Papel Demonstrado e Comportamentos de Adesão Demonstrado.**

No que se refere à Dimensão Funcional, procedeu-se à avaliação da área de atenção que diz respeito ao processo familiar, considerando o *coping* familiar, a interação de papéis e a relação dinâmica. Nas cinco consultas realizadas à família F, nunca esteve presente o filho, por este motivo o processo familiar foi avaliado tendo em conta a perspectiva do casal.

F. revelou, através do questionamento circular, que quer ele, quer A. identificam os problemas, sendo que “(...) por vezes há discussões, como todos os casais”. Foi solicitado que A. desse um exemplo sobre uma experiência anterior positiva na resolução de problemas, ao qual respondeu “(...) quando o meu sogro faleceu, o meu marido foi muito abaixo, mas arranhou forma e ajudar e apoiar a minha sogra, ele é muito forte.” Assim, questionou-se de forma linear F. “(...) como estava relativamente à morte do seu pai?”, F. tinha transmitido que a morte do pai os apanhou a todos de surpresa, “(...) ele estava bem, teve covid-19 foi internado e em quinze dias partiu (...) no internamento disseram que tinha tuberculose (...) não podíamos quase tocar no meu pai (...) foi muito duro (...) e não poder ajudar a minha mãe”, “(...) como era a sua relação com o seu pai? pensa que as coisas poderiam ter tido outro fim?”, ao qual F. emocionado respondeu “(...) eu sempre acompanhei os meus pais (...) levava o meu pai todos os dias ao café (...) sinto muita raiva com a partida dele, acho que houve negligência (...) tenho vídeos e fotografias do internamento do meu pai, daquilo que lhe fizeram”. Neste seguimento, foram realizadas consultas individuais como forma de ajudar no processo de luto, uma vez que se encontrava disfuncional, sendo observada dificuldade em lidar com a perda e o impacto negativo em algumas áreas da sua vida.

Considerando os dados partilhados por F. no âmbito da avaliação do luto, e intervenção procurou-se promover um processo de luto funcional, no qual F. conseguisse lidar com a perda

de forma eficaz e contínua a funcionar no seu dia a dia. Permitir que expressasse as suas emoções e aceitasse a perda. No sentido de oferecer a possibilidade de concretizar um passo rumo à aceitação, foi abordada a possibilidade de F. guardar as imagens do internamento do pai, num ficheiro que não estivesse sempre de acesso fácil: “Compreendo como pode ser difícil lidar com a perda e a revolta que manifesta, especialmente porque vê a dor da sua mãe diariamente. Sente que ao ver os vídeos e fotos do seu pai, pode estar a afetar aquele que é o seu processo de luto?”, “(...) sim, já pensei apagar, mas depois volto atrás pois a revolta toma partido de mim.”, “(...) o sentimento de fazer justiça, por vezes parece atenuar a dor. O luto é uma experiência pessoal e única para cada um. Ajudar a encontrar as soluções ou hipóteses é o meu papel. Por exemplo, guarde essas imagens num ficheiro que não esteja de acesso fácil, não digo que as apague”. Face a esta abordagem, F. concordou e guardou as imagens num ficheiro do computador, referindo, na consulta seguinte, “(...) estou mais tranquilo”. Face a isto, procurou-se reenquadrar a memória do pai de F., referindo que “(...) escolher manter viva a memória do seu pai partilhando histórias sobre ele. É importante encontrar maneiras que sejam significativas para você e sua família ao honrar a memória de seu pai.”

Continuando na avaliação da área de atenção do processo familiar, questionou-se os membros do casal sobre, “(...) Quem na família expressa mais os sentimentos?; Na família todos os elementos conseguem verbalizar e expressar os seus sentimentos e pensamentos?; Sente que a família aceita os seus sentimentos?; Costuma aceitar os sentimentos dos outros?; Sentem-se satisfeitos com o modo como a família manifesta afeto?”, F. respondeu “(...) sou eu que mostro mais sentimentos” A. corroborou a resposta de F. “(...) ele transmite o que sente”; relativamente às outras questões F. refere “(...) falamos muito enquanto família, gostamos de ouvir as opiniões de todos”.

Em relação à interação de papéis, consideraram que existia consenso, sem conflito ou saturação, nos diferentes papéis que desempenham, sendo uma força da família. Naquilo que diz respeito à funcionalidade da família, após a aplicação da escala (Apgar Familiar De Smilkstein) assim F., obteve um resultado que traduziu, para si, que a sua família é altamente funcional, obtendo a classificação total de 9 pontos. Foi aplicado a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe que teve como resultado como resultado 53 pontos (morte de um familiar próximo) que significa que a probabilidade de incidências de doenças é nula ou muito baixa, pois a cotação é inferior a 150 pontos.

Considerando os dados apresentados no âmbito da Dimensão Funcional, **Processo Familiar não Disfuncional por *Coping* Familiar eficaz, Interação de Papéis eficaz e Relação Dinâmica funcional**, assim constitui-se como uma força e recurso para a Família F.

Prestação de cuidados ao membro F, da família F

O F. tem 66 anos de idade, não apresenta hábito de consumo de tabaco, álcool ou drogas, sempre cumpriu o esquema de vacinação conforme recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação. Documentado tem, como antecedentes clínicos, DPOC (Ex-fumador) 2013 e HTA. Como regime medicamentoso tem lisinopril, brisomax referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado.

O C. apresentou, em novembro de 2023, peso corporal de 71 kg, altura de 172 metros (dados que permitem calcular o índice de massa corporal (IMC) de 24 kg/m² - resultado de peso normal (DGS,2013)), perímetro abdominal de 83 centímetros, pressão arterial de 128/67 mmHg e frequência cardíaca de 65 bpm.

Na avaliação familiar através do MDAIF, constatou-se que desempenha o papel de prestador de cuidados. Assim, tornou-se pertinente a aplicação da escala de zarit, para uma melhor compreensão da sobrecarga experimentada pelo F. Após a sua aplicação o *score* apresentado foi de 22, manifestando uma sobrecarga moderada. Melo et al., 2014 afirma que a prestação de cuidados pode ser muito desgastante e, normalmente conduz um aumento do stress e da sobrecarga por parte do cuidador. O mesmo indica o SNS (2017, p. 22) quando refere que “(...) muitas vezes, os familiares experienciam altos níveis de tensão e problemas de saúde, psicológicos e físicos (...)”. A este respeito também Mestre 2010 concluiu que os cuidadores apresentam níveis médios de sobrecarga e a adoção de estratégias de *coping* eficazes está associada à diminuição da sobrecarga e aumento na satisfação. Assim torna-se imprescindível promover nos cuidadores informais, os mecanismos de *coping* e desenvolver as competências para o cuidar (Custódio, 2011). Como F., desempenha múltiplos papéis familiares como pai, marido, filho e ainda cuidador da mãe, decidi avaliar e intervir.

Foi também questionado a F. “(...) O que sabe sobre a DPOC?; Sabe as complicações que a doença poderá trazer? No caso, dos sintomas se agravarem, houver uma exacerbação o que deve fazer?”, demonstrou conhecimento sobre a DPOC, complicações e como agir no caso de surgir exacerbações. Foi possível perceber que havia conhecimento sobre a DPOC, sobre as suas

exacerbações e autogestão do regime terapêutico, e foi neste sentido que ao longo das consultas realizadas fui intervindo no reforço positivo.

Além do diagnóstico da DPOC, o F. tem diagnóstico de HTA, apresentando valores controlados e cumprimento na gestão do regime terapêutico. Em relação à alimentação o padrão de alimentação era composto por seis refeições por dia com ingestão de frutas, legumes e potássio, ingestão adequada de gorduras e sal face ao regime dietético aconselhado. Apresentou conhecimento sobre o padrão de alimentação saudável e sobre a autogestão do padrão de alimentação. O F. referiu dormir sete horas durante o período da noite, um sono reparador, com hora de despertar às sete horas. Relativamente à prática habitual de atividade física, F. realizava várias caminhadas ao longo da semana.

Após aplicação do teste da avaliação da DPOC, F. apresentou um resultado de 10, que significa sintomas leves e a doença tem um impacto mínimo na qualidade de vida. Estes dados permitiram formular os diagnósticos de enfermagem individual do F, descritos na tabela 7.

Tabela 7 - Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para F.

Domínio	Diagnóstico de enfermagem
Adesão à vacinação	Adesão à vacinação
Stresse do cuidador	Avaliar Stresse do cuidador
Luto	Luto disfuncional

Foram formulados estes diagnósticos, a Adesão à vacinação pela sua importância, nomeadamente em utente com diagnóstico de DPOC. No âmbito de *stress* do cuidador foram implementadas intervenções, como: incentivar a pessoa para o autocuidado com o objetivo de promover o bem-estar físico, emocional e mental. Demonstrado a F. a importância de uma alimentação adequada, descanso adequado, e atividades de lazer; avaliar conhecimento do prestador de cuidados para gerir o *stress*; instruir sobre estratégias de *coping* no controlo do *stress* com o objetivo de capacitar a F., a lidar com o *stress* de forma saudável e eficaz. Foi aconselhado a F. uma criação de uma agenda semanal, onde obrigatoriamente teria que colocar pelo menos 2 horas do seu dia dedicado a ele e a algo que lhe desse prazer, demonstrou entusiasmo e aceitou o desafio. Objetivos tiveram como finalidade que F. pudesse definir prioridades, identificando as atividades ou momentos que são importantes para o seu bem-estar e felicidade, definir metas específicas para dedicar mais tempo a si mesmo, como praticar exercícios, ler um livro, meditar, entre outros, criar uma rotina, reservando um tempo diário ou semanal na sua agenda para as atividades que promovem o autocuidado e o lazer e cultivando hábitos saudáveis

Relativamente ao luto, foram implementadas intervenções no âmbito do: apoiar no luto; ensinar no luto; ensinar sobre estratégias para lidar com o luto. Já foram sugeridas na avaliação da família F estratégias para F. lidar com a perda. Para além, de lhe ser sugerido retirar as imagens do internamento do pai do seu telemóvel, para um local onde o acesso fosse mais dificultador. Foi utilizado a técnica das cartas terapêuticas, para que F. pudesse escrever nas cartas aquilo que referiu não conseguir falar com pai, as cartas permitem estabelecer conexões entre pessoas são feitas e mantidas, quando registam o progresso do paciente e quando voltam o olhar para o futuro com esperança e realismo (Goldberg, 2000). Dessa forma, as cartas tornam-se uma extensão dos diálogos desenvolvidos no atendimento e uma ferramenta útil para que o profissional amplie seus conhecimentos sobre a terapia (Paré & Rombach, 2003). No final das consultas realizadas obteve-se um a avaliação de resultado bastante positiva, F. apresentou um *score* da escala de zarit inferior à inicial, estando agora na sobrecarga intermedia. Relativamente ao luto, depois de implementadas e realizadas as estratégias sugeridas verificaram-se que F. encontrava-se mais sereno e numa fase de aceitação pela morte do pai.

3.2. Ganhos em saúde resultantes da prestação de cuidados às famílias

Com o propósito de efetuar uma síntese da avaliação e intervenção familiar realizada às seis famílias, de uma forma objetiva e sintetizada serão expostos os resultados obtidos decorrentes das intervenções realizadas. Assim, a tabela 8 demonstra a taxa de avaliação realizada face às dimensões de avaliação por número total de famílias avaliadas, considerando a matriz operativa do MDAIF e dos seus indicadores (Anexo 3).

Tabela 8 - Taxa de avaliação familiar das dimensões de avaliação relativas às seis famílias.

Dimensão Estrutural	(%)
Edifício Residencial	100
Rendimento Familiar	100
Precaução de Segurança	100
Abastecimento de Água	100
Animal Doméstico	33
Dimensão Desenvolvimento	(%)
Satisfação conjugal	50

Papel Parental	33
Dimensão funcional	(%)
Papel prestador de Cuidados	17
Processo Familiar	50

Como se pode verificar na tabela 8, todas as famílias foram avaliadas na dimensão estrutural. Essas taxas de avaliação atingiram 100% para cada um desses itens. Relativamente ao animal doméstico apenas duas famílias tinham animais, atingindo assim 33% das famílias. Na dimensão do desenvolvimento, em relação aos subsistemas conjugais, observou-se uma taxa de avaliação de 50% para a Satisfação Conjugal. Quanto ao planeamento familiar e à adaptação à gravidez, nenhuma das famílias foi avaliada. No subsistema parental, 33% das famílias foram avaliadas em relação ao papel parental. Por fim, na dimensão funcional, apenas 17% das famílias tinham um membro dependente de cuidados de terceiros e, por isso, foram avaliadas no âmbito do papel prestador de cuidados. A área de atenção processo familiar foi avaliada a 50% das famílias.

Tabela 9 - Taxa de prevalência dos diagnósticos de enfermagem

Dimensão Estrutural	(%)
Edifício residencial não seguro	0
Edifício residencial negligenciado	0
Rendimento familiar insuficiente	0
Precaução de segurança não demonstrada	0
Abastecimento de água não adequado	0
Animal doméstico negligenciado	0
Dimensão Desenvolvimento	(%)
Satisfação conjugal não mantida	33
• Relação dinâmica disfuncional	0
• Comunicação não eficaz	33
• Interação Sexual	0
Dimensão funcional	(%)
Papel prestador de Cuidados	100
• Conhecimento do papel	100
• Comportamentos de adesão	100
• Consenso do papel NÃO	100
• Conflito do papel SIM	0
• Saturação do papel SIM	100
Processo Familiar disfuncional	0
• Comunicação familiar não eficaz	0
• Coping familiar não eficaz	0
• Interação de papeis não eficaz	0
• Interação de papeis conflitual	0
• Relação dinâmica disfuncional	0

No que diz respeito aos diagnósticos que requeriam intervenções de enfermagem, como demonstrado na tabela 9, na dimensão estrutural não houve necessidade de intervenção. Relativamente à dimensão do desenvolvimento, no subsistema conjugal, também uma das famílias vivenciou uma satisfação conjugal não mantida. Por fim, na dimensão funcional, uma família enfrentou desafios no papel de prestador de cuidados. As dificuldades eram diversas, como saturação desse papel e falta de comportamentos de adesão. Estes dados, evidenciam as áreas específicas nas quais as intervenções de enfermagem foram requeridas para abordar as necessidades identificadas. A formulação dos diagnósticos permitiu o planejamento de cuidados de forma mais precisa e direcionada, possibilitando a elaboração de um plano de cuidados, com base nos diagnósticos estabelecidos, desenvolveu-se intervenções adequadas, definiu-se metas terapêuticas e acompanhou-se a evolução das famílias de forma mais eficaz.

Tabela 10 - Ganhos em saúde como resultado da prestação de cuidados

INDICADORES DE RESULTADO (GANHOS EM SAÚDE)	
Dimensão Estrutural	
Edifício residencial não seguro	0
Edifício residencial negligenciado	0
Rendimento familiar insuficiente	0
Precaução de segurança não demonstrada	0
Abastecimento de água não adequado	0
Animal doméstico negligenciado	0
Dimensão Desenvolvimento	
Satisfação conjugal não mantida	100
• Relação dinâmica disfuncional	0
• Comunicação não eficaz	100
• Interação sexual não adequada	0
• Função sexual comprometida	0
Dimensão funcional	
Papel prestador de Cuidados	0
• Conhecimento do papel	100
• Comportamentos de adesão	100
• Consenso do papel NÃO	100
• Conflito do papel SIM	0
• Saturação do papel SIM	0
Processo Familiar disfuncional	0
• Comunicação familiar não eficaz	0
• <i>Coping</i> familiar não eficaz	0
• Interação de papéis não eficaz	0
• Interação de papéis conflitual	0
• Relação dinâmica disfuncional	0

Os resultados dos diagnósticos positivados indicam que as intervenções realizadas foram efetivas e que contribuíram para ganhos em saúde. A tabela 10, demonstra o número de famílias com diagnóstico positivado, apenas na família A não houve tempo para intervir de forma a positivar a área de atenção do papel do prestador de cuidados, no entanto foi possível positivar o conhecimento do papel, comportamentos de adesão, mantendo apenas a saturação SIM. Ficando assegurada a continuidade de cuidados pelo ET. Os resultados indicam um sucesso de 83% nas intervenções realizadas, traduzindo-se em ganhos em saúde para as famílias, no âmbito dos diagnósticos que requereram intervenções de enfermagem.

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

A liderança da Enfermagem de Saúde Familiar envolve a capacidade de direcionar a equipe de enfermagem para alcançar os objetivos de cuidados na família, a colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF. No Regulamento de competências específicas do EEECESF é mencionada a articulação com outras equipes de saúde promovendo a colaboração interdisciplinar, referenciando e orientando a família para melhorar a qualidade e o acesso aos diferentes serviços oferecidos, gerindo e promovendo constantemente a continuidade de cuidados à família (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Sendo essencial o desenvolvimento desta competência, procurou-se identificar as necessidades e/ou as oportunidades que existiam na USF. Serão explanadas no presente subcapítulo as atividades desenvolvidas no âmbito da competência referida.

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

A articulação com as equipas de saúde é uma parte essencial no processo de intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar, assim as parcerias geralmente começam porque alguns cuidados não podem ser prestados por um único profissional, disciplina ou organização, ao fornecer complementaridade e integração de cuidados, as parcerias podem melhorar oportunidades, recursos e resultados em saúde (Neves, 2012). O enfermeiro desempenha um papel crucial na articulação com outras equipas de saúde para garantir a prestação adequada de cuidados à família, tornando-se necessário potenciar o conhecimento das diversas disciplinas num todo de relações que podem contribuir para compreender a complexidade do ser humano. Só uma equipa multidisciplinar permite uma prática potenciadora e promotora de desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, conducente à resolução de problemas em rede, isto é, a capacidade de produzir e usar de forma adequada e efetiva o conhecimento, num projeto de construção participada dos cuidados (Neves, 2012).

No decorrer do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II e considerando a prestação de cuidados às famílias, foi transversal a abordagem entre grupos profissionais e/ou referência dos membros das famílias de acordo com a necessidade encontrada. Num primeiro momento foram realizadas consultas de Enfermagem com as famílias e os dados obtidos fruto da avaliação da família e dos seus membros, bem como as intervenções realizadas, foram registados no SClínico-CSP®, ficando visíveis para a equipa. Assim, ao integrar diferentes saberes, profissões e perspetivas, a interdisciplinaridade permite uma compreensão mais ampla e holística de um problema ou situação. Desta forma, a interdisciplinaridade promove a colaboração entre os profissionais, incentivando ao diálogo e a troca de ideias, estimulando a aprendizagem mútua e o crescimento profissional, além de fortalecer as relações de trabalho e a equipa multidisciplinar. Evidencia-se, portanto, o trabalho em equipa como uma das principais estratégias para a consecução do cuidado (Lopes, Rodrigues, & Barros, 2012). Destaca-se que a relação entre os profissionais de saúde e os utentes é a grande célula promotora de uma política humanizada em saúde, cujo trabalho em equipa é essencial neste processo (Bacellar et al., 2012). Segundo Araújo 2007, citado por Pavoni & Medeiros, 2009, p. 266), há três concepções

sobre o trabalho em equipe, a saber: “os resultados (aumento da produtividade e racionalização dos serviços), as relações (as equipas com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos) e a interdisciplinaridade (os trabalhos que trazem à discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho em saúde)”. A interdisciplinaridade, portanto, é uma das perspetivas que conceitua o trabalho em equipe. Nesse sentido, a interdisciplinaridade é estratégica para confrontar o processo intenso de especialização na saúde, o qual se caracteriza pelo aprofundamento vertical do saber e da intervenção em aspetos individuais dos pedidos de saúde, sem realizar a articulação das ações e dos saberes de forma simultânea (Pavoni & Medeiros, 2009).

Foram realizadas algumas referenciações para projetos desenvolvidos na UCC, como o curso de “Programa de Enfermagem de Reabilitação”, com o objetivo de aumentar a acessibilidade aos utentes com necessidades de reabilitação no domicílio pela ECCI (Equipa de Cuidados Continuados e Integrados) e agilizar o processo de referenciação à RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), quando necessário. No âmbito da DPOC, o projeto de reabilitação respiratória, foi delineado com o objetivo de atenuar sintomas, identificar e tratar as exacerbações o mais precocemente possível, bem como a inclusão precoce em programas de reabilitação respiratória, apoio na autogestão da doença de forma a melhorar a funcionalidade e aumentar a participação social dos doentes com DPOC. Está estruturado em duas vertentes: A primeira, componente educacional, sessões interdisciplinares estruturadas em grupo, tendo por base de partida o manual “Aprenda a Viver com a DPOC” da Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, respeitando as recomendações da DGS (GOLD I, II, III). A segunda vertente, trata-se do acompanhamento domiciliário do utente com DPOC e sua e família que não podem frequentar as secções de grupo, e que necessitam de reabilitação ou com exacerbações de sintomas da doença crónica (GOLD IV) (Martins et al, 2018).

Na família B, a colaboração por parte da equipa de cuidados na comunidade, no âmbito do projeto “Promoção da Saúde Mental do Idoso”, foi imperiosa e todo o trabalho desenvolvido em prol da família. Este projeto pretende efetuar o diagnóstico da situação dos indivíduos idosos de famílias unipessoais, em isolamento social, importa minimizar as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existente e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos (Martins et al, 2018). Foram

agilizados cuidados de higiene e alimentares, com a colaboração da assistente social e equipas de apoio domiciliário (IPSS). Foram, também, mobilizados os recursos disponíveis na autarquia (Anexo 4).

Desta forma, a mobilização eficaz de recursos implica em identificar as necessidades, estabelecer um plano estratégico para a aquisição dos recursos necessários, estabelecer parcerias e alianças estratégicas e gerir esses recursos de forma eficiente e eficaz. A capacidade de mobilizar recursos de forma inteligente e sustentável é essencial para o crescimento e o sucesso. Ao ser dada ênfase ao desenvolvimento dos recursos humanos, os resultados obtidos tendem a estar relacionados com um maior envolvimento e desenvolvimento dos profissionais (Fonseca et al., 2018). Assim, uma cultura organizacional construtiva promove a colaboração, o respeito, a ética, a transparência e a procura constante pela melhoria. E se o trabalho em equipa multiprofissional for composto por profissionais de diferentes áreas e especialidades, que contribuem com suas habilidades e conhecimentos específicos para o alcance dos objetivos.

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

A documentação de enfermagem é importante na continuidade de cuidados, sendo este um dos aspetos presentes na avaliação de qualidade de serviços de saúde (Ribeiro 2021). Assim, o sistema de informação (SI) e a sua utilização tem-se difundido no sentido de documentar a prática dos enfermeiros, evidenciando-se como ferramentas de carácter decisivo e fundamental na gestão dos serviços de saúde (Moreira, 2014). Os sistemas de informação desempenham um papel fundamental na gestão do sistema de cuidados de saúde à família, permitindo uma colheita, planeamento e análise de informações relevantes para tomada de decisões e melhoria dos serviços prestados. Os enfermeiros utilizam cerca de 50% do seu tempo útil de trabalho em processos de comunicação, escrita ou oral (Marin, 2010).

A intervenção na família, os resultados obtidos da avaliação e a sua documentação, cooperam na gestão da melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem (Figueiredo & Moreira, 2009). Além disso, a prática de enfermagem reflexiva através da documentação, permite que os enfermeiros sejam capazes de desenvolver a capacidade, a competência, o conhecimento e a

perícia para decidir como, quem, porquê, o que deve ser feito e com que intuito (Figueiredo & Moreira, 2009). A documentação é, ainda, uma base para o planeamento dos cuidados de enfermagem (Figueiredo & Moreira, 2009; Vieira, 2018). É um contributo para a melhor gestão de serviço a nível de recursos humanos, físicos e materiais, assim como um suporte para a avaliação individual do desempenho dos enfermeiros e para a produção de indicadores que possibilitam a visibilidade dos cuidados de enfermagem (Ribeiro, 2021; Vieira, 2018).

A partilha de informação entre os enfermeiros, com a equipa de saúde e com o utente, não é algo novo. Florence Nightingale, no século XIX, já salientava a importância dos registos de enfermagem, sobretudo como forma de assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem e como fonte de dados estatísticos fulcral para a tomada de decisão política na Saúde (Jesus & Sousa, 2011). Desta forma, a documentação possibilita melhorar a tomada de decisão do enfermeiro, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados que são prestados (Ribeiro, 2021). Assim, os SI são uma parte decisiva no processo que garante a eficiência, a eficácia e a uniformidade dos cuidados de saúde (Li et al., 2019), os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) desenvolveram o SClínico-CSP®, este é um sistema de informação evolutivo, que nasce da vasta experiência com duas anteriores aplicações usadas por milhares de médicos e enfermeiros, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação (Ministério da Saúde, 2023).

Face ao exposto, no decorrer das consultas realizadas às famílias e seus membros utilizou-se o SClínico-CSP® como ferramenta de documentação, ao identificar o Programa Saúde da Família e introdução dos dados concretos do sistema familiar. Foi também, verificado que alguns agregados familiares não estavam corretamente associados, algo que limitou a conformidade de registos de dados, desta forma foi sensibilizada a equipa de saúde familiar e apelou-se à atualização dos dados por parte dos secretários clínicos no Registo Nacional do Utente. De salientar que no final do ano 2023 (novembro), a equipa teve a obrigatoriedade de atualização de todas as listas de utentes, todos os utentes receberam por parte da gestão, um aviso (carta/email/mensagem) para atualização de dados, caso contrário perderiam a sua equipa de saúde familiar. O SPMS refere que é essencial para otimizar a utilização dos recursos disponíveis e o seu objetivo é reforçar o sistema de informação do SNS e garantir eficácia e comodidade nos contactos entre os utentes e os serviços, como a marcação de consultas, a receção de prescrições, resultados de exames ou agendamento de vacinas. Este processo ajudou, na atualização correta dos agregados familiares que me fui deparando como não conformes.

Neste contexto, o termo “cultura organizacional” ganha notoriedade e a perspectiva integralizada e homogênea de cultura organizacional, ao ser visto como um sistema de valores e crenças, de produção de significados, capaz de criar novamente este consenso e dar sentido às práticas organizacionais (Schein, 2017). O mesmo autor refere que, a cultura organizacional é edificada no contexto social e é adquirida através de processos de aprendizagem dentro da organização. Assim, as UFs devem apropriar-se de um modelo de melhoria contínua, consolidado numa cultura de governação clínica e de saúde que culmine na acreditação das unidades de saúde, definida pelo Programa Nacional de Acreditação em Saúde (Rodrigues et al, 2017).

A reforma dos cuidados de saúde primários que se iniciou em 2005 traduziu-se em enormes e inquestionáveis benefícios para a população, assentes no resultado do trabalho de equipas multidisciplinares, constituídas de forma voluntária, que se organizam com autonomia técnica e funcional e que asseguram resposta às necessidades em saúde de um conjunto de utentes pelos quais são solidariamente responsáveis facultando, em especial, cuidados médicos e de enfermagem personalizados. Mesmo com as reformas já vivenciadas nos CSP, o estágio realizado, foi abrangido pela transição da nova organização dos CSP, por este motivo irei abordar a organização presente em 2023, onde as USFs apresentavam tipologia dos Modelos A e B e divergem entre si no modelo retributivo dos profissionais de saúde, assumindo diferentes patamares no Índice de Desempenho Global (IDG) (ACSS, IP, 2022). Estes modelos avaliativos assentam na revisão dos critérios definidos na Grelha para o Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional (DiOr), esta é um instrumento de referência que garante a monitorização, melhoria da qualidade organizacional e segurança dos cuidados das USFs dos CSP (ACSS, IP, 2022). A criação de um Plano de Acompanhamento Interno (PAI) insere-se na subárea “Melhoria Contínua da Qualidade” que diz respeito à área “Qualidade Organizacional”, concorrendo, por sua vez, para a melhoria do IDG (ACSS, IP, 2023).

Desta forma, e considerando a relação entre a análise das 60 famílias e o PAI da USF no âmbito da DPOC, colaborou-se naquela que foi a redefinição e reestruturação deste PAI para o ano corrente. Juntamente com a enfermeira e médica responsáveis pelo desenvolvimento deste PAI, foram revistos os pontos avaliativos durante a consulta de respiratórios, no entanto, com a nova redefinição da contratualização para 2024 os PAIs ainda não estão considerados, aguardando ainda as suas orientações. Pretende-se com este PAI, uma parametrização no SClínico-CSP® de

um programa de saúde com a definição de DPOC, e encontramos-nos a elaborar um manual de boas práticas para a DPOC, sendo este um documento de circulação interna na ULS.

A par do acompanhamento do PAI, desenvolveu-se e realizou-se uma formação em serviço. A formação em serviço tem como objetivo principal aprimorar o conhecimento e as competências dos enfermeiros, tanto em nível coletivo quanto individual, em resposta às necessidades identificadas. A criação de um modelo de cuidados de saúde eficientes e eficazes que seja adaptado às dinâmicas e mudanças atuais (Decreto-lei nº 437/91 do Ministério da Saúde, 1991; Relvas, 2018). Sendo considerada pela OE (2016) um pilar imprescindível e determinante para a melhoria da qualidade do desempenho profissional assim como dos serviços prestados.

Considerando esta pertinência e a sua relação quer com a unidade de competência relativa ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2019), quer com a Área “Formação Profissional” referente ao Índice de Desempenho Setorial do Índice de Desempenho Global (ACSS, IP, 2023), foi desenvolvido um processo formativo na USF cujo objetivo geral foi o desenvolvimento pessoal, e a contribuição significativa para elevar o nível de desenvolvimento organizacional. Tomando a formação profissional como um processo de interiorização de conhecimentos e desenvolvimento de competências, compreendemos que gera mudanças no comportamento e atitudes dos formandos, com reflexo desejável no seu desempenho e no da organização onde exerce funções (Instituto Nacional de Administração-INA, 2016). É ainda um fator potenciador da boa governação e uma alavanca incontornável da gestão da mudança, especialmente no que diz respeito à institucionalização de novos modos de estar, ser e fazer (INA, 2016). Tendo em consideração a importância e a necessidade da documentação no processo de conceção de cuidados na prática de enfermagem, bem como na organização e no bem-estar da família enquanto cliente, foi considerado importante desenvolver uma formação em serviço. Pelo que, “formar pressupõe mudar, acrescentar valor no que respeita a competências, atitudes, para que essa mais-valia se faça sentir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde” (Fabião et al., 2005).

No que concerne à execução da formação em serviço e para que funcione em pleno, é indispensável um processo de planeamento adequado e adaptado às necessidades dos intervenientes. Nesta conjuntura, é essencial a definição de planos de formação. Primeiro, é crucial identificar e analisar as necessidades de formação, garantindo que os planos respondam

às necessidades da instituição e dos envolvidos. Em seguida, é necessário definir a explicitação da contribuição esperada com a formação. Depois, o plano é elaborado e estruturado, definindo a população-alvo, os objetivos, os métodos de avaliação, os custos e os recursos necessários. O desenvolvimento do plano comporta a sua implementação flexível, adaptada às circunstâncias, necessidades e prioridades. Por fim, é realizada a avaliação que assegura a qualidade do plano de formação ao longo de todo o processo (Le Boterf, 1991, como citado em Relvas, 2018).

Deste modo, no período de integração no contexto de estágio e no decorrer da colheita de dados para a caracterização das famílias da lista do enfermeiro tutor, foi verificada a quase ausência de documentação no programa de saúde da família do sistema de informação SCLínico-CSP® sobre a avaliação e intervenção nas famílias. Sendo a primeira etapa do processo formativo, o levantamento e diagnóstico das necessidades de formação, que é imprescindível no planeamento de toda a ação de formação (Rodrigues et al, 1994), na qual se realiza um processo sistemático de recolha de dados dos problemas existentes na organização, e que podem ser resolvidos através da formação (Mitchell, 1998, como citado em Ceitil, 2007). Logo, no período de onze a quinze de dezembro de 2023, foi realizada um levantamento de necessidades sobre a documentação no programa de “saúde da família” das listas dos restantes enfermeiros da equipa e verificou-se, que apenas dois de nove enfermeiros realizavam a documentação. Os dados foram recolhidos através de um questionário com base na matriz operativa do MDAIF, nas três dimensões em todas as fases do processo de enfermagem. Como vários enfermeiros foram referindo que não documentavam por falta de tempo, a ideia também foi mostrar que existem vários dados que se colhem, por exemplo, nas visitas domiciliárias apenas com observação. Tendo em consideração a importância e a necessidade da documentação no processo de conceção de cuidados na prática de enfermagem, bem como na organização e no bem-estar da família enquanto cliente, foi considerado importante desenvolver uma formação em serviço nesta área.

Mediante o exposto, foi elaborado um plano de formação em serviço que incluiu as diferentes fases, nomeadamente: o diagnóstico sobre os conhecimentos, o desenvolvimento da formação em serviço, a formação em serviço, a avaliação dos resultados e o cronograma. Este plano de formação foi entregue ao tutor para análise que, posteriormente, consentiu a sua implementação. Perante a identificação do problema da documentação no programa de “Saúde da Família” realizou-se um diagnóstico de necessidades formativas. Pelo que se apresenta o planeamento do processo de formação (Tabela 11).

Tabela 11 - Planeamento do processo formativo

O que	Níveis Donald Kirkpatrick (1998)	Objetivos	Estratégias	Quando
Diagnóstico das necessidades formativas		-Identificar necessidades formativas na documentação dos cuidados, no programa de “Saúde da Família”; -Avaliar a perceção da competência na documentação dos cuidados; -Avaliar a documentação dos cuidados, no programa de “Saúde da Família”	-Elaboração de um instrumento de colheita de dados (questionário); -Aplicação de um instrumento de colheita de dados (questionário); -Elaboração de uma grelha de análise de documentação no programa “Saúde Da Família” (<i>check-list</i>); -Realizar verificação à documentação dos cuidados no programa de “Saúde da Família”, a 9 processos clínicos; -Análise de dados/resultados.	01/12/23 a 15/12/23
Planeamento das ações		-Planear as atividades de avaliação	-Realização de um plano de secção da formação; -Elaboração da folha de participantes; -Elaboração do cronograma de atividades; -Elaboração de slides de apresentação;	03/01/24 a 10/01/24
Ações	Nível 1	-Dotar a equipa de enfermagem de conhecimentos e competências para documentação no programa de “Saúde da Família”	-Exposição da apresentação; -Acompanhamentos dos enfermeiro da equipa na documentação no programa de “Saúde da Família”;	10/01/24 a 24/02/24
Avaliação dos dados/resultados	Nível 2 e Nível 3	-Conhecer a apreciação global dos participantes, sobre os conteúdos formativos, o desempenho dos formadores, a organização da ação e sugestões de melhoria; -Identificar as competências adquiridas da equipa na documentação dos cuidados no programa de “Saúde da Família” (após 3 semanas da realização da formação); -Avaliar os conhecimentos sobre a documentação dos cuidados no programa de “Saúde da Família”	-Aplicação de um instrumento de avaliação da ação de formação; -Aplicação do instrumento de avaliação dos conhecimentos adquiridos; -Aplicação do instrumento de avaliação da perceção de competências adquiridas; -Aplicação/Verificação de grelha da documentação dos cuidados (3 semanas após a formação).	24/02/24 a 14/02/24

A finalidade da elaboração de um questionário foi conhecer as principais necessidades dos enfermeiros sobre a documentação no programa de saúde da família (Anexo 5). O questionário era constituído por dois grupos, sendo o primeiro grupo uma caracterização sociodemográfica e profissional. No segundo grupo, tinha como objetivo perceber se os enfermeiros já tinham formação sobre o MDAIF e enfermagem de saúde familiar, conhecer os motivos de não documentar a conceção de cuidados às famílias e se identificavam vantagens em fazê-lo. Num total de nove enfermeiros da equipa aos quais foi aplicado o questionário, todos providenciaram o seu preenchimento. Na análise dos resultados obtidos, verificou-se que, no grupo I, que quatro enfermeiros apresentam Licenciatura, três completaram Mestrado, dois Pós-Licenciatura e um

Pós-graduação em gestão e direção de serviços de saúde, verificou-se também, que a média de anos de exercício da profissão como EF era de 18 anos. No grupo II, as questões elaboradas tiveram como finalidade conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o nível da sua competência para abordar a família enquanto cliente, da necessidade de prestar cuidados de enfermagem às famílias, da competência para a documentação no programa de saúde da família, da importância da documentação e da sua motivação para efetuar a documentação. Assim, verificou-se que 75% dos enfermeiros refere que a unidade tem recursos para que consiga efetuar registros de enfermagem no programa “Saúde da Família”, dos 25% que responderam que a unidade não apresenta recursos referiram 33% recursos materiais e organizacionais como causa e 17% como causa os recursos humanos e de logística.

Os nove elementos da equipa de enfermagem conheciam o MDAIF através de formação em serviço, curso de pós-graduação e eventos científicos, sendo que todos consideram importante a documentação no programa e que apenas um não teve formação sobre o MDAIF. Constatou-se que 78% dos enfermeiros não documenta no programa e que apenas 22% realiza a documentação. Os motivos para não documentarem, foram colocados como opção e verificou-se que 67% referiu falta de tempo, 22% referiram não saber como fazer e 11% referiu SClínico-CSP® não atualizado. Relativamente às questões de conhecimento sobre o MDAIF, se conheciam as dimensões que integram o MDAIF, verificou-se 56% conhece as dimensões do modelo e enumerou-as corretamente, sendo que 44% desconhece. Que na questão relacionada com dimensão estrutural 56% dos enfermeiros respondeu de forma acertada e 44% de forma errada. Quando questionados sobre o genograma, apenas 22% manifesta ter conhecimento da sua utilidade. No que concerne ao foco do edifício residencial 57% dos enfermeiros sabe que o animal doméstico não integra este foco de atenção. Todos os enfermeiros consideram que os focos de avaliação, na dimensão estrutural têm relevância do ponto de vista avaliativa das famílias. Na dimensão avaliativa do desenvolvimento, 67% sabe quais as áreas avaliativas e 33% não respondeu corretamente. No que diz respeito à dimensão funcional 56% revelou dificuldade na sua documentação, onde 37% alegam a extensão do MDAIF, 25% falta de tempo, 25% invasão da privacidade e 13% por ser complexo e burocrático. Verificamos, também, que 44% não refere dificuldade na documentação desta dimensão.

Verificou-se que 67% dos enfermeiros não se encontra motivado para iniciar a documentação no programa “Saúde da Família”, mas que 33% se encontra motivado para iniciar. Sabendo que o que desmotiva estes 67% dos enfermeiros, refere-se falta de tempo (25%), pouco prático e

difícil atualização (13%), custo/benefício (13%), complexo (13%), excesso de utentes na lista (12%), muito extenso (12%) e problemas informáticos/servidor insuficiente (12%). Por último, 78% dos enfermeiros sente que o seu envolvimento nos registos do programa “Saúde da Família”, irá promover a vigilância/ monitorização dos fenómenos de enfermagem e podem representar um contributo importante na melhoria da qualidade dos cuidados prestados enquanto “Enfermeiro de Família”, no entanto 22% sente que este envolvimento não irá contribuir.

Com a aplicação do questionário e face aos resultados obtidos, na fase inicial permitiu identificar a necessidade de abordar a avaliação da família e o MDAIF, uma vez que é importante para o enfermeiro, uma avaliação completa e uma recolha de dados segura, para chegar a um conhecimento aprofundado das famílias e assim permitir o desenvolvimento de intervenções para a família, assim o MDAIF (Figueiredo, 2013), pretende ser o referencial teórico orientador das práticas dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, funcionando como fator positivo na aquisição de competências para a avaliação familiar (Oliveira et al., 2018). Além disso, verificou-se uma maior necessidade na aquisição de conhecimento para a competência da documentação no programa de “Saúde da Família”. Posto isto, foi realizada uma ação de formação (Anexo 6) na USF intitulada de “Documentação no programa de Saúde da Família – Apresentação de estudo de caso”, que decorreu a 24 de janeiro de 2024 às 14:00 horas e contou com a participação de seis profissionais da equipa multiprofissional. Nas fases da ação de formação (introdução, desenvolvimento e conclusão) foram definidos os objetivos, o conteúdo formativo, as atividades, os métodos formativos, os recursos necessários e a duração de cada fase. Procedeu-se à elaboração do plano de sessão (Anexo 7), um documento com descrição da data, hora, duração total da ação de formação e do público-alvo,

A segunda etapa do processo formativo é a conceção/planeamento da formação. Este é desenvolvido com base nos resultados obtidos no diagnóstico de necessidades formativas, através do processo de conceção e estruturação dos conteúdos programáticos, tendo em consideração a população alvo e o perfil a atingir em termos de conhecimentos, capacidades e comportamentos, objetivos pedagógicos, modalidade de organização da formação, métodos pedagógicos e de avaliação, assim como os recursos necessários à sua operacionalização e respetivo cronograma (Rodrigues et al., 1996).

Pretendeu-se com o processo formativo atingir o objetivo geral: o desenvolvimento pessoal, e a contribuição significativa para elevar o nível de desenvolvimento organizacional. Quanto aos

objetivos específicos foram definidos os seguintes: Aumentar o conhecimento da equipa sobre as dimensões do MDAIF; aumentar o conhecimento sobre a documentação da avaliação e intervenção, no programa “Saúde Familiar”; incentivar o uso sistemas de informação para melhorar a documentação dos cuidados no âmbito da Saúde Familiar e Contribuir para a melhora da competência dos enfermeiros na documentação dos cuidados, no programa “Saúde Familiar”. A evidência científica diz-nos que o uso de metodologias ativas no ensino no âmbito da enfermagem, representa uma estratégia eficaz para a aprendizagem significativa, necessário para a formação de profissionais (Enderle et al., 2018). É dada relevância aos pressupostos pedagógicos centrados no formando, conferindo-lhe uma ação de curiosidade através do questionamento, da reflexão e da experimentação, exaltando-se o papel do enfermeiro na pedagogia centrada numa aprendizagem auto-construída (Oliveira et al., 2020). Deste modo, as estratégias ensino-aprendizagem devem ser alicerçadas em pressupostos integrativos e reflexivos, com base na experiência, proporcionando a obtenção e desenvolvimento de competências e a otimização da tomada de decisão clínica em ESF (Oliveira et al, 2020). Pelo exposto, neste processo formativo, optou-se por realizar uma ação de formação com a equipa de enfermagem e supervisão clínica de pares (SCP), através de uma estratégia individual.

Chegando à terceira etapa, a implementação do programa de formação, acontece o desenrolar do programa delineado na etapa anterior, utilizando-se várias técnicas para transmitir as informações necessárias e desenvolver os conhecimentos. Nesta etapa é realizada a formação, estando a sua eficácia dependente da qualidade das ações e planos desenhados nas etapas anteriores. Neste processo formativo foi ministrada a ação de formação já referida, que teve como objetivo orientar sobre as etapas necessárias para a documentação dos cuidados no âmbito do programa de saúde “Saúde da Família” no SClínico®. Após a realização da formação, foram realizados momentos de avaliação, nomeadamente a avaliação do grau de satisfação dos enfermeiros em relação à ação de formação, aos conteúdos programáticos, a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos e os resultados obtidos. Pretende-se, assim, avaliar se o programa de formação atendeu às necessidades para as quais foi desenhado (Chiavenato, 2005).

Estamos na quarta fase do processo, na avaliação do programa de formação, nesta etapa é essencial medir a eficácia e o impacto das ações de desenvolvimento e capacitação profissional, para garantir que o programa de formação atinja os objetivos estabelecidos e proporcione resultados significativos, é importante realizar uma avaliação abrangente. Uma das abordagens mais referenciadas na literatura da avaliação da formação consiste na Abordagem Multinível de

Donald Kirkpatrick (1998). Esta abordagem surgiu em 1959, e tem sido, até então, o modelo de avaliação mais utilizado por parte de um número significativo de entidades formadoras. Este modelo é composto por quatro fases distintas, cada uma destinada a medir diferentes aspetos da formação, através da abordagem de quatro níveis, que são eles:

O nível 1, a Reação, concentra-se na opinião dos participantes à formação. É avaliada a satisfação dos participantes, a perceção da relevância da formação e sua utilidade percebida (Kirkpatrick, 1996, como citado em Alves, 2009). Neste processo formativo, logo após o término da formação foi aplicado um questionário de avaliação de ação de formação (Anexo 8) com o objetivo de avaliar os conteúdos programáticos e métodos, capacidade e competência da formadora, a organização da ação de formação e uma avaliação global da mesma numa escala de Likert, com pontuação de 1 a 5. Como resultado, 100% dos participantes classificaram como cinco em todos os itens.

O nível 2, a aprendizagem, ocorre quando há uma mudança na forma de perceber a realidade e/ou um aumento de conhecimentos e/ou, ainda, um aumento de habilidades. Isso é, geralmente, avaliado por meio de testes, avaliações práticas ou outros métodos que demonstrem a aquisição de conhecimento, e pode ser aplicado antes e após a formação. Este nível de avaliação recai sobretudo na aferição do grau de domínio em relação a determinados tipos de saberes, bem como a aplicação desses saberes em prática real ou simulada, de forma a demonstrar determinadas competências (Instituto Qualidade e Formação - IQF, 2006). Neste processo formativo, utilizaram-se as mesmas questões do questionário de levantamento de necessidades que avaliavam os conhecimentos dos formandos, 15 dias após a formação, por forma a comparar a evolução dos conhecimentos, após terem sido ministrados os conteúdos formativos (Tabela 12).

Tabela 12 - Evolução dos Conhecimentos com o Processo Formativo

Questões realizadas	Respostas obtidas	Antes do processo formativo	Após o processo formativo
1.A Unidade tem recursos para que consiga efetuar registos de enfermagem no programa “Saúde da Família”?	Sim	75%	75%
	Não	25%	25%
Se respondeu “Não” na questão anterior, identifique os recursos que considera estarem em falta (pode optar por mais de 1 resposta)	Recursos Humanos	17%	33%
	Recursos materiais	33%	0%
	Recursos logística	17%	17%
	Recursos organizacionais	33%	50%
	Outros	0%	0%
2.Considera importante a documentação no programa de “Saúde da Família”?	Sim	100%	100%
Porquê?	Contribuição para os planos de cuidados	23%	34%

	Envolvimento na prestação de cuidados e processo terapêutico	22%	0%
	Documentação da informação	22%	33%
	Visão da família como foco de cuidados	22%	33%
	Sem resposta	11%	0%
4. Costuma fazer documentação no programa “Saúde da Família”?	Sim	22%	44%
	Não	78%	56%
Se respondeu “Não” à resposta anterior, qual o motivo?	Falta de tempo	67%	87%
	Não é importante	0%	0%
	Não sei como fazer	22%	0%
	Outras (SCLínico não atualizado)	11%	13%
5. Conhece as dimensões que integram o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?	Sim	56%	78%
	Não	44%	22%
8. Na avaliação familiar, na dimensão estrutural são avaliados os seguintes focos: Rendimento familiar; Edifício residencial; Animal doméstico; Processo familiar e Papel parental.	Certo	44%	100%
	Errado	56%	0%
9. O que entende por genograma? Assinale a resposta errada.	Certo	22%	56%
	Errado	78%	44%
10. No foco Edifício residencial, a atividade diagnóstica é conduzida para diferentes focos. Selecione a opção errada; Barreiras arquitetónicas; Aquecimento; Abastecimento de gás; Higiene da habitação e Animal doméstico.	Certo	57%	100%
	Errado	43%	0%
12. Perceciona alguma(s) dificuldade(s) específica (s) na avaliação e documentação da Dimensão Funcional do MDAIF?	Sim	56%	56%
	Não	44%	44%
Se respondeu “Sim” à pergunta anterior, qual(ais) as dificuldades percecionadas?	Extenso	37%	11%
	Invasão da privacidade	25%	0%
	Falta de tempo	25%	45%
	Complexo e burocrático	13%	44%
13. Da dimensão avaliativa do desenvolvimento, quais são as áreas avaliativas?	Certo	67%	89%
	Errado	33%	11%
14. Sente-se motivado/a, caso ainda não o faça, para iniciar a documentar no programa “Saúde da Família”?	Sim	33%	56%
	Não	67%	44%
Se respondeu “Não” na pergunta anterior, quais as razões?	Problemas informáticos / Servidor insuficiente	13%	0%
	Falta de tempo	25%	100%
	Muito extenso	13%	0%
	Excesso de utentes por lista	12%	0%
	Pouco prático e difícil atualização	13%	0%
	Complexo	13%	0%
	Custo/Benefício positivo	13%	0%
15. Sente que o seu envolvimento nos registos do programa “Saúde da Família”, irá promover a vigilância/ monitorização dos fenómenos de enfermagem e podem representar um contributo importante na melhoria da qualidade dos cuidados prestados enquanto “Enfermeiro de Família”?	Sim	78%	100%
	Não	22%	0%

As avaliações dos conhecimentos adquiridos foram verificados no grupo II do questionário. As questões relacionadas com o programa “Saúde da Família” e MDAIF, nomeadamente as questões oito, nove, dez e treze, verificou-se melhoria de conhecimento em todas as afirmações, no entanto, mantiveram-se dúvidas relacionados com o tema, existindo uma percentagem

significativa de respostas erradas, essencialmente na questão nove, pois apenas 56% dos enfermeiros apresentaram a resposta certa. Nas restantes questões obteve-se os seguintes resultados: a questão oito e dez, 100% dos enfermeiros responderam corretamente; na questão treze, a maioria (89%) dos enfermeiros respondeu de maneira adequada. Verificou-se aumento no conhecimento da documentação sobre a avaliação da família. No entanto, nas questões nove e treze, mantiveram-se dúvidas sobre o genograma e a dimensão avaliativa do desenvolvimento. Num estudo desenvolvido por Vieira (2018) que procurou perceber a importância atribuída pelos enfermeiros à documentação dos cuidados, os resultados espelham a importância dada pelos enfermeiros aos registos, eles consideram que a mudança não é fácil e identificam como principais condicionantes o défice de liderança institucional, a formação desadequada, escassez de recursos humanos e questões motivacionais, assim a percepção pouco favorável dos enfermeiros, relativamente à recente mudança no SIE para o SClínico pode ser justificada pela falta de acompanhamento das equipas neste processo de mudança, resultando que cada serviço crie as suas próprias estratégias, dificultando um padrão documental. Alguns estudos identificam a falta de tempo e excesso de trabalho e mesmo a resistência à mudança como uma condicionante na documentação dos enfermeiros (Huitzi-Egilegor et al., 2018; Reis et al., 2016).

Na aplicação do questionário foi também possível confirmar a modificação na percepção dos enfermeiros sobre a sua competência para a documentação no programa de “Saúde da família”, sobre a importância da documentação da avaliação da família e sobre a motivação para a documentação no programa. A documentação já era considerada importante antes e, após a formação em serviço, existiu aumento na aquisição de conhecimentos para a aplicação do programa. Na questão quatro, relativa à prática de documentação no programa, inicialmente apenas 22% dos enfermeiros efetuavam o seu registo, após a formação 44% responderam que já exercem essa prática. Em relação à motivação para a documentação, as respostas mantiveram-se muito próximas, no entanto verifica-se que 56% dos enfermeiros encontram-se motivados, sendo que antes da formação apenas 33% responderam positivamente.

O nível 3, Comportamento, centra-se na utilização do conhecimento e das habilidades adquiridas no contexto de trabalho pelos participantes e identificar se a alteração de comportamento que existiu permitiu alcançar os objetivos esperados com a formação, ou seja, o impacto que a formação teve nos participantes. Envolve que exista a motivação para uma transformação, o raciocínio do que precisa ser feito e como deve fazê-lo, a promoção de um ambiente de trabalho favorável, apoio na aplicação dos conhecimentos adquiridos e o

reconhecimento/incentivo pela alteração no comportamento (Kirkpatrick, 1998, como citado em Alves, 2009). Em relação à avaliação da competência adquirida pelos enfermeiros sobre a documentação no programa de “Saúde da família”, foi-lhes solicitado que efetuassem a documentação da avaliação de uma família nas três semanas seguintes à formação. Posteriormente, de forma a avaliar a documentação concebida pelos enfermeiros, foi elaborada uma Grelha de análise de documentação no programa “Saúde Da Família”, preenchida por mim, com todos os itens das áreas propostas a documentar (Anexo 9). Procedeu-se à interpretação da mudança das práticas dos cuidados à família, documentados pelos enfermeiros. Da análise e comparação dessa documentação, foi possível aferir que o processo formativo teve impacto positivo na informação documentada pelos enfermeiros. Em relação à área do “Processo Familiar”, 56% documentou corretamente os dados e 22% realizaram apenas a documentação dos dados relacionados com a habitação e a escala de *Graffar*. A documentação sobre a “Avaliação Familiar Inicial” foi efetuada por 44% dos enfermeiros, a documentação da dimensão estrutural foi realizada por 44% dos enfermeiros, no entanto a documentação sobre as duas outras dimensões avaliativas, a percentagens baixaram consideravelmente. Na dimensão avaliativa do desenvolvimento, a área com maior percentagem de registo foi a adaptação à gravidez com 67% dos enfermeiros, na área do planeamento familiar e satisfação conjugal apenas 22% dos enfermeiros efetuaram registo e por fim, não foram verificados registos no papel parental. A terceira dimensão avaliativa (Funcional), não obteve nenhum registo.

Em suma, 22% apresentou documentação completa das áreas propostas conforme as necessidades da família, 56% documentou a avaliação da família, mas incompleta e 22% dos enfermeiros não tinham qualquer registo. Verificou-se que os enfermeiros que documentaram realizaram-no corretamente, e que o facto de um grande número dos enfermeiros (56%) não ter realizado a documentação completa de uma família conforme sugerido poderá estar relacionado com a indisponibilidade em consulta e a sobrecarga de tarefas que os enfermeiros referiram aquando do diagnóstico das necessidades. Neste período de avaliação, começaram a aumentar a documentação no programa de saúde da família, mas ainda existe um longo caminho. A literatura científica tem dado a conhecer algumas barreiras percecionadas pelos profissionais na documentação dos cuidados, entre elas, a falta de conhecimento e preparação (Huitzi-Egilegoret al., 2018; Silva et al., 2016; Vieira, 2018), a falta de material e recursos humanos (Huitzi-Egilegor et al., 2018; Vieira, 2018), a falta de tempo e o excesso de trabalho (Reis et al., 2016), a necessidade de formação contínua e a falta de suporte técnico (Silva et al., 2016), mas também a resistência à mudança (Huitzi-Egilegor et al., 2018). Estes resultados

corroboram o que diz a literatura sobre a ajuda dos enfermeiros para entenderem o que devem melhorar e esforçarem-se para melhorar o seu desempenho (Madlabana et al., 2020) e consequentemente equilibra as suas perceções em relação à qualidade dos cuidados e à documentação dos cuidados (Yulianita et al., 2020).

O nível 4, Resultados, este é, segundo Kirkpatrick (1998), o mais importante e talvez o mais difícil dos quatro níveis, pois avalia o impacto da formação nos resultados organizacionais. Isso inclui a medição de indicadores de desempenho, produtividade, qualidade do trabalho e outros fatores relevantes que refletem o impacto na organização como um todo. No entanto, obter, organizar e analisar informações pode ser difícil, gasta tempo, e tem um custo mais elevado. (Kirkpatrick, 1998, como citado em Alves, 2009). Neste tipo de avaliação deveria ter por base indicadores específicos e nos Cuidados de saúde Primários a contratualização de indicadores traduz-se numa ferramenta de governação clínica para a melhoria contínua da qualidade (DR, 2016). Sendo contratualizados 30 indicadores de enfermagem, num total de 365 nas unidades funcionais (Administração Central dos Sistemas de Saúde, 2017), no entanto, nenhum deles está relacionado com os cuidados prestados no âmbito da família e respetivos ganhos em saúde. Neste sentido, é necessário o desenvolvimento de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde familiar nas unidades funcionais, devendo estes basearem-se no referencial teórico e operativo existente para a prática clínica da enfermagem de saúde familiar. Por uma questão de limite temporal, não foi possível executar este tipo de avaliação.

De uma maneira geral, a equipa deu grande importância ao momento de formação, a mesma foi baseada na reflexividade sobre a ação e na transferência dos conhecimentos adquiridos, desta forma, foi tida em conta a perspetiva dos participantes. Através da experiência vivida foram compartilhadas perceções sobre os aspetos positivos da formação com a vertente prática. Tendo uma prática reflexiva, só assim se torna capaz de gerar transformação, alternativas e novas aquisições cognitivas, relacionais e profissionais, facilitando a resolução de problemas, na complexidade que é cuidar da família enquanto alvo de cuidados (Oliveira et al., 2020). Efetivamente, uma pedagogia direcionada para a competência e para a autoconstrução da aprendizagem em função das necessidades dos formandos, promovendo a crítica e a curiosidade intelectual (Oliveira et al., 2018), a comunicação ativa e partilhada entre a teoria e a prática dos enfermeiros, a autonomia, a reflexão sobre e na ação (Shon, 2000) e a criatividade demonstrou promover o desenvolvimento para que os enfermeiros fossem capazes de adaptar as suas aprendizagens às necessidades. A informação adquirida com o processo documental é

crucial para a gestão dos cuidados de saúde permitindo o conhecimento de vivências e estratégias implementadas pelos enfermeiros, levando a ganhos em saúde (Ribeiro et al., 2019). A consciencialização para a importância da documentação é crucial, pois permite registar o trabalho autónomo e colaborativo, autoafirmando a profissão (Reis et al., 2016; Vieira, 2018).

Promover a formação em serviço contribuiu para expandir as competências através da criação e sustentação de uma visão partilhada com os enfermeiros sobre ESF e sobre a documentação da avaliação da família, respeitando e contribuindo para a cultura organizacional. A certificação das competências clínicas assegura que o enfermeiro obtenha um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, refletidas as suas necessidades de saúde do grupo -alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento nº 140/2019, 2019).

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo tem como finalidade refletir sobre as competências adquiridas durante a componente clínica descrita anteriormente. A aquisição de competências significa que o enfermeiro reuniu conhecimentos e habilidades para atuar em diversos contextos e níveis de prevenção, de acordo com as necessidades de saúde do grupo-alvo (Regulamento nº 140/2019, 2019). Segundo a OE, a competência é definida como “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação” (OE, 2017, p.2). A OE define o enfermeiro especialista como aquele que reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (OE, 2019, p. 4744). A aplicação de uma vasta gama de competências de enfermagem focadas na melhoria dos resultados de saúde em indivíduos e famílias, é definida como uma prática avançada de Enfermagem Familiar (IFNA, 2017). O domínio das competências gerais nos cuidados às famílias é primordial na expansão desta prática avançada de cuidados às famílias, que vai além da prática generalista ao abordar os cuidados complexos às famílias (IFNA, 2017).

A reflexão da prática é uma competência essencial para a aprendizagem contínua e o desenvolvimento profissional, ao refletir na prática, tenho a oportunidade de analisar e avaliar as experiências no decorrer do estágio, identificando pontos fortes e áreas para melhoria. Segundo Schon 2000, a importância de uma prática reflexiva é baseada no conhecimento na ação e em três tipos de reflexão: a reflexão sobre a ação, a reflexão na ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. Pela análise crítico-reflexiva sobre o percurso realizado até aqui, foi possível perceber, contando com o contributo de uma equipa multiprofissional e multidisciplinar, a existência de uma prestação de cuidados de qualidade capaz de promover a saúde das famílias.

Para uma melhor compreensão do contributo das ações e intervenções para as respetivas competências, estas serão listadas na ordem que estão especificadas no Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

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

A abordagem da família na prática clínica enquanto unidade sistêmica possibilitou aprofundar o conhecimento e a compreensão sobre a avaliação familiar e desenvolver a capacidade de intervir nas famílias enquanto processo dinâmico. As famílias com membro idoso portador de DPOC apresentaram diferente composição familiar e necessidades específicas, as suas características específicas estimularam à prática baseada na evidência científica, para uma melhor adequação da intervenção familiar com recurso aos instrumentos de avaliação e à colheita de dados. A partilha das experiências das famílias na prestação de cuidados bem como o impacto desta prestação na família como um todo e nos seus membros, foi sem dúvida um exemplo para enriquecer a tomada de decisão.

Utilizou-se a matriz operativa do MDAIF para a identificação das necessidades, das forças e recursos das famílias, através da utilização dos instrumentos de avaliação familiar nela inseridas. Envolver os membros da família em todo o processo de cuidados, respeitando e valorizando a sua opinião, tendo por base a identificação das forças da família e dos seus membros e a presença de *rapport*, permitiu o diálogo, a confiança na relação terapêutica e promoveu o ambiente saudável e seguro para família.

As famílias foram incentivadas à continuidade dos planos de cuidados implementados, para alcance dos objetivos estabelecidos com intuito nos resultados desejados, através da promoção e fortalecimento da saúde da família e dos seus membros, referidos os seus pontos fortes em todas as interações realizadas e desenvolvida relação terapêutica com as famílias.

Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família

Durante o estágio, o foco na família contribuiu para o desenvolvimento de competências, esta permitiu desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem centrados na família, considerando não apenas o indivíduo, mas também as necessidades e dinâmicas familiares. A oportunidade de aprimorar as habilidades de comunicação, tanto com o indivíduo quanto com seus familiares, na utilização dos diferentes recursos apreendidos nas UC's, como entrevista motivacional, metáfora, reenquadramento, abordagem narrativa e conto sistêmico.

Desenvolvi, ainda, competência na abordagem individual aos membros das famílias, esta foi sem dúvida curiosa, pois pude perceber que a perspetiva que tinha, anteriormente, da abordagem individual era, efetivamente, muito limitada, descurando tantas vertentes e considerando apenas algumas vertentes do indivíduo. Ao observar o indivíduo num genograma pode fornecer uma visão abrangente de sua história familiar, relacionamentos, comportamentos e padrões genéticos.

O trabalho em equipa, promoveu o desenvolvimento de competências de trabalho em equipe, capacitando a colaboração com outros profissionais de saúde para garantir uma abordagem holística e integrada ao cuidado e a gestão das famílias, sendo uma aprendizagem na gestão de saúde familiar, incluindo a avaliação de necessidades, o planeamento de cuidados, a coordenação de serviços e o acompanhamento dos utentes e suas famílias ao longo do tempo. Identificados os valores éticos, crenças e o respeito, que contribuíram para o desenvolvimento de competências éticas e para a compreensão da importância do respeito pela autonomia e dignidade dos utentes e suas famílias. Assim a oportunidade de adquirir e aprimorar competências essenciais para a prática da enfermagem com foco na promoção da saúde e no bem-estar da família como um todo.

Procurou-se estabelecer empatia com os membros das famílias, capacitando-os para a identificação das suas forças e recursos, das suas próprias necessidades e para a procura de soluções, proporcionando-lhes recursos durante a realização das consultas, por exemplo na família A foi partilhado os recursos existentes para ajudar a filha F. relativamente à saturação do papel que demonstrava, assim como, redefinição dos papéis por parte dos membros da família. No sentido de promover a saúde familiar, no decorrer deste percurso houve, por isso, um encorajamento direcionado aos membros das famílias no sentido de concretizarem os objetivos a que se propunham. Isto só foi possível de ser concretizado através de uma recolha de dados criteriosa que deu, lugar à identificação dos diagnósticos, à implementação das intervenções e das respetivas atividades que as concretizaram.

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

Foram mobilizados conhecimentos tanto de enfermagem de saúde familiar como de outras ciências para o raciocínio clínico e transpostos para o cuidado às famílias. Para tal, utilizou-se as evidências mais recentes e desenvolvimentos em enfermagem e áreas relacionadas.

Realizada colheita de dados sobre antecedentes e relacionamentos familiares, estado de saúde e padrões familiares a transições complexas de saúde. Foi também avaliado a reciprocidade entre os membros, a família, e o ambiente familiar, sendo identificada a etapa do ciclo vital de cada família, bem como as transições individuais de cada membro das famílias.

Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

Ao adotar uma abordagem baseada em evidências, são utilizadas as melhores práticas clínicas e terapêuticas disponíveis, fundamentadas em pesquisas e estudos científicos atuais. Isso significa que as decisões clínicas e os planos de cuidados foram fundamentados em informações atualizadas e

confiáveis, contribuindo para resultados mais positivos e seguros para as famílias. Além disso, a prática baseada em evidências também promove a atualização constante do conhecimento, incentivando a procura por novas informações, ajudando a garantir a atualização constante em relação às melhores práticas, proporcionando um atendimento de maior qualidade e mais eficiente.

Utilizou-se os diferentes tipos de questões, encorajando as famílias a refletirem sobre as suas relações, usando pensamento e hipótese sistêmicos para permitir múltiplas compreensões da família, expandindo o foco das avaliações e intervenções de enfermagem de saúde familiar. Com as famílias foram definidas metas a atingir nos seus projetos de saúde, sempre envolvidos num ambiente seguro nas consultas, tanto na USF como no contexto de domicílio. Para ajudar as famílias a visualizar ou entender um problema de uma nova perspetiva, foi utilizada a entrevista familiar sistémica, que compreende a reformulação das informações compartilhadas. Recorreu-se à matriz operativa do MDAIF como ferramenta teórica, para a realização da intervenção e avaliação.

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

Na realização das consultas às diferentes famílias, foi utilizada a entrevista motivacional para intervir nos portadores de DPOC âmbito da adesão ao Regime Medicamentoso/Dietético/Exercício por forma a facilitar o processo de consecução dos seus objetivos. Assim, foram desenvolvidas intervenções para dar respostas às necessidades das famílias e seus membros, em períodos de transições complexas, como por exemplo, a mudança para casa das filhas (Família A), onde se inverte os papéis e se está perante uma nova reorganização familiar, traduziu-se em consultas mais frequentes, sempre com base nas melhores evidências disponíveis da prática clínica para sustentar as intervenções, tendo em conta sempre o feedback da família.

Garantiu-se a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde implementados, monitorizando continuamente a prática, através dos registos manuais na grelha baseada na matriz operativa do MDAIF e no SClínico CSP®, utilizando as intervenções especializadas de ESF, no sentido de promover a alteração do juízo do diagnóstico relativamente às áreas de atenção familiar identificadas na avaliação familiar.

Facilita a resposta da família em situação de transição complexa

Foi dado incentivo às famílias a contarem as suas narrativas de saúde, foi curioso recolher informações para a avaliação da família e perceber as histórias que cada membro da família tinha por detrás, isso ajudou a construir uma relação de confiança.

Promover o processo de consciencialização durante uma entrevista familiar sistêmica foi fundamental para ajudar os membros da família a identificar seus pontos fortes e áreas onde podem promover mudanças positivas. Ao incentivar a reflexão e a autoavaliação, os membros da família podem desenvolver uma maior compreensão de si mesmos, das suas relações e das dinâmicas familiares. Assim pode fortalecer a autoestima e a confiança de cada indivíduo, além de fomentar um senso de valorização e reconhecimento mútuo dentro da família, isso contribuiu para fortalecer os laços familiares e promover um ambiente de apoio e colaboração.

Recorrendo-se à elaboração do ecomapa, foi possível mapear as interações com os sistemas mais amplos e este pode fornecer insights valiosos sobre a dinâmica familiar, ajudando os membros a compreender melhor suas interações e a promover mudanças positivas em direção a um ambiente familiar mais saudável e harmonioso.

Foi dado incentivo às famílias a identificar e explorar os recursos disponíveis interna e externamente que possam ser mobilizados para lidar com os desafios e necessidades enfrentados, dando feedback às famílias, de forma sistemática, com enfoque nos seus pontos fortes, analisando com as famílias o progresso no alcance dos objetivos traçados.

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

Procedeu-se à procura de orientação e supervisão com a professora e enfermeiro orientador cooperante para aperfeiçoar a prática avançada em enfermagem familiar, sendo realizado uma reflexão contínua sobre as interações com as famílias e avaliação da sua eficácia geral.

Promovido o desenvolvimento pessoal e profissional de forma contínua, através da frequência de ações de formação na área de enfermagem de saúde familiar: Seminário de Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, integrado na NursID Spring School 2023 da ESEP. Foi também, realizada colaboração com colegas na abordagem de enfermagem familiar complexa, com a partilha dos conhecimentos adquiridos no âmbito da ESF.

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

Formalizados momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados, com bom feedback das famílias quanto aos cuidados prestados, às técnicas de intervenção sistêmica utilizadas em consulta e aos resultados obtidos, percebendo o impacto das intervenções nas famílias a partir das modificações positivas dos estados dos diagnósticos de enfermagem. Para além disso, foram comparados os resultados dos cuidados de saúde, no estado de saúde da família antes e depois dos cuidados prestados, através dos indicadores do MDAIF e dos ganhos em saúde.

Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários à família

Promoveu-se a colaboração entre equipas de saúde no que diz respeito aos cuidados de saúde à família, através da partilha da informação colhida com a equipa de saúde familiar, como forma de responder às necessidades de casa família. Foi estabelecido um trabalho em colaboração com a UCC para um melhor resultado nos cuidados prestados.

Foi aprofundado o conhecimento dos recursos e serviços de saúde disponíveis na comunidade, como por exemplo os serviços de apoio existentes na autarquia para os idosos. Foi realizado encaminhamento de uma família para outros profissionais de saúde, assegurando-se um cuidado interdisciplinar. O conhecimento adquirido, no âmbito dos recursos existentes no concelho foram partilhados com as famílias.

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

Foi possível promover a formação contínua no âmbito da Enfermagem. O objetivo passava por dotar a equipa de enfermagem de conhecimentos e competências para documentação no programa de “Saúde da Família”, fomentando os ganhos em saúde. Como tal, também as experiências no âmbito da promoção da cultura organizacional, de formação e prática na USF potenciaram e simplificaram o interesse e envolvimento nestas atividades, designadamente com a colaboração, redefinição e reestruturação do PAI no âmbito da DPOC para o ano corrente.

Existiu ainda desenvolvimento de competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, tendo por base um desenvolvimento de aprendizagens nos enfermeiros, através do processo formativo desenvolvido, no contexto de supervisão clínica a pares, com recurso a uma estratégia de acompanhamento individual, para reflexão sobre o processo e evolução. Partilhar a evolução dos enfermeiros, assim como, promover a motivação da equipa para compreender a importância da documentação, foi sem dúvida aliciente.

Importa ainda sublinhar que a concretização da monitorização e avaliação das respostas familiares foi executada com recurso ao SClínico-CSP®, no entanto, existem várias limitações do próprio sistema de informação no que diz respeito ao registo dos dados de avaliação e intervenção à família. Este programa, tem também por base orientadora o MDAIF, no entanto, não tem ferramentas que permitam realizar o genograma, e não sugere intervenções para alguns diagnósticos de enfermagem que requerem intervenção, tendo estes que ser realizados em texto livre. Esta situação foi reportada ao interlocutor para a parametrização, mas que não foi resolvida até conclusão do estágio. Para além desta limitação o próprio sistema de informação apresenta critérios de diagnóstico relacionados com o Programa Saúde da Família escassos, dando espaço para a identificação de diagnósticos pouco fundamentados e, consequentemente, intervenções pouco direcionadas às necessidades. No decorrer das UCs foi abordado por diversas vezes, esta temática, sendo possível reconhecer que, os sistemas de informação atualmente em vigor nos CSP não traduzem aquela que é a prática e a continuidade dos cuidados prestados às famílias e aos seus membros como parte de um sistema, sendo emergente a sua remodelação, no sentido de potenciar a formalização dos indicadores de desempenho atualmente contratualizados, abrindo espaço para os indicadores diretamente relacionados com os ganhos em saúde das famílias.

Assim, pode-se afirmar que ocorreu aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, mas também das competências específicas da ECESF. Ao longo do desenvolvimento das UCs, existiu uma aprendizagem profunda criando fundamentados e habilidades de comunicação verbal e escrita, o que contribuiu para a concretização de uma prestação de cuidados, dinâmica, flexível e personalizada. Esta reflexão face à complexidade dos contextos de ação onde se desenvolveram as interações com as famílias foi impulsionadora de transformações na construção de uma mudança para utilizar em situações futuras.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente relatório resume a continuidade de um percurso formativo global e o desenvolvimento de competências específicas da ECESF, englobando a prática de cuidados especializados às famílias com elemento idoso portador de DPOC, tendo a realização dos estágios contribuído para o desenvolvimento académico e profissional e aprofundamento de conhecimentos teóricos e sua transferibilidade para a prática clínica. Os cuidados realizados na prática assentaram na ajuda teórica de referenciais teóricos como auxílio da prestação de cuidados à família e seus membros. A utilização do MDAIF revelou-se uma ferramenta imprescindível neste processo, permitindo uma abordagem sistémica, dinâmica e flexível na avaliação e intervenção em famílias com membro idoso portador de DPOC.

As famílias que foram alvo de cuidados de enfermagem apresentaram em comum a presença de, pelo menos, um membro idoso portador de DPOC. Cada família tinha uma dinâmica diferente característica da sua própria identidade. Quanto às famílias com que tive o privilégio de contactar, na avaliação e intervenção familiar, foi desenvolvida a problemática da DPOC no contexto familiar. Pode dizer-se que a presença da doença na vida de um dos membros representava repercussões em diversos níveis, trazendo mudanças significativas para o modo como a família vivência o seu quotidiano e se relaciona entre si. A doença pode afetar a dinâmica familiar, as relações interpessoais e a distribuição de papéis e responsabilidades, exigindo adaptações e estratégias por parte de todos os membros da família. A experiência vivenciada em contexto de estágio permitiu compreender melhor as necessidades das famílias, estas condições de saúde num dos membros da família exige mudanças estruturais na dinâmica familiar, levando em consideração o impacto que a doença exerce sobre o sistema.

Sendo que os objetivos para o estágio, orientadores no cuidado à família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, nas diferentes fases do ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção; e também, liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, verificou-se que estes foram alcançados. Relativamente ao primeiro objetivo, foram realizadas avaliações das famílias, considerando as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional. As formulações de diagnósticos, assim como a intervenção individualizada em cada família, tiveram como finalidade prestar cuidados de enfermagem eficazes e humanizados, valorizando a

individualidade de cada membro da família e a especificidade da unidade familiar. A liderança e a colaboração nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar foram concretizadas com sucesso permitindo uma gestão eficaz dos cuidados. O compromisso de uma prestação de cuidados de enfermagem cada vez mais abrangentes e centrados na família, assente na melhoria contínua da qualidade, como processo essencial que visa aprimorar constantemente os cuidados prestados.

Pretendeu-se, contribuir para a formação contínua no âmbito da Enfermagem, abrindo espaço para a reflexão sobre a teoria e a prática fomentando a segurança e a eficiência na prestação de cuidados às famílias, sendo condição fundamental para garantir que os enfermeiros estejam sempre atualizados e aptos a prestar cuidados. A aplicação prática dos conhecimentos teóricos e em contexto real enriqueceu a formação realizada, capacitando os enfermeiros para prestar cuidados de uma forma mais habilitada e segura na ESF. Outros contributos significativos surgiram na colaboração da reestruturação do PAI no âmbito da DPOC, dando o meu contributo na equipe multidisciplinar, ou seja, permitindo um cuidado mais abrangente e holístico, abordando não apenas a parte clínica, mas também o contexto familiar, esta resultou em melhorias significativas na qualidade e eficácia do cuidado prestado aos utentes com esta condição, bem como na otimização dos recursos e na promoção de uma abordagem mais integrada e centrada.

No decorrer de todo este processo de aprendizagem, verificou-se, algumas limitações, a versão informática disponível no SClínico-CSP® do programa saúde da família encontrava-se incompleto e não traduzia integralmente a matriz operativa do MDAIF, dificultando a documentação de todo o processo. A carga de trabalho da equipa de enfermagem revela-se insuficiente, observando-se ainda uma significativa influência do modelo biomédico. A duração do estágio revelou-se curto, para desenvolver os cuidados às famílias, afetando o processo de cuidados e seus resultados. Outra limitação que condicionou os cuidados foi a reduzida quantidade de estudos sobre as famílias com membro portador de DPOC, sendo que, muitos estudos disponíveis, referiam a família como contexto neste domínio. Recomenda-se a continuidade da articulação com outras equipas de saúde, visando uma atuação multidisciplinar e integrada, investir na formação contínua dos profissionais, atualizando conhecimentos e práticas, a fim de acompanhar as constantes mudanças no contexto da ESF. Além disso, incentiva-se a promoção de uma abordagem centrada na família proporcionando cuidados de qualidade para as famílias, assim como o desenvolvimento de indicadores sensíveis aos cuidados de ESF, baseados num referencial teórico e operativo para a prática clínica da enfermagem de saúde familiar, como o MDAIF.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, J. A. M. (2018). *Relação Conjugal ao Longo do Ciclo Vida: Satisfação, Comunicação, Motivação, Coesão e Adaptabilidade* [Tese de doutoramento, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório ISPA.
<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6846/1/TES%20AFON-J1.pdf>
- Agarwal, A. K., Raja, A., & Brown, B. D. (2022). Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559281/>
- Alarcão, M. (2000). Desequilíbrios Familiares. Edições Quarteto.
- Almeida, A. (2020). *Heranças familiares*. SBE Edições e Produções. <https://www.fnac.pt/livre-numeric/a8521266/Herancas-familiares>
- Alves, J. U. P. (2009). *Desconstruir desconstruindo um novo modelo de formação* [Dissertação de mestrado], Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação-UP]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/80541>
- Andrade, C. P. (2006). *Antecipação da conciliação dos papéis familiares e profissionais na transição para a idade adulta: Estudo diferencial e intergeracional* [Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação-UP]. Repositório Comum.
<http://hdl.handle.net/10216/41636>
- Angelo, M., Cruz, A. S., Mekitarian, F. F., Santos, C. C., Martinho, M. J., & Martins, M. M. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 75-81.
<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600011>
- Angus, L. E. (2018). An intensive analysis of metaphor themes in psychotherapy. In J.S. Mio & A.N. Katz (Eds), *Metaphor: Implications and Applications* (pp 73-84). Psychology Press.
DOI:10.4324/9781315789316-5
- Antunes, L. C. S. (2009). *A família e a escola* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Universidade do Minho. RepositóriUM. <https://hdl.handle.net/1822/9798>

- Araújo, I. M. B. D. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem* [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar-UP]. Repositório Aberto da UP. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Araújo, M. B. S., & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: Um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 455-464.
- Bacellar, A., Rocha, J. S. X., & Flor, M. S. (2012). Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: Uma aproximação possível. *Revista do NUFEN*, 4(1), 127-140. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n1/a11.pdf>
- Bárbara, C., Rodrigues, F., Dias, H., Cardoso, J., Almeida, J., Matos, M. J., Simão, P., Santos, M., Ferreira, J. R., Gaspar, M., Gnatiuc, L., & Burney, P. (2013). Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 19(3), 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2012.11.004>
- Bezerra, H. C. J., Gaudêncio, E. O., Batista, J. R. M., Lucena, M. S. R., & Oliveira, A. R. (2021). A relação entre hipertensão arterial, ansiedade e estresse: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia em Estudo*, 26(1), 1-16. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.46083>
- Brito, M. L. S. (2002). A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=ORRcRo>
- Bury M. (2011). *A doença crónica como ruptura biográfica* (2ª ed., Vol. 4), pp. 167-182). Disponível em: [10.18569/tempus.v5i2.963](https://doi.org/10.18569/tempus.v5i2.963)
- Byrne, G., Keogh, B., & Daly, L. (2021). Self-management support for older adults with chronic illness: implications for nursing practice. *British Journal of Nursing*, 31(2), 86–94. <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.2.86>
- Camolas, J., Gregório, M. J., Sousa, S. M., & Graça, P. (2017). Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde. Direção Geral de Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>
- Cardona, I. & Osorio, Y. (2015). Uso de la metáfora en terapia familiar. Aportes al enfoque narrativo. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 15-35.

- Cardoso, S. L., Maiab, O. M. S., Pinhob, M. G. M. S., Lunab, R. L., Melob, S. A. O. A., Tavaresb, C. S., Pereirab, C. G., Silvab, E. A., Castrob, A. P. R., & Medeirosb, K. M. F. (2019). Hipertensão arterial: mudança de hábitos para adesão ao tratamento. *Revista interfaces*, 7(1), 119-223. <https://doi.org/10.16891/663>
- Castagna O, Boussuges A, Nussbaum E, Marqueste L, Brisswalter J. 2008. Peripheral arterial disease: an underestimated aetiology of exercise intolerance in chronic obstructive pulmonary disease patients *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, 15(3), 270-277. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3282f009a9>
- Ceitel, M. (2007). O papel da Formação no desenvolvimento de novas competências. In A. Caetano & J. Vala. *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, Processos e Técnicas* (3ª ed.). RH Editora.
- Coelho, A. E. C., Avelar, C. I. S., de Lucena Araujo, H., Silva, I. M. P., Mendes, L. N. J., de Oliveira Bernardino, J., ... & Vasconcelos, S. T. (2021). Abordagem geral da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 1(1), e8657-e8657. <https://doi.org/10.25248/reamed.e8657.2021>
- Coelho, A. E. C., Avelar, C. I. S., de Lucena Araujo, H., Silva, I. M. P., Mendes, L. N. J., de Oliveira Bernardino, J., ... & Vasconcelos, S. T. (2021). Abordagem geral da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 1(1), e8657-e8657. <https://doi.org/10.25248/reamed.e8657.2021>
- Concone, M. H. V. B. (2012). Morte e Finitude: certezas negadas. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(4), 1-10.
- Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Texeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Um estudo de caso. *Egitania e Sciencia* 1(28), 187-203. DOI: [10.46691/es.v1i28381](https://doi.org/10.46691/es.v1i28381)
- Costa, C., Cenci, C., Mosmann, C. (2016). Conflito conjugal e estratégias de resolução: uma revisão sistemática da literatura. *Temas em Psicologia*, 24 (1), 325-338. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-22>
- Crespo, C. (2011). “À mesa com a família”: Rituais familiares ao longo do ciclo de vida. *LivPsic*. Repositório Científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/17589>

- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Diário da República: I Série, n.º 150.
- Decreto-Lei n.º 61/2022 de 23 de setembro da Presidência do Conselho de Ministros. (2022a). Diário da República: I Série, n.º 185. [0000200021.pdf \(dre.pt\)](#)
- Diário da República n.º 45/2017, Série I de 2017-03-03. [Lei n.º 8/2017 | DR \(p. 1145-1149\).](#)
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2017-106549655>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2019). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Adulto*. DGS:NORMA CLÍNICA 005/2019. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2013). Hipertensão Arterial: definição e classificação. DGS:NORMA CLÍNICA 020/2011. [hipertensao-arterial_definicao-e-classificacao.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2015). Vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica (DIP). Adultos (≥18 anos de idade). DGS:NORMA CLÍNICA 011/2015. [norma-n-0112015-de-23062015-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017a). *Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: Proposta do grupo de trabalho Interministerial*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017b). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017*. <http://hdl.handle.net/10400.26/21107>
- Direção Geral da Saúde – DGS. (2022). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável 2022-2030. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2022/10/PNPAS2022_2030_VF.pdf
- Duarte, Y. A. O., & Domingues, M. A. R. (2020). *Família, rede de suporte social e idosos: instrumentos de avaliação*. Blucher. <https://doi.org/10.5151/9788580394344>
- Dykstra, P. A., Hagestad, G. O. (2007). Roads less taken: Developing a nuanced view of older adults without children. *Journal of Family Issues*, 28(10), 1275-1310.
<https://doi:10.1177/0192513X07303822>

- Enderle, C. d., Silveira, R. S., Dalmolin, G. d., & Lunardi, V. L. (2018). Teaching strategies: promoting the development of moral competence in undergraduate students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1650-1656. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0704>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto [ESEP]. (2021). *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. ESEP. <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>
- Esteves, R. P. M., & Amaral, A. F. S. (2023). Teor da informação partilhada: Do discurso à documentação na tomada de decisão clínica em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RVI22006>
- Evan, I.-B. (2020). *Rituals in the Time of COVID-19: Imagination, Responsiveness, and the Human Spirit*. In (Vol. 59, pp. 912-921): <https://doi.org/10.1111/famp.12581>
- Fabião, A., Faria, C., (2005). *Formação: Contributo para a Qualidade*. Lisboa: Revista Servir. Vol. 53, nº 5
- Faraco, C., B., (2008). Interação Humano-Animal. *Ciência veterinária nos trópicos*, 11 (1), 31-35. https://www.researchgate.net/publication/267373351_INTERACAO_HUMANO-ANIMAL#fullTextFileContent
- Fernandes-Pires, J. A., Losada-Baltar, A., Pedroso-Chaparro, M. d. S., Gallego-Alberto, L., Cabrera, I., Jiménez-Gonzalo, L., Márquez-González, M., & Guardia, J. G. (2021). Validation Study of the Spanish Version of the Marital Satisfaction Questionnaire for Older Persons. *Innovation in Aging*, 5(Suppl 1), 405. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab046.1572>
- Ferreira, M., Lopes, M., Moreira, A., Gomes, T., Marques, A., Lopes, A., Santos, M., Dias, S., & Figueiredo, M. (2019). Enfermeiro de Família: Representação das famílias. *Revista ROL de Enfermería*, 42(11-12). <http://hdl.handle.net/10400.26/35493>
- Ferreira, P., C., Vicente, C., Castro, D., Torrado, D., Silva, E., Mendes, G., Augusto Simões, J., João Barbosa, M., Fonte, P., Varela, T., & Maricoto, T. (2021). Guia Prático de Gestão da DPOC nos Cuidados de Saúde Primários. <guia-pratico-de-gestao-da-dpoc.pdf> (gresp.pt)
- Fiamenghi, G. A. (2002). Rituais familiares: alternativas para a re-união das famílias. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4(2), 25–29. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v4n2/v4n2a03.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

- Figueiredo, M. (2022). *Modalidades de Intervenção Familiar Sistémica: Intervenção Familiar Sistémica*. Lusodidacta
- Figueiredo, M. H. J. S., & Moreira, S. M. J. (2009). Cuidar a família: da conceção à documentação dos cuidados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 57-64.
<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v13n1/v13n1a09.pdf>
- Figueiredo, M. H. J. S., & Moreira, S. M. J. (2009). Cuidar a família: da conceção à documentação dos cuidados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 57-64.
<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v13n1/v13n1a09.pdf>
- Figueiredo, M. H. V., Ana Isabel; Mendes, Ana; Carvalho, Dayane; Marques, Ermelinda; Madureira, Inês; Rocha, Carla Paupério; Viseu, Inês Portilho; Pinho, Joana; Soares, Liliana; Reis, Luisa; Garrido, Luzia; Moreira da Silva, Margarida; Peixoto, Maria José; Ferreira, Maria Manuela; Gomes, Marta; Barbosa, Mónica; Sarreira de Oliveira, Paula; Freire, Rosa Maria; Sousa, Sara; Silva, Susana; Brito, Tatiana (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: estudos de caso*. Sabooks – Lusodidacta.
- Fiorini, M., & Guisso, L. (2016). *Teoria familiar sistémica: retrospectiva histórica e perspetivas atuais*. O Portal dos Psicólogos. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1009.pdf>
- Fonseca, P., Lowen, I., Lourenço, M., & Peres, A. (2018). Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico. *Saúde Debate*, 42(116), 318-330. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811626>
- Fortin, M., (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Lusociência.
- Freeman, J., Epston, D. & Labovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Ediciones Paidós.
- Freitas, A. F. S. C., Santos, D. A. S., Faria, F. R., Souza, G. N. P., Goulart, L. S., & Tormas, D. P. (2020). Hipertensão e/ou diabetes mellitus em uma estratégia saúde da família: perfil e associação aos fatores de risco. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 9(1), 59–75.
<https://doi.org/10.33362/ries.v9i1.1743>
- Freitas, A., R. (2022). *Obesidade e doença pulmonar: DPOC, o paradoxo do peso*. LIVE Medicina Interna. [«Obesidade e doença pulmonar: DPOC, o paradoxo do peso» \(justnews.pt\)](https://justnews.pt/Obesidade-e-doenca-pulmonar-DPOC-o-paradoxo-do-peso)

- Frericks, P., & Gurín, M. (2023). Family as a redistributive principle of welfare states: An international comparison. *Journal of European Social Policy*, 33(1), 52-66.
<https://doi.org/10.1177/09589287221115670>
- Fuentes, N. (2019). Entrevista motivacional e a mudança de comportamento na formação docente. *Revista de Parapedagogia*, 9(9), 21-39.
<https://reaprendentia.org/parapedagogia/index.php/revista/article/view/115>
- Fundação Portuguesa do Pulmão. 2021. ONDR -Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2020. Fundação Portuguesa do Pulmão.
<https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf>
- Gale, N., Duckers, J., M., Enright, S., Cockcroft, J., R., Shale, D., J., & Bolton, C., E., (2011). Does pulmonary rehabilitation address cardiovascular risk factors in patients with COPD? *BMC pulmonary medicine*, 11, 20. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-11-20>
- Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD). (2017-2018). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.
<http://www.goldcopd.com>.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2022). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.
- Goldberg, D. (2000). "Emplotment": letter writing with troubled adolescents and their families. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(1), 63-76.
<https://doi.org/10.1177/1359104500005001007>
- Grácio, D. M. Á. (2016). *Rituais familiares e percepção de falso self em adultos emergentes* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da UL. <http://hdl.handle.net/10451/27890>
- Grandin, T., Johnson, C., (2006). *Na Língua dos Bichos: Usando os mistérios do autismo para decodificar o comportamento animal*. Editora Rocco.
- Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Jokela, M., Kivimäki, M., & Elovainio, M. (2018). *Isolamento social e solidão como fatores de risco para infarto do miocárdio, acidente vascular*

- cerebral e mortalidade: estudo de coorte do UK Biobank com 479.054 homens e mulheres. Coração*, 104(18), 1536–1542. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312663>
- Halpin, D. M. G., Criner, G. J., Papi, A., Singh, D., Anzueto, A., Martinez, F. J., Agusti, A. A., & Vogelmeier, C. F. (2021). Global Initiative for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 203(1), 24–36. <https://app.bczm.ufrn.br/home/#/item/170384>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2ªed.). Lusociência.
- Helms, H., Walls, J., Crouter, A., & McHale, S., M., (2010). Provider role attitudes, marital satisfaction, role overload and housework: A dyadic approach. *Journal of Family Psychology. Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association*, 24(5), 568–577. <https://doi.org/10.1037/a0020637>
- Henriques, C. M. G., Santos, E. J. J., (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (23),31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., & Asurabarrena-Iraola, C. (2018). The use of the nursing process in Spain as compared to the United States and Canada. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 171-175. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12175>
- Hsieh, M., J., Lan, C., C., Chen, N., H., Huang, C., C., Wu, Y., K., Cho, H., Y., (2007). Effects of high-intensity exercise training in a pulmonary rehabilitation programme for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*, 12(3),381-388. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1843.2007.01077.x>
- INE (2023). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526-3744>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. 2022. *Tábuas de Mortalidade em Portugal*. Portal do INE
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. 2023. *O que nos dizem os censos – sobre as estruturas familiares*. Instituto Nacional de Estatística - Censos 2021

- Instituto Nacional de Estatística. (2022). Censos 2021 – Resultados Definitivos Portugal (1st ed.). [Censos 2021 \(ine.pt\)](https://censos.inec.pt/)
- International Council of Nurses (2015). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa
- International Family Nurse Association [IFNA]. (2017). *IFNA position statement on advanced practice competencies for family nursing*.
<https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practicecompetencies/>
- Irani, N. (2019). Analysis relationship family support and health cadre with elderly hypertension practice in controlling health at primary health care mranggen demak. South East Asia Nursing Research, 1(1), 7-13. <https://doi.org/10.26714/seanr.1.1.2019.7-13>
- Irani, N. (2019). Analysis relationship family support and health cadre with elderly hypertension practice in controlling health at primary health care mranggen demak. South East Asia Nursing Research, 1(1), 7-13. <https://doi.org/10.26714/seanr.1.1.2019.7-13>
- Iruetxea, P., Guatrochib, M., Pachecoc, S., & Delfederico, F. (2020). Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 1(41), 11-18.
<https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/44>
- Johnson, M. D., Cohan, C. L., Davila, J., Lawrence, E., Rogge, R. D., Karney, B. R., ...Bradbury, T. N. (2005). Problem-solving skills and affective expressions as predictors of change in marital satisfaction. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(1), 15-27. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.15>
- Kaakinen, J., Coehlo, D., Steele, R., & Robinson, M. (2018). Family health care nursing: Theory, practice, and research. FA Davis.
- Kelly, G. (2020). The Psychology of Personal Constructs (1ª ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203359037>
- Lacerda, S., H. (2000). *Obesidade visceral, resistência à insulina e hipertensão arterial*. Rev Bras Hipertens: 136-41: DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302005000200005>
- Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro da Assembleia da República. (1979). Diário da República: I Série, n.º 214. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>

- Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto da Assembleia da Republica. (2019). Diário da República: I Série, n.º 151. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>
- Li, G., Liu, Y., Zhao, H., & Cai, H. (2019). Researchon Application of Network System to Nursing Management. 11th International Conference on Measuring Technology and Mechatronics Automation (ICMTMA)
- Lichtenberg, J. D. (2009). The clinical power of metaphoric experience. *Psychoanalytic Inquiry*.
- Lima, A. M. E. B., Fernandes, C. E. F., Godinho, C. P., Dias, A. E., Santos, S. M., Jesus, V. H. P., Souto, C. A. (2022). *Organização Letrada em Saúde: Uma Revisão Narrativa*. *Revista Unimontes Científica* 24(2):1-20 DOI:[10.46551/ruc.v24n2a5](https://doi.org/10.46551/ruc.v24n2a5)
- Lorig, K. & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2601_01
- Lorig, K. (2017). *Autogestão de Doenças Crônicas – Evidências, Instrumentos, Tradução e Além*. *NIH Record*. Vol. LXIX. Nº20. [October 6, 2017, NIH Record, Vol. LXIX, No. 20](https://doi.org/10.1207/s15324796abm2601_01)
- Ludwig, M. W. B., Dutra, N. S., Boff, R. M., Feoli, A. M. P., Gustavo, A. S., Macagnan, F. E., & Oliveira, M. S. (2021). Protocolo de Intervenção Baseada no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento para Síndrome Metabólica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37(1), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37401>
- Luz, S. K. & Mosmann, C. P. (2018). Funcionalidade e comunicação conjugal em diferentes etapas do ciclo de vida. *Revista da SPAGESP*, 19(1), 21-34. [Funcionalidade e comunicação conjugal em diferentes etapas do ciclo de vida \(bvsalud.org\)](https://doi.org/10.1590/0102.3772e37401)
- Magalhães, C. P., Fernandes, H., & Afonso, C. (2021). A sexualidade na pessoa idosa: combatendo mitos e estereótipos. *Universidade da Madeira: Centro de Desenvolvimento Académico*, 1(1), 1-11. <http://hdl.handle.net/10198/23672>
- Marin, H.F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*. <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4/52>

- Martins, M. M. F. P. S., Fernandes, C. S. (2021). Aprender a aprender com as famílias. In I. Bica, C. Chaves, A. Andrade, O. Amaral & E. Coutinho (Eds.), *A família no epicentro da pandemia* (pp. 28-31). Instituto Politécnico de Viseu. https://www.essv.ipv.pt/wpcontent/uploads/livros/eBook_Familia_v3.PDF
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In Meleis, A. I. (Ed.) *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-65). Springer Publishing Company, LLC. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Melo, M. C. B.. (2017). DPOC: (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) Impactos no Doente e no Cuidador familiar - Uma abordagem sociológica. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/15016>
- Mingote, C. M. V. C., Corte, A. E. M., Marques, E. M. B. G., & Mendes, R. M. G. M. (2021). Estratégias de coping de cuidadores informais de idosos dependentes. *Egitania Sciencia*, 1(28), 91–107. <https://doi.org/10.46691/es.vi.101>
- Ministério da Saúde (2005). Decreto-Lei 157/99, de 10 de Maio. Diário da República [Decreto-Lei n.º 157/99 | DR \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Ministério da Saúde (2005). Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de junho. [Diário da República n.º 107/2005, Série I-A de 2005-06-03](#), páginas 3606 - 3606
- Ministério da Saúde (2007a). Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. [Diário da República n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22 | DR](#), páginas 5587 – 5596
- Ministério da Saúde, (2017). Anexo III ao Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro, capítulo 1 artigo 1º. [Diário da República n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10](#), páginas 694 - 720
- Ministério da Saúde. (2007b). Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro. Diário da República, 1.ª série — N.º 201 — 18 de outubro de 2007

- Ministério da Saúde. (2014). Decreto-lei 149/2014, de 10 de outubro. [Diário da República n.º 149/2014, Série I de 2014-08-05](#), páginas 4069 - 4071
- Ministério da Saúde. (2017). Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. Diário da República, Série I- n.º 118/2017 – 21 de junho de 2017, páginas 3128 – 3140.
- Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (2008). Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril. [Portaria n.º 301/2008 | DR \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Ministérios das Finanças e da Saúde. (2013). Portaria n.º 377-A/2013 de 30 de setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 252 — 30 de dezembro de 2013
- Monterroso, L. E. P., Sá, L. O., & Joaquim, N. M. T. (2018). Adesão ao regime terapêutico medicamentoso e aspectos biopsicossociais dos idosos integrados em cuidados continuados domiciliários. Revista Gaúcha de Enfermagem, 38(3). DOI: [10.1590/1983-1447.2017.03.56234](#)
- Moreira, R. M. (2014). Satisfação dos utilizadores de sistemas de informação e documentação de Enfermagem em suporte eletrónico: um estudo no Centro Hospitalar São João (Tese de Mestrado,). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9732>
- Moura, C. M. (2006). Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Müllerova H, Agusti A, Ergou S, Mapel D., W. (2013). Cardiovascular comorbidity in COPD: systematic literature review. Chest. DOI: [10.1378/chest.12-2847](#)
- Muñoz-flórez, A, & Cortés. O. (2016). Impacto de la entrevista motivacional en la adherencia de pacientes diabéticos inactivos a la actividad física: estudio piloto de un ensayo clínico EMOACTIF - DM. Revista Colombiana de Psicología, 26(2), 263-281. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n2.59963>
- Mussumeci, A.; Ponciano, E. (2018). Coping e coping diádico: uma análise qualitativa das estratégias de coping de casais. Psicologia Clínica, 30(1), 165-190. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n01A09>
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários- Revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência.
- Nina C., Rosa. S. A. M. A. B. R. (2023). PAI - Vigilância da pessoa com DPOC

- Novis, A. L. de F. (2016). Contos e terapia narrativa: possibilitando novas conversas. Nova Perspectiva Sistêmica, 25(55), 7–18. <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/132>
- Nunes, E. (2006). Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar, 22(2), 225–44. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v22i2.10231>
- Nunes, J. A., Ferraz, M. S. T., Azevedo, E. H. M., & Guimarães, M. F. (2020). Risco de disfagia e qualidade de vida em idosos saudáveis. Distúrbios da Comunicação, 32(3), 454–461. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i3p454-461>
- 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, Bruxelas. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
- Oliveira, P., Figueiredo, M., Apóstolo, J. & Leite, C. (2018). The impact on training of the dynamic model for assessment and family intervention. Suplemento Digital Revista Research Innovation Development in Nursing, 41(11-12), 319 - 324. <http://hdl.handle.net/10400.26/31749>
- Oliveira, P., Henriqueta, M., Apóstolo, J., & Leite, C. (2020). Práticas educativas em enfermagem de saúde familiar: contributo para o desenvolvimento das competências clínicas dos enfermeiros. Suplemento digital Rev ROL Enferm, 43(1), 427-431. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31676/1/427-431.pdf>
- Oliver, M., Nelson, K. W., Cade, R. & Cueva, C. (2007). Therapeutic letter writing from school counselors to students, parents and teachers. The Professional School Counseling Journal.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer nº 10/2017. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135 – II Série.
- Ordem dos Enfermeiros (2023). Tomada de Posição nº01/2023 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

- Padilha, J. M. D. S. C. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/14958>
- Papp, P., Scheinkman, M., Malpas, J. (2013) Rompendo o molde: esculpindo impasses na terapia de casais. DOI: [10.1111/famp.12022](https://doi.org/10.1111/famp.12022)
- Paré, D. A., Rombach, M. A. M. (2003). Therapeutic letters to young persons (pp. 199-203). The therapists' notebook for children and adolescents Nova York: Haworth Press.
- Parente, P., Costa, A., Pereira, S., Machado, P., Martins, T., Pereira, F., Silva, A. (2021). *Self-Care Dependency Evaluation Form: Psychometric properties of the revised version with 27 items*. Scand J Caring Sci. DOI: [10.1111/scs.12966](https://doi.org/10.1111/scs.12966)
- Pavoni, D. S., Medeiros, C. R. G. (2009). Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem. 265-271.
- Peixoto, M. J., Santos, C. (2009). Estratégias de Coping na família que presta cuidados, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Cadernos de Saúde Vol. 2 N.º 2 – pp. 87-93. DOI: <http://hdl.handle.net/10400.14/9877>
- Pereira, M. A. D. S. (2019). O treino de exercício nas pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica: Um contributo para o processo de tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação .Doctoral dissertation. DOI: <http://hdl.handle.net/10400.26/31245>
- Petronilho, F. A. S., (2007). Preparação do regresso a casa. Formasau. <https://hdl.handle.net/1822/32305>
- Probst, V. S., Kovelis, D., Hernandez, N., A., Camillo, C., A., Cavalheri, V., Pitta, F. (2011). Effects of 2 exercise training programs on physical activity in daily life in patients with COPD. Respir Care. <https://doi.org/10.4187/respcare.01110>
- Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Crebolder, H. F. J. M., Goldsteen, M., Luker, K. A., & Widdershoven, G. A. M. (2003). Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing

- between burden and capacity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 113–121. DOI: [10.1046/j.1471-6712.2003.00220.x](https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00220.x)
- Rabelo, D. F., Neri, A. (2014). A Complexidade Emocional dos Relacionamentos Intergeracionais e a Saúde Mental dos Idosos. *Pensando Famílias*. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S1679494X201400010002
- Ramaswami, S. B., Jensen, T., Berghaus, M., De-Oliveira, S., Russ, S. A., Weiss-Laxer, N., Verbiest, S., & Barkin, S. (2022). Family Health Development in Life Course Research: A Scoping Review of Family Functioning Measures. *Pediatrics*, 149(Suppl 5) e2021053509J. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053509J>
- Reis, G. S., Reppetto, M. A., Santos, L. S., & Devezas, A.M. (2016). Sistematização da assistência de enfermagem: Vantagens e dificuldades na implementação. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 61(3), 128-132
- Rede Social de Matosinhos, (2020). Diagnóstico Social do Concelho de Matosinhos Novembro 2020, Centro de Estudos para a Investigação Social
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, nº 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Reichel, W. M. D.; Gallo, J. J. (2001). *Princípios Fundamentais da Assistência ao Idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família – Perspectiva sistémica*. (2nd ed). Edições Afrontamento
- Relvas, P. (1996). *A co-construção da hipótese sistémica em terapia familiar*. *Análise Psicológica*, 14, 563-579
- Relvas, S. (2018). Implementação e organização da formação em serviço na USF Salus (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/23528>

- Ribeiro, M. R. (2023). Promoção da literacia para a gestão do regime terapêutico: mais conhecimento, melhor saúde (Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Repositório comum do Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/45412>
- 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>
- Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar–Intervenção do Enfermeiro*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de enfermagem de Coimbra]. Repositório científico da Esenfc. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=XNQguO>
- Rodrigues, M., Almeida, A., Suleman, F. M., Perestelo, M. (1994). O levantamento de necessidades de formação- Relevância e balanço da experiência acumulada (1st ed.). Editorial do Ministério da Educação.
- Rombach, M. A. M. (2003). An invitation to therapeutic letter writing. *Journal of Systemic Therapies*.
- Russell, L. T., Coleman, M., & Ganong, L. (2018). Conceptualizing family structure in a social determinants of health framework. *Journal of Family Theory & Review*, 10, 735-748. <https://doi.org/10.1111/jftr.12296>
- Santos M, Manozzo M, Filippin L., (2021). *O idoso, a desospitalização e a família: os desafios para pratica do cuidado domiciliar*. *Revista Uruguaya de Enfermería*. DOI: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/38259>
- Schein, E. H. (2017). *Organizational Culture and Leadership*. John Wiley & Sons
- Serra, E. A. M. N. (2019). *Estado nutricional e doença pulmonar obstrutiva crónica*. [Revisão bibliográfica. Instituição académica: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.]. Repositório aberto: <https://hdl.handle.net/10216/120688>
- Shon, D. A. (2000). Educando o profissional reflexivo um novo design para o ensino e a aprendizagem. Artmed.
- Silva, C., (2010) Regulamento Interno da USF Lagoa, Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Disponível em: Regulamento Interno da USF Lagoa (min-saude.pt)

- Silva, D. M., Vilela, A. B. A., Oliveira, D. C., Reis, M. (2015). A estrutura da representação social de família para idosos residentes em lares intergeracionais. *Revista Enfermagem*. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.8739>
- Silva, M. A. N. C. G. M. M. (2016). *Enfermagem de família: contextos e processos em cuidados de saúde primários* (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/84294>
- Silva, P. C., Gonçalves, A. K., & Helena, D. P. S. (2020). Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento. In E. C. Sampaio (Ed.), *Envelhecimento humano: desafios contemporâneos* (pp. 204-218). Editora Científica. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>
- Simpson, H. B., Y. Neria, R. Lewis-Fernandez, and F. Schneier. 2010. *Anxiety disorders – theory, research and clinical perspectives*. 1st ed. Cambridge University Press, Cambridge. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.087445>
- Sousa L., Relvas A. P., Mendes A., (2007). *Enfrentar a Velhice e a Doença Crónica*, (3 ed, pp. 25-30). Climepsi Editores
- Sousa, M.R., Vilar, A.I., Sousa, C. N. & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem* (p.15-26). <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>
- Tissot, D.W. Falcke, D. (2017). A conjugalidade nas diferentes etapas do ciclo vital familiar. *Quaderns de Psicologia*. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1399>
- Tomás, C., Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). Evidências em saúde mental: da conceção à ação. Escola Superior de Saúde de Leiria. <https://doi.org/10.25766/079h-xe19>
- Trepper, T. S. (2012). *Solution-focused brief therapy with families*. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*.
- Umbelino, A. B. (2003). *Positive connotation: a short story about the myth*. *Journal of Family Psychotherapy*. DOI: https://doi.org/10.1300/J085v14n02_02
- Vieira, S. M. C. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Minho). Repositório da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/55867>

- Weeks, G. R., & D'Aniello, C. (2017). Teaching Reframes in a Master's Level Marriage and Family Therapist Program. *Journal of Family Psychotherapy*.
<https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1297068>
- Weeks, G. R., & Fife, S. T. (2014). *Couples in treatment: Techniques and approaches for effective practice*. Routledge. DOI:[10.4324/9780203865699](https://doi.org/10.4324/9780203865699)
- Williams, L. & Auburn, T. (2016). *Accessible polyvocality and paired talk: how family therapists talk positive connotation into being*. *Journal of Family Therapy*, 38, 535– 554.
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.12096>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nurses and Families- A guide to family assesment and intervention*. FA Davis, 5 ed.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família (5ª ed.)*. São Paulo, Brasil: Roca.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. (6ª ed.). FA Davis.
- Zatloukal, L., Zákovsky, D., Bezdícková, E. (2019). Utilizing metaphors in solution-focused therapy. *Contemporary Family Therapy*, 41(1), 24–36. DOI: [10.1007/s10591-018-9468-8](https://doi.org/10.1007/s10591-018-9468-8)
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *PERSPECTIVA*, Erechim. v.36, n.136, p.133-142. DOI:[136_314.pdf\(uricer.edu.br\)](https://doi.org/10.136_314.pdf(uricer.edu.br))
- Zuluaga, M., Mesa, S., Valência, J. & Bustamante, A. (2019). *A metáfora na terapia familiar: fundamentos para a intervenção*. *Jornal da Faculdade de Serviço Social*, 80-105. Revista de la Facultad de Trabajo Social (2020) 35(35) 80-106. DOI: [10.18566/rfts.v35n35.a05](https://doi.org/10.18566/rfts.v35n35.a05)

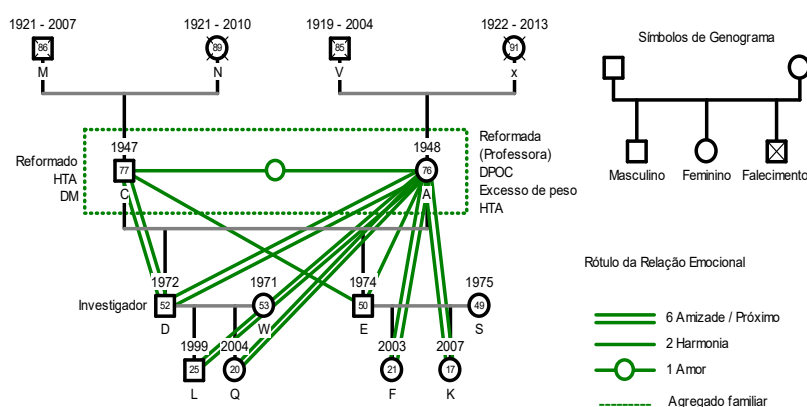
ANEXOS

ANEXO 1 – Prestação de cuidados às famílias

Família C

Foram desenvolvidas três consultas, duas na USF e uma no domicílio com a Família C com duração média de 50 minutos. Os elementos da família C demonstraram disponibilidade para participar nas consultas a partir de novembro de 2023 até ao fim do período do estágio profissional, com intervalo de três semanas entre as consultas. Na primeira consulta esteve presente a idosa A. portador de DPOC (GOLD 1) e o marido, C. Na segunda consulta esteve presente A., esta foi realizada no domicílio, na terceira esteve a A. e o C. No sentido de obter dados relativamente à composição familiar, foram efetuadas questões lineares aos membros da família presentes nas consultas, representado no genograma abaixo representado pela figura 8.

Figura 8 – Genograma da família C.



A família é constituída por um casal, o C. e a A., com 77 e 76 anos de idade, respetivamente. Em relação à família extensa, A. revela que os membros do casal têm um contacto regular e muito próximo, pessoal e/ou telefonicamente com D., W., E., S., L., Q., F., e K. A. refere que, em particular D., serve como apoio emocional e lhe é muito próximo. No que diz respeito aos sistemas mais amplos, C. refere ter um vínculo forte com os amigos e ainda mantém um vínculo intermédio com a instituição de saúde USF. Os elementos do casal afirmam ter um vínculo forte com os netos, F. K., mantendo contato quase diário, tanto por telefone quanto pessoalmente. Os restantes netos, L. e K., mencionam manter um vínculo forte e estabelecem contato diário através do telefone. O filho D., sua esposa e filhos encontram-se a residir nos Açores.

A família C apresenta uma posição social de grau I, sendo que os dois elementos do casal têm o Doutorado e encontram-se reformados. A origem do rendimento está classificada como grau dois da escala de *Graffar*. Desta forma, o rendimento familiar foi considerado suficiente. A família vive num apartamento com condições características do tipo de habitação grau dois, com água potável, e com aquecimento central, ambos demonstram conhecimento na sua utilização. A habitação encontrava-se limpa e sem riscos para os membros que a habitam. No concerne às barreiras arquitetónicas, não foram observadas barreiras que pudessem originar risco. A família não tinha animal doméstico.

Os dados colhidos permitiram identificar no âmbito da constituição familiar, nos vínculos relacionais com os sistemas mais amplos e na dimensão estrutural, mais especificamente, no **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício residencial Seguro e Não Negligenciado, Precaução de Segurança demonstrada e Abastecimento de Água Adequado**. No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família C por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas na tabela 13.

Tabela 13- Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família C, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
		Tipo de habitação
	Edifício Residencial	Higiene da habitação
		Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreira arquitetónicas
	Precaução de segurança	Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a utilização do equipamento
		Existência de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada
Dimensão de desenvolvimento	Satisfação conjugal	Relação dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
		Função sexual
Dimensão Funcional	Processo Familiar	<i>Coping</i> Familiar

No que diz respeito à Dimensão de Desenvolvimento, as áreas de atenção avaliadas foram a satisfação conjugal, foram consideradas as dimensões operativas relativas à relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual tendo em conta a perceção dos membros da família C.

No âmbito da relação dinâmica, A. foi questionada de forma linear sobre como se sentia com a partilha das tarefas domésticas, tendo revelado que “(...) estamos em harmonia, em casa sempre existiu divisão de tarefas, mesmo quando os meus filhos ainda lá estavam”, C. sustentou “(...) somos uma equipa, cada um com a sua tarefa.” A percepção dos cônjuges sobre uma divisão desigual pode levar a sentimentos de injustiça, aumento dos conflitos e naturalmente a uma menor satisfação conjugal (Afonso, 2018; Helms et al., 2010).

Quanto ao tempo que passam juntos, utilizaram-se questões de escala, questionando se, de 0 a 10 onde 0 é nada satisfeita e 10 é muitíssimo satisfeita, como é que A. se sentia em relação a esta questão. A. respondeu que, de facto, “(...) o tempo que estamos juntos, é sempre bom. A vantagem, eu acho, é que quando estamos juntos valorizamos e aproveitamos intensamente o tempo. Não nos focamos muito naquilo que não interessa e aproveitamos para estar com a família, com os amigos, um com o outro... Os fins-de-semana são sempre bons, vamos muitas vezes aos Açores.” Os membros do casal referiram estarem satisfeitos com o tempo que passam juntos, principalmente desde que se encontram reformados, manifestaram que a comunicação entre eles era satisfatória a nível emocional, sentiram-se satisfeitos e aceitavam a forma como cada um expressa as emoções, na comunicação verbal/não verbal referiram serem claros e diretos no discurso. Além disso, referiram falar sobre receios que sentiam e quando os elementos do casal discordavam sobre uma opinião referiram conseguir chegar a consenso. A satisfação com o tempo, que passam juntos é um fator relevante, uma vez que o tempo partilhado em atividades de lazer é um fator que influencia a satisfação e a intimidade conjugal, resultando em sentimentos de recompensa e melhoria da comunicação entre o casal (Afonso, 2018). Na relação conjugal, existe uma contínua construção da relação a dois, porém tem que haver um equilíbrio entre a individualidade de cada membro do casal, bem como mútuo respeito pela autonomia e privacidade de cada elemento (Luz & Mosmann, 2018; Mussumeci & Ponciano 2019; Tissot & Falcke, 2017). A comunicação está fortemente articulada à satisfação e estabilidade conjugal, sendo as competências comunicacionais positivas e negativas boas preditores de satisfação conjugal (Afonso, 2018). A objetividade e a clareza, a capacidade de ouvir, compartilhar pensamentos e sentimentos honestamente e evitar fazer críticas são características de uma comunicação conjugal positiva e competências para uma relação satisfatória (Costa & Mosmann 2020).

Na satisfação conjugal também foram avaliadas as dimensões interação sexual e a função sexual. Foi realizada uma atividade diagnóstica para avaliar o conhecimento dos elementos do casal sobre a sexualidade e se estavam satisfeitos com o seu padrão. Foram utilizadas questões lineares no sentido de perceber o conhecimento sobre a manutenção das relações sexuais e a satisfação de A. com o

padrão de sexualidade do casal. Relativamente a esta questão A. respondeu “(...) não temos tido nenhum problema com essa questão, mantemos as relações sexuais como nestes anos todos que estamos juntos.” C. respondeu “(...) sim enfermeira temos mantido as relações, conforme a nossa vontade”. Não foram expressos nenhuns dados por parte de A. e C. que direcionassem para a possibilidade de existir uma função sexual comprometida, pelo que essa dimensão operativa não foi avaliada.

Durante as consultas, foram realçados os pontos fortes, recursos e capacidades da família, em vez de apenas nas suas dificuldades e problemas de saúde. Foi realizado um trabalho em parceria com a família para identificar e potencializar as suas qualidades e habilidades, ajudando-a a superar desafios e a promover a saúde e o bem-estar de forma holística, identificados os pontos fortes da família, enfatizada a sua autonomia e a sua capacidade de autocuidado, procurando soluções criativas e centradas na família e em todos os seus membros. Assim, ao serem adotados cuidados de enfermagem baseados nas forças, pode-se contribuir para uma abordagem mais positiva e orientada para o empoderamento, promovendo a resiliência e o bem-estar a longo prazo (Serra et al, 2021).

Posto isto, na perspetiva dos membros do casal e face aos dados obtidos verificou-se uma **Satisfação Conjugal Mantida, relacionada com uma Relação Dinâmica Não Disfuncional, Comunicação Eficaz e a Interação Sexual Adequada**, o que se traduz como sendo uma força e recurso da Família C.

No que se refere à Dimensão Funcional, procedeu-se à avaliação da área de atenção que diz respeito ao processo familiar, considerando o *coping* familiar.

A. revelou, através do questionamento circular, que quer ela, quer C. identificam os problemas, sendo que “(...) por vezes há discussões uma ou outra vez, mas acabamos por resolver”. Foi solicitado que A. desse um exemplo sobre uma experiência anterior positiva na resolução de problemas, ao qual respondeu “(...) Recentemente tivemos que realizar umas obras em casa, e C. rapidamente arranhou uma solução para ficarmos uns tempos até a obra estar realizada. Pois eu não queria estar a incomodar o meu filho e ir para casa dele, fiquei muito ansiosa com essa questão, felizmente o meu marido arranhou uma solução rápida e boa.” Assim, questionou-se de forma linear se C. “(...) se sente satisfeito com a forma como são discutidos e abordados os problemas com A. e se utilizam ou já utilizaram recursos externos para a resolução dos mesmos”, ao qual C. responde estar satisfeito e que “(...) falarmos apenas nós enquanto casal tem sido suficiente, até então não recorremos a mais nada”. Os membros do casal foram questionados sobre, “(...) Quem na família expressa mais os sentimentos?; Na família todos os elementos conseguem verbalizar e expressar os seus sentimentos e pensamentos?;

Sente que a família aceita os seus sentimentos?; Costuma aceitar os sentimentos dos outros?; Sentem-se satisfeitos com o modo como a família manifesta afeto?”, A. respondeu “(...) sou eu que mostro mais sentimentos, ele guarda.” C. corroborou a resposta de A. “(...) ela é mais extrovertida”; relativamente às outras questões A. refere “(...) falamos muito enquanto família, gostamos de ouvir as opiniões de todos” e C. “(...) somos muito unidos”. A comunicação na família pode ser assimilada a partir de dois constituintes principais, o reconhecimento de sentimentos e os comportamentos de resolução de conflitos (Frizzo et al, 2011). É através da comunicação que os elementos manifestam as suas carências, desejos, preocupações, expectativas e ainda a capacidade de ouvir o que os outros pensam e sentem (Martins, 2021). Logo, quando não existem padrões de comunicação familiar eficazes, podem suceder conflitos e afastamento, bem como uma ineficácia na resolução de problemas (Frizzo et al, 2011).

Naquilo que diz respeito à funcionalidade da família, após a aplicação da escala (Apgar Familiar De Smilkstein) esta escala de Apgar (Smilkstein, 1978) permite avaliar o funcionamento familiar, sendo útil a sua utilização numa primeira abordagem à família, permitindo a identificação de situações de risco ao nível do funcionamento familiar (Figueiredo, 2012), assim A., obteve um resultado que traduziu, para si, que a sua família é altamente funcional, obtendo a classificação total de 10 pontos, A. refere “(...) Sou uma felizarda em poder passar tanto tempo com a minha família”, ou seja, estão satisfeitos com a forma como se entreeajudam, com a forma como discutem assuntos de interesse comum e partilha de soluções, com o tempo que passam juntos e com a forma como concordam com o desejo de encetar novas atividades ou modificar o estilo de vida e da forma como a família manifesta a sua afeição e reage aos sentimentos de cada membro. Considerando os dados apresentados no âmbito da Dimensão Funcional, **Processo Familiar Não Disfuncional por Coping Familiar Eficaz**, assim constitui-se como uma força e recurso para a Família C.

Perante uma família com uma atividade diagnóstica assente em forças e recursos, a minha intervenção inicia-se com a valorização do espírito humano, que, comprometido com o bem/valor que autotranscende e produz esperança, paciência, resiliência e coerência cognitiva (Kraus et al, 2023). Assim, foi transmitido para a família C, se continuar a focar nas suas forças, como potenciadores e recursos. Martin Seligman 2002, salienta a felicidade como resultado do prazer, esta pode ser menos duradoura, sendo o compromisso profundo com a família, os amigos e outros interesses, mas sobretudo o esforço desenvolvido na conquista do sentido para a vida, que outorgam um maior e mais duradouro grau de felicidade interior, autêntica. Define, por isso, sentido de vida como o uso de forças

pessoais para servir a fins ou propósitos maiores. No decorrer das consultas, os elementos da família demonstraram satisfação sobre os cuidados de enfermagem prestados.

Prestação de cuidados ao membro A, da família C

O C. tem 76 anos de idade, apresenta o doutoramento, não apresenta hábito de consumo de tabaco, álcool ou drogas, sempre cumpriu o esquema de vacinação conforme recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação. Documentado tem, como antecedentes clínicos, DPOC (Ex-fumador) 2016, HTA e excesso de peso. Como regime medicamentoso tem lisinopril, brisomax referiu cumprir o regime medicamentoso conforme as orientações médicas, conhecer o efeito da medicação e o motivo de a ter iniciado.

O C. apresentou, em novembro de 2023, peso corporal de 79 kg, altura de 170 metros (dados que permitem calcular o índice de massa corporal (IMC) de 27 kg/m² - resultado de excesso de peso (DGS,2023)), perímetro abdominal de 86 centímetros que corresponde a um risco aumentado de complicações metabólicas (Camolas et al., 2017), pressão arterial de 125/79 mmHg e frequência cardíaca de 65 bpm. O desenvolvimento de obesidade e consequente aumento do perímetro abdominal o curso clínico da DPOC pode ser modificado, já que, se dá um aumento do esforço muscular necessário para a ventilação, com maior dispneia e redução da tolerância ao exercício. Além disso, a inflamação sistémica e o aumento da contagem de leucócitos no sangue observada nos obesos podem ser responsáveis por piorar a obstrução crónica das vias aéreas (pelo aumento da resposta inflamatória e consequente edema) e pelas exacerbações agudas da doença (Serra, 2019).

Foi questionado a C. “(...) O que sabe sobre a DPOC?; Sabe as complicações que a doença poderá trazer? No caso, dos sintomas se agravarem, houver uma exacerbação o que deve fazer?”, rapidamente enunciou a DPOC, como se diagnóstica, quais os sintomas de agravamento e como controlar em situações de exacerbações. Com este feedback, foi possível perceber que havia conhecimento sobre a DPOC, sobre as suas exacerbações e autogestão do regime terapêutico, e foi neste sentido que ao longo das consultas realizadas fui intervindo no reforço positivo.

Além do diagnóstico da DPOC, o C. tem diagnóstico de HTA, apresentando valores controlados e cumprimento na gestão do regime terapêutico. Em relação à alimentação o padrão de alimentação era composto por seis refeições por dia com ingestão de frutas, legumes e potássio, ingestão adequada de gorduras e sal face ao regime dietético aconselhado. Apresentou conhecimento sobre o padrão de

alimentação saudável e sobre a autogestão do padrão de alimentação. O C. referiu dormir dez horas durante o período da noite, um sono reparador, com hora de despertar às nove horas. Relativamente à prática habitual de atividade física, C. frequentava o ginásio (2 vezes por semana), assim como, realizava várias caminhadas. Após aplicação do teste da avaliação da DPOC (COPD Assessment test cat), o C. apresentou um resultado de 3, que significa que apresenta sintomas leves e a doença tem um impacto mínimo na qualidade de vida. Estes dados permitiram formular os diagnósticos de enfermagem individual do C., descritos na tabela 14.

Tabela 14 - Diagnósticos de enfermagem por dimensões formulados para C.

Domínio	Diagnóstico de enfermagem
Adesão à vacinação	Adesão à vacinação
Desenvolvimento físico	Desenvolvimento físico comprometido

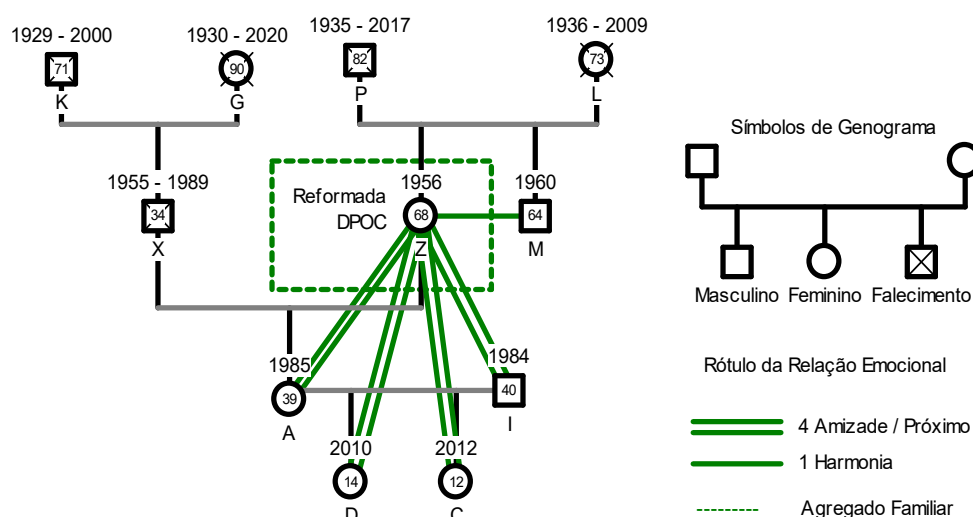
Foram formulados estes diagnósticos, a Adesão à vacinação pela sua importância, nomeadamente em utente com diagnóstico de DPOC, assim como, a realização do meu estágio foi durante o período da campanha vacinal. O desenvolvimento físico comprometido, uma vez que, C. apresentava excesso de peso. Apesar de demonstrado o paradoxo do peso na DPOC, a relação entre peso corporal e risco de mortalidade não é unidirecional e o aumento de peso é relativamente comum entre indivíduos com DPOC, com uma prevalência de 20 a 35%. Nos estágios iniciais da doença, a inflamação sistémica de baixo grau relacionada com a presença de obesidade visceral, provavelmente, representa um dos principais fatores que contribuem para o aumento do risco de comorbilidades e complicações cardiovasculares nestes doentes (Freitas, 2022).

C. tinha a prática de realização de exercício físico já instituída nas suas rotinas, assim como, apresentava um padrão alimentar saudável e equilibrado. No entanto, como apresentava excesso de peso foram selecionadas as intervenções, como: ensinar sobre autogestão do regime dietético; ensinar que devem ser realizadas 5 a 6 refeições por dia, incluindo (pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia); ensinar que não deve ultrapassar 3h30 de intervalo entre as refeições; avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético. Foi possível verificar a mudança de alguns comportamentos, nomeadamente, em termos de conhecimento, no que diz respeito à alteração da forma como deve constituir o prato e a refeição, a diminuição de produtos alimentares calóricos e essencialmente na aquisição de comportamentos alimentares e de exercício mais saudáveis, que se traduziram por uma adesão e gestão do regime terapêutico demonstrados.

Família D

Foram desenvolvidas quatro consultas, três na USF e uma no domicílio com a Família D com duração média de 50 minutos. Os elementos da família D demonstraram disponibilidade para participar nas consultas a partir de novembro de 2023 até ao fim do período do estágio profissional, com intervalo de duas semanas entre as consultas. Nas quatro consultas esteve presente a Z. portador de DPOC (GOLD 2). No sentido de obter dados relativamente à composição familiar, foram efetuadas questões lineares a Z. presente nas consultas, apresentado no genograma abaixo, representado pela figura 9.

Figura 9 – Genograma da família D.



A família D, do tipo unipessoal é constituída pela Z. de 68 anos, portadora de DPOC. Ficou viúva com 33 anos. Assim como a família B, mencionada anteriormente este tipo de família tem as suas características particulares. Nestas famílias, há apenas um adulto responsável pelas decisões podendo gerar desafios adicionais em termos de suporte emocional, tarefas domésticas e suporte financeiro, originando uma possível sobrecarga de responsabilidades. Por estas razões, as famílias unipessoais muitas vezes dependem de uma rede de apoio ampliada, como familiares, amigos ou profissionais, para auxiliar nas necessidades do dia a dia. Sendo um ser único precisa desenvolver habilidades de flexibilidade e adaptação para lidar com imprevistos, mudanças e desafios inerentes à dinâmica familiar e as relações entre o adulto e os filhos tendem a ser mais intensas e próximas, dada a

importância do apoio mútuo e da conexão emocional. O apoio social e emocional é fundamental para fortalecer estas famílias e garantir o bem-estar.

Com a família extensa, Z. tem uma relação muito próxima quer com a sua filha, quer com o seu genro e netas, pessoal e telefonicamente cuja intensidade é, de uma forma geral, diária. Z. refere que A. serve como companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselheira. Naquilo que diz respeito aos sistemas mais amplos, Z. refere ter um vínculo forte com os seus amigos, com professores do ginásio, um vínculo intermédio com as instituições de saúde bem como com a escola das netas.

A Família D pertence à classe social média-alta, Z. é reformada, insere-se no grau 2 da escala de *graffar*, detendo uma instrução situada no grau 3. Tem vencimentos certos e vive num apartamento bastante espaçoso e confortável, situado num bom local de residência. Quanto ao edifício residencial, detêm um tipo de habitação grau 2, muito bem-adaptado às necessidades atuais da família, o mesmo, apresentava-se higienizado. Tem aquecimento central e gás canalizado e Z. revela ter conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento da água é através da rede pública e a família não tem animais domésticos.

Os dados colhidos permitiram identificar no âmbito da constituição familiar, nos vínculos relacionais com os sistemas mais amplos e na dimensão estrutural, mais especificamente, **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício residencial Seguro e Não Negligenciado, Precaução de Segurança demonstrada e Abastecimento de Água Adequado**. No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família D por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas na tabela 15.

Tabela 15 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família D, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
	Edifício Residencial	Tipo de habitação
		Higiene da habitação
	Precaução de segurança	Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a utilização do equipamento
		Existência de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada

No que diz respeito à Dimensão de Desenvolvimento e face às suas áreas de atenção, não houve necessidade de avaliação, assim como na dimensão funcional como fundamentado na família B. Desta forma, foi realizada atividade diagnóstica, nas diferentes áreas de comunicação, consciencialização da doença entre outras para uma intervenção individual.

Para a recolha de dados na atividade diagnóstica, questionou-se, de forma linear, se a Z. conversa sobre as expectativas e receios, ao qual respondeu que “(...) sim, converso muito com a minha filha, sempre gostei de ter a opinião dela (...) “. Acoplada a esta questão, procurou-se saber se, quando existe discordância de opinião, chegam a um acordo questionando igualmente, de forma reflexiva, sobre “(...) como é que a Z. se sente em relação à forma como chegam a esse acordo”, ao qual respondeu “(...) sempre tivemos uma relação baseada na confiança, mas cada uma respeita o seu espaço, gosto de ouvir a sua opinião, mas na minha vida decido eu.” Z. revelou que grande parte das vezes chegam a acordo. Neste seguimento, foi colocada a questão a Z. “(...) sendo a sua relação com a sua filha bastante coesa, como é a sua relação com o seu genro?”, ao qual respondeu “(...) sou também muito próxima do meu genro, tenho uma relação muito harmoniosa com ele, eles e as minhas netas são tudo para mim.” Reforçou-se com a questão “(...) Com o contato familiar tão próximo e forte que tem, sente que todos na família se sentem capazes de partilhar sentimentos?”, ao qual disse “(...) sim, sem dúvida”. Nesta linha de pensamento, foi questionada sobre “(...) pensa no seu futuro?, Tem receio, uma vez que se encontra a viver sozinha?, Qual era o seu maior receio?”, ao qual respondeu “(...) vivo sozinha, mas sei que a minha filha estará sempre ao meu lado quando precisar dela (...) por vezes penso no futuro e o meu maior receio passa por dar trabalho, ou seja, que necessite que cuidem de mim.” Quando há necessidade de reorganização do contexto familiar, as mudanças geradas por quem necessita dos cuidados tornam-se indispensáveis. Contudo, estudos apontam que nem sempre o suporte familiar encontra-se acessível e a sua fragilidade, muitas vezes, é preenchida por outras redes de apoio (Lima et al, 2022). Se envelhecer constitui uma experiência comum a todos aqueles que têm o privilégio de viver vidas longas, o processo de envelhecimento é muito diferenciado de pessoa para pessoa, sendo marcado por diferentes modos de experimentação das vivências que o atravessam (Fonseca & Paúl, 2008).

Continuando a realização de atividades diagnósticas através do questionamento linear e reflexivo, abordou-se a perda do conjugue, foi relatado pela Sr. Z. que se encontrava viúva há 35 anos, que desde então não teve nenhum relacionamento e que não sente necessidade nem quer, referiu que o marido faleceu com um tumor cerebral. A forma como que a morte ocorre, tem influência direta no enlutado, na intensidade e na duração dos sintomas. Moura 2006 afirma que, quando ocorre uma perda devido

a alguma doença degenerativa, ou uma morte natural e esperada, as pessoas possuem um tempo maior para se prepararem e até se conformam mais rapidamente com a partida do ente querido. Assim questionou-se Z. “(...) Como é que se sente quando pensa nele?”, “Quando se recorda dele, que momentos é que vêm à memória?”, “Como lida com essa perda?”, “Que tipo de impacto é que esses sentimentos têm na forma como leva a sua vida, neste momento?”, “(...) e que impacto acredita que têm na sua relação com o A.?” “(...) passaram trinta e cinco anos... Que diferença sente em si na forma como lida com esta perda?”. Z. revelou que “(...) quando aconteceu, o impacto foi muito duro, eramos muitos novos e A. era muito pequenina (...) devido ao meu trabalho, eu ficava muitas vezes deslocada, valeu-me os meus sogros que foram excecionais (...) nos dias de hoje sinto-me bem resolvida e com as gavetas arrumadas, foi um luto longo e duro (...) as memórias dele são muito boas e com muito amor (...) a minha relação com A. foi ainda mais fortalecida, por esta perda, unimo-nos ainda mais”, foi questionada se “(...) sentiu que estava a falhar com a sua filha, devido à sua ausência por estar deslocada?”, ao qual Z. respondeu “(...) sinto que de alguma forma, falhei (...) fiz na altura o que me pareceu melhor.”

Bowlby observou quatro fases do luto: o entorpecimento, o anseio, a desorganização e o desespero e a reorganização. Quando as pessoas são notificadas a respeito da perda, passam por uma fase de choque e negação da realidade, o entorpecimento. A segunda fase, o anseio, é marcada pelo desejo de recuperar o ente querido, de trazê-lo de volta, surgindo sentimentos de culpa e ansiedade, devido a isso entra na terceira fase, o desespero e desorganização, sentimentos de raiva e tristeza são comumente encontrados, pois a pessoa sente-se abandonada pela pessoa que partiu e incapacitada de fazer algo. No entanto, depois da pessoa passar por momentos de raiva, choque, tristeza, entorpecimento, é que vai conseguir se restabelecer, embora com a saudade presente, e ainda se adaptando às modificações causadas pela perda, poderá retomar suas atividades, completando a última fase do luto, a reorganização (Bowlby, 1990). Dependendo da cultura, do meio em que a pessoa está inserida e do próprio contexto da perda, o processo de luto é vivenciado de forma distinta (Ramos, 2016). O processo de luto é muito pessoal e cada um tem sua maneira de expressar, embora existam teorias que expliquem o luto, cada pessoa é única e lida com suas dores de formas diferentes.

Posto isto e porque Z. sentia alguma forma falhou por não ter conseguido estar sempre presente na vida de A. devido à morte do seu marido, recorri à técnica do conto sistémico, onde através da criação de uma curta história metafórica, reforçada pelo uso de sugestões indiretas se redireciona a atenção dos membros da família (De Shazer, 1985, como citado em Zatloukal et al., 2019), por forma a ajudá-los a construir uma visão da vida no futuro, sem o problema identificado (De Shazer et al. 2007, como

citado em Trepper et al. 2006), há assim um aumento da motivação quanto à possibilidade de mudança (Morejón & Beyebach, 1997).

Quadro 1 – Conto “A Jornada do Herói”

Em um reino distante, onde a magia fluía livremente, vivia um jovem rapaz chamado Liam. Ele era conhecido por sua coragem e determinação, mas ansiava por um propósito maior em sua vida. Um dia, uma profecia foi revelada: Liam era o herói destinado a salvar o reino da escuridão que ameaçava consumi-lo. O jovem herói iniciou sua jornada, embarcando em uma aventura que o levaria por terras desconhecidas e desafiadoras. No caminho, encontrou aliados inesperados - um grupo diversificado de criaturas mágicas, cada uma contribuindo com suas habilidades únicas para ajudar Liam em sua missão. Enfrentando perigos inimagináveis, o herói se viu diante de escolhas difíceis e provas dolorosas. No entanto, a determinação de Liam nunca vacilava, pois ele sabia que o destino do reino dependia dele. Conforme a jornada progredia, o jovem herói aprendia lições valiosas sobre a importância da unidade e do trabalho em equipe. Ele percebia que, sozinho, seus poderes eram limitados, mas juntos com seus aliados, podiam superar qualquer desafio. Finalmente, após inúmeras batalhas e sacrifícios, Liam chegou ao coração da escuridão, onde enfrentou o temível vilão que ameaçava destruir o reino. Com coragem e determinação, o herói enfrentou seus medos e derrotou o mal, trazendo a luz de volta ao reino. Ao retornar triunfante, Liam foi recebido como um verdadeiro herói, respeitado e reverenciado por todos. No entanto, o jovem rapaz sabia que sua jornada ainda não havia terminado. Ele agora entendia que a verdadeira magia residia na conexão entre todos os seres vivos e no poder da colaboração e respeito mútuo. E assim, Liam continuou sua jornada, não apenas como um herói, mas como um guardião do equilíbrio entre todos os seres vivos, protegendo o reino e garantindo que a paz e a harmonia prevalecessem para toda a eternidade.

A utilização do conto sistêmico teve como objetivo promover uma nova perspectiva, auxiliar na compreensão e estimular a reflexão sobre as dinâmicas. Por meio, do conto de histórias metafóricas e simbólicas, Z. conseguiu distanciar-se do pensamento que poderia ter falhado com a sua filha. O conto sistêmico permitiu estimular a empatia e criar um espaço seguro para a expressão de emoções e pensamentos. Além disso, ao identificar-se com a personagem, Z. percebeu e comparou-se com sua própria dinâmica familiar e, assim, iniciar um processo mais tranquilo.

Em relação ao diagnóstico de DPOC em 2016, Z. referiu não ter existido alteração nos hábitos de vida e, por isso, não foi considerado um problema no momento. Foi questionada “(...) Como reagiu ao diagnóstico da DPOC?, tem conhecimento sobre a doença?”, respondeu “(...) fiquei surpresa com o diagnóstico e de alguma forma triste (...) sou fumadora desde os meus dezasseis anos, fumo dois cigarros por dia, no entanto, tenho hábitos de vida muito saudáveis (...) tinha algum conhecimento sobre a doença, mas também, li muito”, “(...) o que são para si hábitos saudáveis?”, a Sr. Z. referiu “(...)

corro muito, em média dez quilómetros e faço-o três vezes por semana, ainda frequento o ginásio, (...) na alimentação sou muito cuidadosa”. Hsieh et al 2007 relatou que apenas pessoas que conseguiram realizar o treinamento físico de alta intensidade melhoraram sua capacidade máxima de exercício. Probst VS et al 2011 concluiu que programas de alta intensidade tendem a resultar em melhoras fisiológicas significativas, sendo especialmente eficientes para aumentar a capacidade de exercício e força muscular. De modo geral, a intensidade ideal do treinamento físico depende dos objetivos individuais de cada indivíduo, e, caso o objetivo seja aumentar a capacidade de executar tarefas que estão acima do atual nível de tolerância.

Foi, também, questionada sobre “(...) sempre fumou desde os seus dezasseis anos?; Depois do diagnóstico da DPOC não deixou de fumar?”, Z. respondeu “(...) nunca deixei e teve alturas da minha vida que fumei bem mais (...) nunca fumei tão pouco como agora (...) quando soube da doença fiquei preocupada, mas fumar é algo que me faz sentir bem, não tenciono deixar, nem quero”. Fumar tem efeitos nocivos para toda a árvore respiratória, afetando a estrutura e a função pulmonar, diminuindo as defesas contra as infeções e provocando a continuidade de lesões que conduzem à doença pulmonar obstrutiva crónica (Nunes, 2006). O abuso de tabaco é o principal fator responsável pelo surgimento da DPOC, já que, contribui diretamente para o aparecimento de uma inflamação pulmonar e produção de citocinas pró-inflamatórias, que estimulam a produção de muco e consequente diminuição do lúmen alveolar com obstrução do fluxo aéreo. Deste modo, a cessação tabágica é fundamental para não haver declínio rápido da função pulmonar e futuras complicações (Coelho et al., 2021).

Além destes dados, a Z. partilhou também que, faz 6 refeições por dia, são equilibradas e saudáveis, foi questionada o que era saudável para ela, ao qual respondeu “(...) faço pequeno-almoço (leite e pão), almoço (sopa, conduto e fruta), lanche (fruta e iogurte), jantar (sopa, conduto e fruta) e na maioria das vezes faço ceia (chá e duas bolachas)”. A consciencialização da relação do valor nutricional e o peso corporal estava presente. Motivação, informação e autonomia são importantes para manutenção da capacidade funcional e do estado de saúde de pessoas com DPOC. A associação da inatividade física aos distúrbios metabólicos e alterações estruturais causadas pela DPOC, assim como o fato de o tabagismo também ser uma causa primária, tornam múltiplos os fatores de risco para doenças cardiovasculares nessa população (Gale N et al, 2011). Além disso, a DPOC é um poderoso fator de risco independente para morbidade e mortalidade cardiovascular (Castagna O et al, 2008), uma vez que os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares também estão presentes

nesses pacientes (Müllerova H et al, 2013). Os dados colhidos durante a avaliação individual inicial permitiram a formulação de diagnósticos de enfermagem por domínio, apresentados na tabela 16.

Tabela 16 – Diagnósticos de enfermagem da Z.

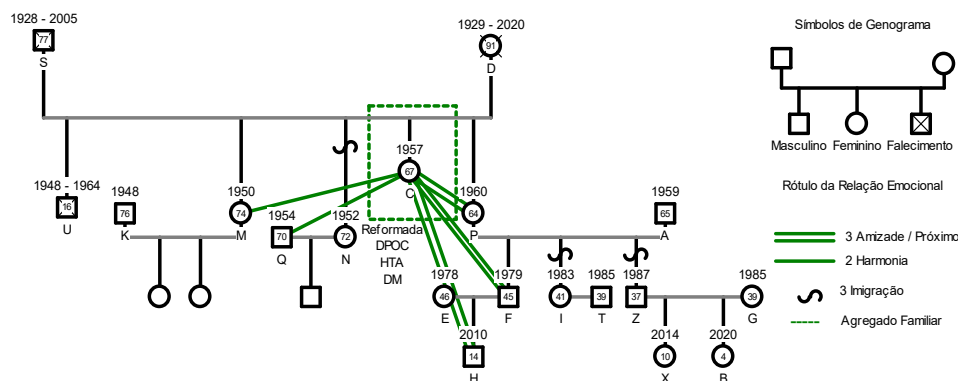
Domínio	Diagnóstico de enfermagem
Adesão à vacinação	Adesão à vacinação
Comportamentos Aditivos	Potencial para melhorar conhecimento sobre consequências uso tabaco.

Nas quatro consultas em contato com a Z., existiu oportunidade de ensinar sobre as consequências uso tabaco, que o tabaco é a causa mais comum de DPOC, já que, o fumo estimula a produção de muco e obstrução ao fluxo aéreo (Coelho et al., 2021), sendo que a cessação tabágica reduz os sintomas, sendo assim possível negociar com a Z. estratégias para diminuir o consumo do tabaco e avaliar a evolução do conhecimento sobre consequências uso tabaco. A Z. não demonstrou vontade de mudar, no entanto, foi-lhe facultado todos os recursos possíveis, para quando se sentisse motivada para a mudança. Nesta perspectiva verificou-se o uso de forças pessoais para servir a decisões maiores. No decorrer das consultas, o elemento da família demonstrou satisfação sobre os cuidados de enfermagem prestados.

Família E

Foram desenvolvidas quatro consultas, três na USF e uma no domicílio com a Família E com duração média de 50 minutos. A família E demonstrou disponibilidade para participar nas consultas a partir de novembro de 2023 até ao fim do período do estágio profissional, com intervalo de duas semanas entre as consultas. Nas quatro consultas esteve presente a C. portadora de DPOC (GOLD 2). No sentido de obter dados relativamente à composição familiar, foram efetuadas questões lineares a C. presente nas consultas, representado no genograma abaixo, figura 10.

Figura 10 – Genograma da família E



A família E do tipo unipessoal é constituída pela C. de 67 anos, portadora de DPOC. Assim como a família B e D, mencionadas anteriormente este tipo de família tem as suas características particulares. Com a família extensa, C. tem uma relação muito próxima quer com a sua irmã P., quer com o seu sobrinho F., pessoal e telefonicamente cuja intensidade é, de uma fora geral, semanal. Ambos servem como companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselheiros. Com a sua irmã M. e irmão Q. tem uma relação harmoniosa, ambos estão distantes, mas mantém contato telefónico com frequência, refere que uma vez por mês fala com os irmãos. Naquilo que diz respeito aos sistemas mais amplos, Z. refere ter um vínculo forte com os seus amigos, igreja, piscina, um vínculo intermédio com as instituições de saúde.

A Família E pertence a uma classe social média-alta, encontra-se reformada, no grau 2 da escala de *graffar*, com uma instrução situada no grau 2. Tem vencimentos certos e vive num apartamento bastante espaçoso e confortável, situado num bom local de residência. Quanto ao edifício residencial, tipo de habitação grau 2, bem adaptado às necessidades atuais da família, encontrava-se higienizado. Tem aquecimento central e gás canalizado e C. revela ter conhecimento sobre a sua utilização. O abastecimento da água é através da rede pública. Possui como animais domésticos, um cão e um gato, que se encontram vacinados e desparasitados, C. refere "(...) são a minha companhia, estão muito bem cuidados". As semelhanças entre seres humanos e animais de acordo com Grandin e Johnson (2006) estão no apego social que surgiu para ambos da evolução do mecanismo de sobrevivência para manter o corpo aquecido, ambos consideram o contato social importante. Os benefícios que os animais podem proporcionar aos seres humanos segundo Faraco (2008) são: a companhia, a promoção de mudanças positivas no autoconceito e comportamento das pessoas além de auxiliar no desenvolvimento de

várias habilidades e no exercício de responsabilidades. Eles ajudam a diminuir o *stress*, combatem a depressão e o isolamento e estimulam o exercício e podem proporcionar benefícios psicológicos para os idosos.

Os dados colhidos permitiram identificar no âmbito da constituição familiar, nos vínculos relacionais com os sistemas mais amplos e na dimensão estrutural, mais especificamente, **Rendimento Familiar Não Insuficiente, Edifício residencial Seguro e Não Negligenciado, Precaução de Segurança demonstrada, Abastecimento de Água Adequado e Animal Doméstico Não Negligenciado**. No que se refere às áreas de atenção avaliadas na Família E por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas na tabela 17.

Tabela 17 – Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na Família E, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
		Tipo de habitação
	Edifício Residencial	Higiene da habitação
	Precaução de segurança	Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a utilização do equipamento
		Existência de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada
	Animal Doméstico	Existência de animal doméstico e conhecimento sobre vacinação e serviços da comunidade
		Existência de desparasitação e conhecimento sobre serviços da comunidade

No que diz respeito à Dimensão de Desenvolvimento e face às suas áreas de atenção, não houve necessidade de avaliação, assim como na dimensão funcional como fundamentado na família B e D.

Como antecedentes clínicos tinha, DPOC diagnosticado em 2020, HTA desde 2008 e DM diagnosticado em 2010. Relativamente ao diagnóstico da DPOC, foi questionada “(...) Qual foi a sua reação?; Conhece a doença? Sabe quais os cuidados que deve ter?”, ao qual respondeu “(...) sinceramente, não fiquei muito surpreendida, pois fumei muito durante muitos anos (...) agora conheço bem a doença, fiz o curso da UCC (...) cumprio os cuidados, o passado não posso mudar, mas no presente tenho cuidados”, no que concerne aos sintomas, foi abordado “(...) Que sintomas manifesta?; O que mudou depois do diagnóstico da DPOC?; Sente que as suas rotinas diárias foram alteradas?”, onde a C. referiu “(...) não

tenho sintomas, sinceramente não mudou nada, pois já tinha cuidados alimentares e de exercício físico pela DM e HTA (...) não faço medicação para DPOC, tenho os SOS's que felizmente não tenho precisado."

A C. apresentou, em novembro de 2023, peso corporal de 79 kg, altura de 164 metros (dados que permitem calcular o IMC de 29,4 kg/m² - resultado de pré-obesidade), perímetro abdominal de 103 centímetros que corresponde a um risco alto de desenvolver uma doença cardiovascular ou metabólica (Camolas et al., 2017). Destes dados, a C. partilhou que relativamente à prática habitual de exercício físico, "(...) levo o meu cão à rua duas vezes por dia, e faço questão de dar uma voltinha relativamente grande (...) faço também duas vezes por semana, hidroginástica". No que se refere ao regime dietético, partilhou "(...) como vegetais na sopa ao jantar todos os dias e faço refeições de três em três horas, sou diabética tenho que ter esses cuidados". O padrão de alimentação era composto por seis refeições por dia com ingestão de frutas, legumes, ingestão adequada de gorduras e sal face ao regime dietético aconselhado, ingestão de água e não tinha ingestão de alimentos específicos desaconselhados. A consciencialização da relação do valor nutricional e o peso corporal estava presente. Posto isto, foi elogiada pelo cumprimento na autogestão do regime dietético, exercício físico e medicamentoso, estava presente a consciencialização da doença pelo que foram consideradas forças para a família E.

ANEXO 2 – Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™– CAT)



O seu nome: _____

Data de hoje: _____

Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™ – CAT)

Este questionário irá ajudá-lo a si e ao seu profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) está a ter no seu bem estar e no seu quotidiano. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por si e pelo seu profissional de saúde para ajudar a melhorar a gestão da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descreve presentemente. Certifique-se **que selecciona** apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz

0	1	2	3	4	5
			X		

 Estou muito triste

		PONTUAÇÃO													
Nunca tenho tosse	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Estou sempre a tossir	☐
0	1	2	3	4	5										
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							O meu peito está cheio de expectoração (catarro)	☐
0	1	2	3	4	5										
Não sinto nenhum aperto no peito	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Sinto um grande aperto no peito	☐
0	1	2	3	4	5										
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	☐
0	1	2	3	4	5										
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	☐
0	1	2	3	4	5										
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	☐
0	1	2	3	4	5										
Durmo bem/profundamente	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Não durmo bem/profundamente devido à minha doença pulmonar	☐
0	1	2	3	4	5										
Tenho muita energia	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Não tenho nenhuma energia	☐
0	1	2	3	4	5										

PONTUAÇÃO TOTAL

--	--

O Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logótipo CAT é uma marca comercial do grupo de empresas GlaxoSmithKline.

© 2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

ANEXO 3 – Mapeamento dos Indicadores do MDAIF

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR MAPEAMENTO DE INDICADORES

([mapeamentoindicadores.pdf \(esenf.pt\)](#))

A) TAXAS DE AVALIAÇÃO

a. Dimensão Estrutural

Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100

b. Dimensão Desenvolvimento

Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação conjugal /Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Planeamento Familiar /Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Adaptação à Gravidez /Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez X 100

Nº. de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental /Nº total de famílias com subsistema parental X 100

b. Dimensão Funcional

Nº. de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador Cuidados /Nº total de famílias com membro dependente X 100

Nº. de famílias avaliadas em Processo Familiar /Nº total de famílias X 100

B) TAXAS DE PREVALÊNCIA

Nº. de famílias com **Edifício residencial não seguro**/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com **Edifício residencial negligenciado**/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com **Rendimento familiar insuficiente**/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com **Precaução de segurança não demonstrada**/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com **Abastecimento de água não adequado**/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com **Animal doméstico negligenciado**/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal com **Satisfação Conjugal não mantida**/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal em idade fértil avaliadas com **Planeamento Familiar não eficaz**/Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal com **Adaptação à Gravidez não adequada**/Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez X 100

Nº. de famílias com subsistema parental com **Papel Parental não adequado** /Nº total de famílias com subsistema parental X 100

Nº. de famílias com membro dependente com **Papel de Prestador de Cuidados não adequado** PPCNA/Nº total de famílias com membro dependente X 100

Nº. de famílias com **Processo Familiar Disfuncional** /Nº total de famílias X 100

C) INDICADORES DE RESULTADO (GANHOS EM SAÚDE)

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial/Nº total de famílias com Edifício residencial não seguro x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial /Nº total de famílias com Edifício residencial negligenciado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Rendimento Familiar /Nº total de famílias com Rendimento Familiar insuficiente x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Precaução de Segurança /Nº total de famílias com Precaução de Segurança não demonstrada x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Abastecimento de Água /Nº total de famílias com Abastecimento de Água não adequado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Animal doméstico/Nº total de famílias com Animal doméstico negligenciado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Satisfação Conjugal /Nº total de famílias com Satisfação Conjugal Não mantida x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação /Nº total de famílias com Comunicação não eficaz x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Sexual /Nº total de famílias com Interação Sexual não adequada

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Função Sexual /Nº total de famílias com Função Sexual comprometida x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Planeamento Familiar /Nº total de famílias com Planeamento Familiar não eficaz x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Fertilidade /Nº total de famílias com Fertilidade Comprometida x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional /Nº total de famílias com Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional não demonstrado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Uso de contraceptivo /Nº total de famílias com Uso contraceptivo não adequado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento Reprodução /Nº total de famílias com Conhecimento Reprodução não demonstrado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Adaptação Gravidez /Nº total de famílias com Adaptação Gravidez não demonstrada x 100

- Nº de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento /Nº total de famílias com Conhecimento não demonstrado x 100

- Nº de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação /Nº total de famílias com Comunicação não eficaz x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos Adesão /Nº total de famílias com Comportamentos Adesão Não Demonstrado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Parental /Nº total de famílias com Papel Parental não adequado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel /Nº total de famílias com Conhecimento do Papel não demonstrado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão /Nº total de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel /Nº total de famílias com Consenso Papel Não x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel /Nº total de famílias com Conflito Papel Sim x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel /Nº total de famílias com Saturação Papel Sim x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Prestador Cuidados/Nº total de famílias com Papel Prestador Cuidados não demonstrado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel /Nº total de famílias com Conhecimento do Papel não demonstrado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão /Nº total de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel /Nº total de famílias com Consenso Papel Não x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel /Nº total de famílias com Conflito Papel Sim x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel /Nº total de famílias com Saturação Papel Sim x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar /Nº total de famílias com Processo Familiar Disfuncional x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação Familiar /Nº total de famílias com Comunicação Familiar não eficaz x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Coping Familiar /Nº total de famílias com Coping Familiar não eficaz x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis /Nº total de famílias com Interação Papéis não eficaz x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis /Nº total de famílias com Interação Papéis conflitual x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100

ANEXO 4 - Recursos da autarquia utilizados nas famílias em estudo

Recursos da autarquia utilizados nas famílias em estudo

O envelhecimento ativo e digno é, desde sempre, a meta que a autarquia onde a USF se insere, define para o trabalho com a população sénior do concelho. A Autarquia tem investido na proteção e promoção da qualidade de vida das pessoas seniores, sobretudo as que se encontram económica e socialmente vulneráveis, através do reforço da capacidade e qualidade das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSSs). Alguns dos projetos da Câmara Municipal, dentro da Ação Social e Saúde, implementados durante a realização do meu estágio, foram; o Projeto “M. Sénior - Tele Assistência Domiciliária”, este serviço de apoio imediato, particularmente útil em situações de doença e isolamento, que consiste na instalação de um dispositivo acionado através de um botão que estabelece contacto telefónico com uma central de atendimento, onde estão disponíveis os dados essenciais dos beneficiários, para uma intervenção em situação de emergência.

O “Cartão MSénior”, que permite ao/à portador/a o acesso a atividades (como a hidroginástica) e serviços (como as reparações nos domicílios e a teleassistência domiciliária) disponibilizados pela CM, é destinado a todas as pessoas residentes no Concelho, com idade igual ou superior a 65 anos. Por fim, o “Viver Mais na Comunidade”, que se divide em quatro pontos, o Ativ_IDADE fora de casa, que consiste na promoção da interação entre pessoas idosas, sem ou com relação com as instituições sociais e combate ao isolamento através da realização de atividades de carácter cultural, recreativo e lúdico, com potencial para, num contexto cognitivamente estimulante, criar ou recriar laços identitários entre pares e com o território e seus equipamentos, introduzindo uma dinâmica nova, e dotada de significado, no quotidiano das pessoas idosas.

Paralelamente, pretende-se valorizar as vivências das pessoas, ou grupos de pessoas, enquanto guardiões do património imaterial identitário; a Rotativ_IDADE, que consiste em encontros temáticos quinzenais, como visitas a locais de interesse patrimonial, cultural e outros, em contexto de convívio e socialização; a pedalar pela C_IDADE, são passeios pelo concelho em riquexós elétricos (“Trishaw”) especialmente adaptados e conduzidos por pessoas voluntárias, levando 2 passageiros/as em cada viagem a locais de sua escolha; a Vocal_IDADE, trata-se de uma constituição de grupo artístico, música e movimento, partindo do envolvimento de vários grupos de canto locais compostos por pessoas idosas e do envolvimento de novos elementos da comunidade, serão desenvolvidas atividades de conceção, preparação e produção de apresentações (espetáculos) a uma escala concelhia, que recuperem a memória de histórias, lendas locais ou transmitam o testemunho de vivências no concelho.

E a Conetiv_IDADE, um projeto Seniores em Rede, Projeto de combate ao isolamento social e declínio cognitivo, das pessoas mais velhas, destina-se a pessoas que vivam sós ou em situação de isolamento social, que tenham competências ou potencial para aprender a utilizar equipamento digital, e alia uma rede de parceiros locais para a sinalização, acompanhamento de proximidade e monitorização regular das necessidades das pessoas abrangidas. Através da disponibilização de equipamentos digitais (tablets) e respetivo software, especificamente adaptado a utilizadores seniores e acesso ao serviço de internet para a realização de vídeo chamadas, serão promovidas as relações sociais dos idosos em isolamento e estimuladas as competências cognitivas e digitais.

ANEXO 5 - Questionário sobre programa de “Saúde da Família”

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR, EM FAMÍLIAS COM ELEMENTO IDOSO PORTADOR DE DPOC
(DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA)**

Orientadora: Prof^a Ana Vilar

Co-orientador: Prof^a Fátima Araújo

Enfermeiro Tutor: Enf^o Miguel Pereira

Autor: Carina Isabel Sousa Cunha, EP3280

Questionário sobre programa de “Saúde da Família”

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) na documentação no programa de
“Saúde da Família”

Porto, 2023

Algumas Considerações

O meu nome é Carina Cunha e frequento o Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este questionário foi concebido na sequência do estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II e objetiva identificar as necessidades dos enfermeiros relativamente à documentação para o programa de “Saúde da Família”, com a utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

Este questionário subdivide-se em duas partes, na primeira parte (I) recolhem-se dados para a caracterização socioprofissional, na segunda parte (II) são realizadas algumas questões para conhecer as necessidades/dificuldades na documentação no programa “Saúde da Família”.

Responda de forma breve e sucinta às perguntas abertas e, nas questões com duas ou mais opções de resposta, coloque uma cruz naquela que melhor traduz a sua opção.

É garantida a confidencialidade e o anonimato das suas respostas, sendo que os dados recolhidos se destinam exclusivamente à adequação dos conteúdos da formação às necessidades identificadas.

Obrigado pela sua colaboração.

I – Caraterização socioprofissional

1 – Idade (anos completos): _____

2 – Sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

3- Habilitações académicas (assinale o grau mais elevado que possui):

- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado (se sim, especifique _____)
- ☐ Doutoramento (se sim, especifique _____)

a) Habilitações Literárias ou Formação contínua

- ☐ Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (se sim, especifique _____)
- ☐ Pós-graduação
(especifique: _____

_____)
- ☐ Outras _____

4 - Há quanto tempo exerce funções como Enfermeiro/a de Família? (em anos)

II – Avaliação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem no programa “Saúde da Família”.

1 – A Unidade tem recursos para que consiga efetuar registos de enfermagem no programa “Saúde da Família”?

- ☐ Sim
- ☐ Não

a) Se respondeu “Não” na questão anterior, identifique os recursos que considera estarem em falta (pode optar por mais de 1 resposta)

- ☐ Recursos Humanos
- ☐ Recursos materiais
- ☐ Recursos logística
- ☐ Recursos organizacionais
- ☐ Outros _____

2– Considera importante a documentação no programa de “Saúde da Família”?

- ☐ Sim

Porquê? _____

☐ Não

Qual o motivo? _____

4- Costuma fazer documentação no programa “Saúde da Família”?

☐ Sim

☐ Não

a) – Se respondeu “Não” à resposta anterior, qual o motivo?

☐ Falta de tempo

☐ Não é importante

☐ Não sei como fazer

☐ Outras _____

5 – Conhece o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?

☐ Sim

☐ Não

6 – Já teve formação sobre o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?

☐ Sim

☐ Não

a) Se respondeu “Sim” à questão anterior em que contexto a realizou?

☐ Curso de Licenciatura em Enfermagem

☐ Unidades Curriculares Isoladas

☐ Curso de Pós-Graduação

☐ Eventos científicos (ex: Workshop)

☐ Formação em serviço

7 – Conhece as dimensões que integram o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar?

☐ Sim

☐ Não

a) – Se respondeu “Sim”, diga quais são?

8 – Na avaliação familiar, na dimensão estrutural são avaliados os seguintes focos: Selecione as corretas.

- ☐ Rendimento familiar
- ☐ Edifício residencial
- ☐ Animal doméstico
- ☐ Processo familiar
- ☐ Papel parental

9 – O que entende por genograma? Assinale a resposta errada.

- ☐ Uma representação gráfica de uma árvore genealógica que mostra as relações familiares e as informações sobre as características e eventos importantes na vida das pessoas, como casamentos, divórcios, nascimentos e mortes.
- ☐ É uma ferramenta comumente usada para ajudar a entender os padrões familiares, as dinâmicas e os traços hereditários.
- ☐ O genograma pode ser uma ferramenta útil para ajudar na compreensão das dinâmicas familiares, analisar padrões de comportamento, investigar a transmissão de traços hereditários, identificar possíveis riscos de saúde e auxiliar no processo terapêutico.
- ☐ Cada genograma não é único e personalizado para cada família, não conseguindo proporcionar uma visão mais clara das suas características e histórias.

10 – No foco Edifício residencial, a atividade diagnóstica é conduzida para diferentes focos. Selecione a opção errada

- ☐ Barreiras arquitetônicas
- ☐ Aquecimento
- ☐ Abastecimento de gás
- ☐ Higiene da habitação
- ☐ Animal doméstico

11 – Considera que algum dos focos em avaliação, na dimensão estrutural, possam não ter relevância do ponto de vista avaliativa das famílias?

☐ Sim

☐ Não

a) – Se “Sim”, qual e porquê?

12 - Perceciona alguma(s) dificuldade(s) específica (s) na avaliação e documentação da Dimensão Funcional do MDAIF?

☐ Sim

☐ Não

a) Se respondeu “Sim” à pergunta anterior, qual(ais) as dificuldades percecionadas?

13 – Da dimensão avaliativa do desenvolvimento, quais são as áreas avaliativas? Selecione a correta.

☐ Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar, Adaptação à Gravidez, Papel Parental.

☐ Papel do Prestador de Cuidados e Processo Familiar.

☐ Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Animal Doméstico.

☐ Papel Parental, Adaptação à Gravidez e Processo Familiar.

14 – Sente-se motivado/a, caso ainda não o faça, para iniciar a documentar no programa “Saúde da Família”?

☐ Sim

☐ Não

a) – Se respondeu “Não” na pergunta anterior, quais as razões?

15 – Sente que o seu envolvimento nos registos do programa “Saúde da Família”, irá promover a vigilância/ monitorização dos fenómenos de enfermagem e podem representar um contributo importante na melhoria da qualidade dos cuidados prestados enquanto “Enfermeiro de Família”?

☐ Sim

☐ Não

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO 6 – Ação de formação - Documentação no programa “Saúde da Família” - Estudo de Caso



Índice		
Introdução	Apresentação e contextualização	Programa de "Saúde da Família"
Estudo de caso	Conclusão	Bibliografia

Introdução

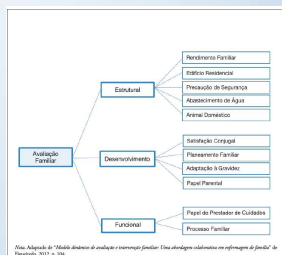
- No sistema de informação SClínico (03/2023 - versão 3.5.23.3) é permitido ao enfermeiro documentar, no programa "Saúde da Família", a avaliação e intervenção às famílias enquanto cliente.
- No programa "Saúde da Família", acionado no âmbito do utente e da família, é permitido ao enfermeiro documentar a avaliação inicial, fazer o diagnóstico dos problemas ou identificar as necessidades de cuidados, planejar intervenções, implementar ou executar as intervenções e avaliar o resultado das suas intervenções.
- Esta apresentação surge como necessidade de dar resposta aos requisitos académicos e ao desenvolvimento das competência do EECESEF, e tem como objetivo orientar sobre as etapas para a identificação e para a documentação no programa "Saúde da Família" com base no referencial teórico e operativo do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Objetivos

- ❖ Identificar a família enquanto unidade de cuidados
- ❖ Identificar as dimensões da matriz operativa do MDAIF;
- ❖ Documentar a avaliação das famílias no programa Saúde da Família;
- ❖ Aumentar a autoperceção da competência para a documentação no programa Saúde da Família sobre a avaliação da família;

Diagrama do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

- Orientação das etapas para a documentação no âmbito do programa Saúde da Família com base no diagrama do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar que apresenta as áreas de atenção familiares divididas por dimensões de avaliação (Figueiredo, 2012).

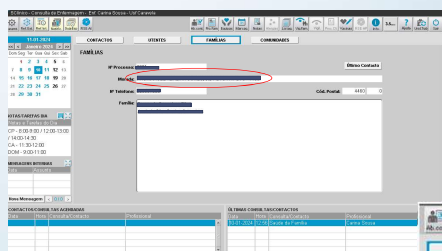


Como realizar os registos no Sclínico no programa da "Saúde da Família"?



Como Aceder ao Processo da Família

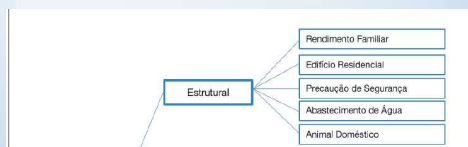
1) Utilizar o separador "Famílias"



3) Selecionar os membros da família presentes na consulta

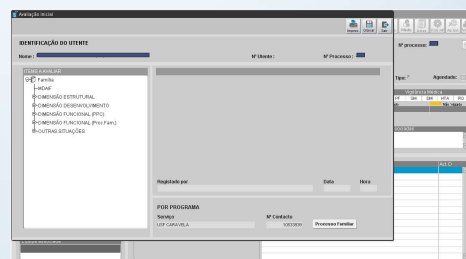


Dimensão Estrutural

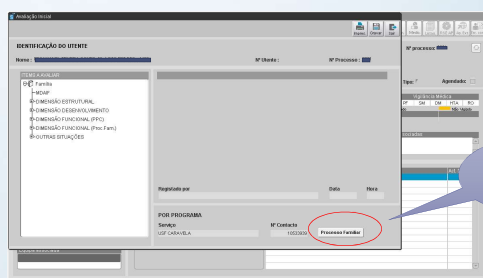


3. Avaliação da Dimensão Estrutural

Existem dois locais do programa "Saúde da Família" para o registo da avaliação familiar, nomeadamente no "Processo Familiar" e na "Avaliação Inicial".



Outra forma de registo?



Entrar por aqui.

Processo Familiar



O "Processo Familiar" pode ser aberto a partir do ícone "Processo Familiar" sem abrir o contacto ou na janela da "Avaliação Inicial" no canto inferior direito, após abrir contacto.

De seguida irão abrir vários separadores, nomeadamente a Habitação, Escala de Graffar, Ciclo de Duval, Tipo de Família, Risco Familiar Garcia-Gonzalez e Risco Familiar Segovia Dreyer.

Esta colheita de dados permite verificar quais são as necessidades da família quanto ao "Abastecimento de água", "Habitação", "Precaução de segurança" e "Rendimento Familiar".

[illegible]

Indicação	Opção	Código	Tipo de Família	Risco Familiar Genética Concomitante	Risco Familiar Segregação Down
				☐ Família sem histórico casamento ou nascimento do 1º filho ☐ Família com filhos que apresentem nascimento do 1º filho até 3 idade pré-escolar, 3 anos ☐ Família com filhos em idade pré-escolar idade pré-escolar até 3 idade na escola, 6 anos ☐ Família com filhos em idade escolaridade na escola até 12 anos de idade, 12 anos ☐ Família com filhos que apresentem idade da escola até ao início de estudos superiores ☐ Família com filhos adultos (pessoas filhos que vivem de casa "launching family") ☐ Família de novo nascimentos a partir do último filho a ser reformado "simple rear" ☐ <u>Ver</u> Família (apresenta reformação e adição)	
Indicação	Opção	Código	Tipo de Família	Risco Familiar Genética Concomitante	Risco Familiar Segregação Down
				☐ Única - 1 só elemento ☐ Monoparental - 10 anos ou mais e filhos ☐ Marginal - Adulto, pai e filhos ☐ Reconstruída - Nova união após reorganização ☐ <u>Reformado - Casado com ou sem filhos</u> ☐ Outros	

História	Contexto	C. Social	Tipo de Família	Atividade Familiar (Ocupação)	Risco Familiar (Segunda Opção)
☐ 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 abusos sexuais. ☐ Famílias que praticam em excesso os castigos de cinto de chumbo. ☐ Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilham um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoolistas). ☐ Famílias nas quais um membro seja o centro da atenção dos outros e que por isso ofereça em relação interactiva (dedicação mental ou física que não é aceite, por exemplo, etc.). ☐ Famílias em que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitos a um risco maior elevado de padecer de determinado tipo de doenças, embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.					
Pontuação:					

The screenshot shows a software window titled 'Avaliação de Risco Familiar'. It has a tabbed interface with 'Avaliação de Risco Familiar' selected. The left pane lists risk factors such as 'Instituição carente', 'Inatividade', 'Hospitalizações frequentes', 'Idade avançada', 'Idade extrema', 'Cidade de família desamparada', 'Assistência temporária de um dos pais', 'Cidade de família com emprego temporário', and 'Morte de Pai ou de Mãe'. The right pane lists suggested interventions like 'Atendimento', 'Cirurgia', 'Desmamação', 'Assistência de um dos pais', 'Pais ausentes', 'Apaga familiar + 4', 'Falta grande educação', 'Cidade de família pobre', and 'Falta com condições afetivas graves'. A 'Pontuação' field is at the bottom right.

"Avalia o risco familiar de cada família, de acordo com a presença ou ausência de critérios de risco." (Branco, 2013)

Pontuação

1 ponto / item da coluna da esquerda

2 pontos / item da coluna da direita

- Alto risco maior ou igual 6 pontos
- Médio risco maior ou igual a 3 pontos
- Baixo risco menor ou igual a 2 pontos

Focos Sugeridos na Dimensão Estrutural

Quando abrimos o contacto nunca esquecer de ativar o Programa de Saúde "Saúde da Família" em primeiro lugar. Automaticamente irá sugerir as várias intervenções de diagnóstico.

Rendimento Familiar

É realizada esta avaliação se Fonte Principal de rendimento da Escala de Graffar for GRAU 4 ou 5 e conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares for NÃO DEMONSTRADO (Figueiredo, 2012).

- **INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO:** Avaliar gestão do rendimento (foco de atenção: Rendimentos)

The screenshot shows a software window titled 'Avaliação de Rendimento Familiar'. It contains a form with several input fields for family income assessment, including 'Rendimento familiar', 'Despesas familiares', and 'Capacidade de gestão'. There is a 'Calcular' button at the bottom right.

Intervenções sugeridas

Estão bloqueadas.

Intervenções sugeridas em MDAIF (Figueiredo, 2012):

- ✓ Requerer serviços sociais;
- ✓ Orientar a família para serviços sociais;
- ✓ Promover a gestão do rendimento familiar.

Edifício Residencial

É realizada esta avaliação se a classificação do Tipo de Habitação da Escala de Graffar for GRAU 4 ou 5 e/ou se a Higiene Habitacional se situar em Má ou Razoável (Figueiredo, 2012).

No Sclínico o "Edifício Residencial" também está associado à Segurança (Barreiras arquitetônicas SIM, aquecimento SIM e/ou gás SIM).

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO:

Avaliar habitação (Foco de atenção: Habitação)

Considerando sempre os seguintes critérios:

Critérios relativos ao Tipo de Habitação

[illegible]

- Sem intervenções sugeridas

[illegible]

Intervenções sugeridas em MDAIF (Figueiredo, 2012, p. 139):

- Ensinar sobre os riscos de edifício residencial não seguro;
- Requerer serviço social - Requerer serviços médicos
- Orientar a família para serviços sociais
- Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional
- Promover governo da casa
- Reforçar o governo da casa
- Instruir a família para o governo da casa
- Motivar a família para o governo da casa
- Requerer serviços sociais

Abastecimento de Água

É realizada esta avaliação se existir utilização de água de rede privada para consumo humano e não existir controle da qualidade.

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar abastecimento de água (Foco de atenção: Abastecimento de água) dade de água (Figueiredo, 2012).

The screenshot shows the 'Manage Data in SAP' app interface. The top navigation bar includes the app title and a 'Data' button. Below the navigation bar, there is a 'Data Sources' section with a table listing data sources. The table has columns for 'Name', 'Description', and 'Status'. The table is currently empty. Below the table, there is a 'Data Sources' button highlighted in blue. The bottom section of the app shows a 'Data Sources' list with a search bar and a list of data sources, including 'Data Sources' and 'Data Sources'.

Intervenções sugeridas em MDAIF
(Figueiredo, 2012):

- ✓ Ensinar sobre a importância do controle da qualidade da água;
- ✓ Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água;
- ✓ Orientar para serviços de controle da qualidade da água;

Animal Doméstico

É realizada esta avaliação sempre que existir animal doméstico no sistema familiar (Figueiredo, 2012).

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar conhecimento sobre animal doméstico (Foco de atenção: Animal doméstico)

Intervenções sugeridas em MDAIF (Figueiredo, 2012):

- ✓ Ensinar sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses)
- ✓ Orientar para serviços da comunidade
- ✓ Orientar sobre desparasitação do animal doméstico
- ✓ Motivar para vacinação do animal doméstico
- ✓ Motivar para desparasitação do animal doméstico
- ✓ Supervisionar vacinação do animal

Precaução de Segurança

É realizada esta avaliação sempre existem Barreiras arquitetónicas e utilização de gás e aquecimento (Figueiredo, 2012).

Segundo Figueiredo (2012), a Precaução de Segurança é não demonstrada (Sem PS comprometida) se:

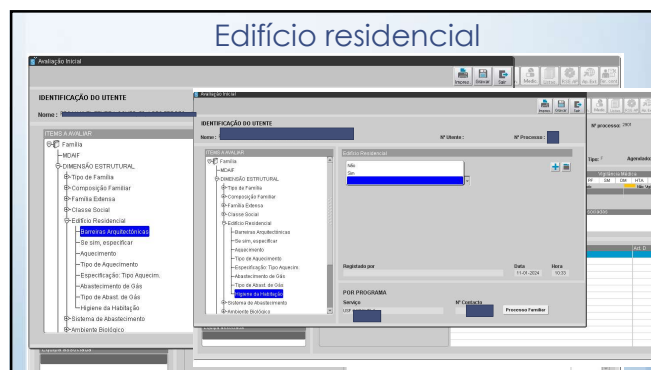
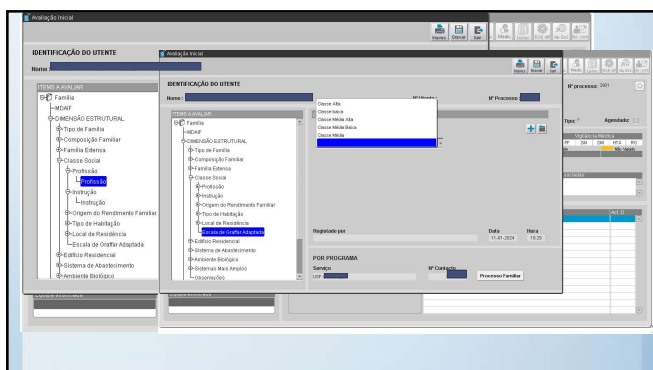
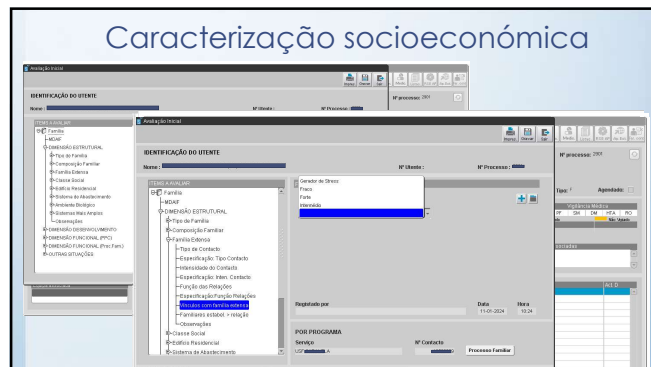
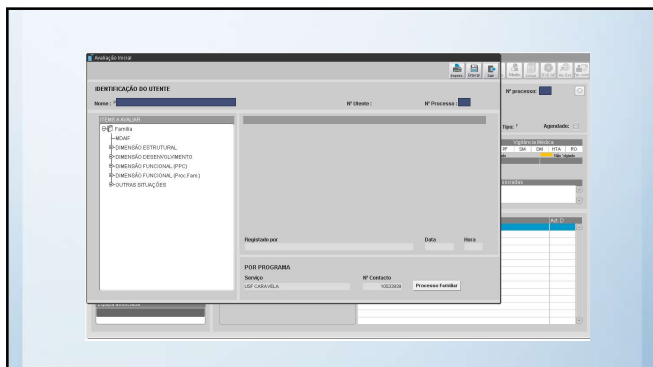
- Tem aquecimento e o conhecimento Não demonstrado sobre a utilização de equipamento para aquecimento e/ou
- Utilização de gás doméstico e conhecimento Não demonstrado sobre a utilização de equipamento para aquecimento e/ou
- Existência de barreiras arquitetónicas conhecimento Não demonstrado sobre a utilização de equipamento para aquecimento.

Intervenções sugeridas em MDAIF (Figueiredo, 2012):

- ✓ Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento
- ✓ Ensinar sobre utilização de equipamento de gás
- ✓ Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico
- ✓ Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico
- ✓ Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento
- ✓ Negociar sobre utilização de equipamento elétrico
- ✓ Motivar para estratégias de adaptação de barreiras arquitetónicas
- ✓ Orientar para serviços da comunidade

Avaliação Inicial

Outra forma de registo é através da avaliação inicial. Aqui quando abrimos contacto devemos ativar o Programa de Saúde "Saúde da Família" em primeiro lugar. Automaticamente irá sugerir as várias intervenções de diagnóstico.



Identificação do Utente

Nome: _____ Nº Utente: _____ Nº Processo: _____

ITEMS A ANALISAR

- Família
 - MGP
 - DIMENSÃO ESTRUTURAL
 - Tipo de Família
 - Composição Familiar
 - Família Estendida
 - Classe Social
 - Estatuto Residencial
 - Sistema de Alojamento
 - Ocupação do Espaço
 - R-Pilha Controlar Qualidade
 - Sistema Tratamento Resíduos
 - Ambiente Biológico
 - Sistemas Mais Amplos
 - Observações
 - DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO
 - DIMENSÃO FUNCIONAL (PFPC)

Sistema de Alojamento

Aluguer: _____
 Renda Mensal: _____
 Renda Mensal: _____

Registo por: _____ **Data:** 11-01-2024 **Hora:** 10:33

POR PROGRAMA

Serviço: _____ Nº Contacto: 10533039 Processo Familiar

Identificação do Utente

Nome: _____ Nº Utente: _____ Nº Processo: _____

ITEMS A ANALISAR

- Família
 - MGP
 - DIMENSÃO ESTRUTURAL
 - Tipo de Família
 - Composição Familiar
 - Família Estendida
 - Classe Social
 - Estatuto Residencial
 - Sistema de Alojamento
 - Ocupação do Espaço
 - R-Pilha Controlar Qualidade
 - Sistema Tratamento Resíduos
 - Ambiente Biológico
 - Sistemas Mais Amplos
 - Observações
 - DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO
 - DIMENSÃO FUNCIONAL (PFPC)

Sistema de Alojamento

Aluguer: _____
 Renda Mensal: _____
 Renda Mensal: _____

Registo por: _____ **Data:** 11-01-2024 **Hora:** 10:34

POR PROGRAMA

Serviço: _____ Nº Contacto: 10533039 Processo Familiar

Identificação do Utente

Nome: _____ Nº Utente: _____ Nº Processo: _____

ITEMS A ANALISAR

- Família
 - MGP
 - DIMENSÃO ESTRUTURAL
 - Tipo de Família
 - Composição Familiar
 - Família Estendida
 - Classe Social
 - Estatuto Residencial
 - Sistema de Alojamento
 - Ocupação do Espaço
 - R-Pilha Controlar Qualidade
 - Sistema Tratamento Resíduos
 - Ambiente Biológico
 - Sistemas Mais Amplos
 - Observações
 - DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO
 - DIMENSÃO FUNCIONAL (PFPC)

Sistema de Alojamento

Aluguer: _____
 Renda Mensal: _____
 Renda Mensal: _____

Registo por: _____ **Data:** 11-01-2024 **Hora:** 10:34

POR PROGRAMA

Serviço: _____ Nº Contacto: 10533039 Processo Familiar

Dimensão Desenvolvimento



Satisfação Conjugal

Para ativar o foco relacionado com a "Satisfação Conjugal" deve realizar a seguinte intervenção de diagnóstico:

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar satisfação conjugal

Critério de diagnóstico (Figueiredo, 2012, p. 143):

Relação Dinâmica (se um item se situar no não, não é efetiva)

- satisfação do casal com a divisão de tarefas domésticas
- satisfação do casal com o tempo que passam juntos
- satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos

Comunicação (se um item se situar no não, não é eficaz)

- O casal conversa sobre expectativas e receios de cada um
- O casal consegue chegar a um acordo quando há discordância de opinião
- Satisfação com o padrão da comunicação do casal

Interação Sexual (se um item se situar no não, não é efetiva)

- Satisfação do casal com o padrão da sexualidade
- Conhecimento do casal sobre a sexualidade

Função sexual (se um item se situar no não, é comprometida)

- Disfunções sexuais
- Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais

Focos de atenção e diagnóstico

Focos de Atenção	Diagnósticos
S Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal comprometida

**Intervenções sugeridas não mencionadas no Scilnico se
satisfação conjugal comprometida** (Figueiredo, 2012, p. 144):

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Planear rituais familiares • Promover comunicação expressiva das emoções • Promover comunicação do casal • Promover envolvimento da família • Incentivar casal para partilha das tarefas domésticas • Incentivar o casal para atividades em conjunto | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar casal sobre sexualidade • Instruir casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução de disfunções sexuais • Orientar casal com problemas de fertilidade • Orientar casal para Serviço Médico • Orientar casal para Terapia Familiar |
|---|--|

Planeamento Familiar

[illegible]

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar planeamento familiar

Registro de Intervenções do Tipo VIGAR

Selecionar sinais: Avaliar planoamento familiar

- ☒ **Planoamento familiar comprometido**
- ☐ Sem planoamento familiar comprometido

Avalia planoamento familiar - sinais selecionados

Planoamento familiar comprometido:

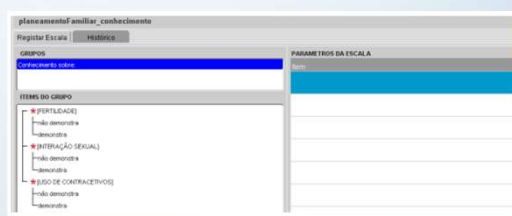
- Planoamento familiar comprometido

De seguida seleciona as duas intervenções de diagnóstico:

Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento;

Avaliar conhecimento sobre planeamento familiar ;

The screenshot shows the 'Potencial conhecimento' form. At the top, there is a header 'Potencial conhecimento' and a 'Registrar Escala' button with a dropdown menu set to 'SELECIONE'. Below this is a 'compartilhar' button. The main content area is titled 'Potencial para melhorar o conhecimento' and contains a table with two columns: 'ITEMS DO GRUPO' and 'PARÂMETROS NA ESCALA'. The 'ITEMS DO GRUPO' column lists four items: 'I [CAPACIDADE COGNITIVA]', 'II [CONSCIENTIZAÇÃO DAS MUDANÇAS NO NÍVEL DE SAÚDE]', 'III [OPINIÃO DE VONTADE EXPRESSA NA APRENDIZAGEM]', and 'IV [ENVOLVIMENTO NO PROCESSO DE ENSI/APRENDIZAGEM]'. Each item has a sub-column with 'Não' and 'Sim' options. The 'PARÂMETROS NA ESCALA' column is currently empty, showing only the header and a few rows of the table structure.

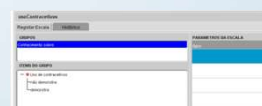


INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO:

Avaliar uso de contraceptivos



De seguida surge uma intervenção de diagnóstico: Avaliar conhecimento sobre o uso de contraceptivos

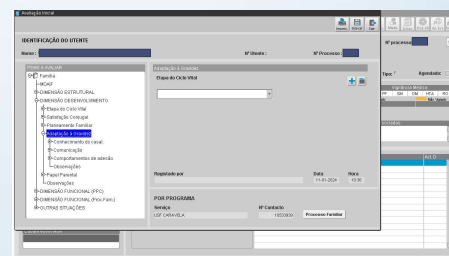


Intervenções sugeridas em MDAIF (Figueiredo, 2012):

Providenciador contraceptivo
Providenciador material de leitura
Informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional
Ensinar o casal sobre aspectos 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

Adaptação à Gravidez

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar adaptação à gravidez (Foco de atenção: Adaptação à gravidez)



Registar Escala: **Gravidez**

GRUPO: **Gravidez**

ITEMS DO GRUPO

- 1. EXPOSIÇÃO PARA OBRIR NOVAS SITUAÇÕES E DESAFIOS RELACIONADOS COM A GR
- 2. ADOPTA COMPORTAMENTOS PRODUTIVOS DE STRESS

PARÂMETROS DA ESCALA A

Item:

Intervenções Sugeridas pelo MDAIF (Figueiredo, 2012):

- Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez
- Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade
- Ensinar o casal sobre etapas de adaptação à gravidez
- Ensinar o casal sobre alterações fisiológicas na gravidez
- Ensinar o casal sobre a nova etapa do ciclo vital
- Informar e 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 amamentação da mãe e do bebê
- Ensinar o casal sobre cuidados de higiene no 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

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar gravidez (Foco de atenção: Gravidez)

Registo da Intervenção do Tipo VIGOR

Intervenção: Avaliar gravidez

Nota: Avaliar gravidez: Avaliar a gravidez

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO:

Avaliar o conhecimento sobre gravidez (Foco de atenção: Gravidez)

Registar Escala: **Gravidez**

GRUPO: **Gravidez**

ITEMS DO GRUPO

- 1. EXPOSIÇÃO PARA OBRIR NOVAS SITUAÇÕES E DESAFIOS RELACIONADOS COM A GR
- 2. ADOPTA COMPORTAMENTOS PRODUTIVOS DE STRESS

PARÂMETROS DA ESCALA A

Item:

Intervenções Sugeridas pelo MDAIF (Figueiredo, 2012):

- Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez
- Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade
- Ensinar o casal sobre etapas de adaptação à gravidez
- Ensinar o casal sobre alterações fisiológicas na gravidez
- Ensinar o casal sobre a nova etapa do ciclo vital
- Informar e 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 amamentação da mãe e do bebê
- Ensinar o casal sobre cuidados de higiene no 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

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar conhecimento sobre interrupção da gravidez (Foco de atenção: Interrupção da Gravidez)

Registar Escala: **Gravidez**

GRUPO: **Gravidez**

ITEMS DO GRUPO

- 1. EXPOSIÇÃO PARA OBRIR NOVAS SITUAÇÕES E DESAFIOS RELACIONADOS COM A GR
- 2. ADOPTA COMPORTAMENTOS PRODUTIVOS DE STRESS

PARÂMETROS DA ESCALA A

Item:

Intervenções Sugeridas pelo MDAIF (Figueiredo, 2012):

- Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez
- Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade
- Ensinar o casal sobre etapas de adaptação à gravidez
- Ensinar o casal sobre alterações fisiológicas na gravidez
- Ensinar o casal sobre a nova etapa do ciclo vital
- Informar e 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 amamentação da mãe e do bebê
- Ensinar o casal sobre cuidados de higiene no 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

Avaliar capacidade da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) (Foco de atenção: Papel Parental)

The screenshot shows the 'Papel Parental' section of the 'Escala de Avaliação' software. It includes a list of items under 'ITEMS DO CONHECIMENTO' and a table for 'PARÂMETROS DA ESCALA'.

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar conhecimento da mãe e(ou) pai sobre o desenvolvimento infantil

The screenshot shows the 'Desenvolvimento Infantil' section of the 'Escala de Avaliação' software. It includes a list of items under 'ITEMS DO CONHECIMENTO' and a table for 'PARÂMETROS DA ESCALA'.

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar conhecimento da mãe e(ou) pai para promover a vinculação (Foco de atenção: Vinculação)

The screenshot shows the 'Vinculação' section of the 'Escala de Avaliação' software. It includes a list of items under 'ITEMS DO CONHECIMENTO' and a table for 'PARÂMETROS DA ESCALA'.

Intervenções sugeridas:

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar capacidade da mãe e(ou) pai para alimentar através da sonda nasogástrica (Foco atenção: Sucção ou alimentar-se)

The screenshot shows the 'Alimentação' section of the 'Escala de Avaliação' software. It includes a list of items under 'ITEMS DO CONHECIMENTO' and a table for 'PARÂMETROS DA ESCALA'.

Intervenções sugeridas:

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar stress do prestador de cuidados (Foco de atenção: Stress do Prestador de cuidados)

Na ativação desta intervenção surge a escala de Zait que avalia a sobrecarga do cuidador

As seguintes intervenções diagnósticas dependem das necessidades das famílias com o membro dependente:

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar o prestador de cuidados para administrar medicamentos (Foco de atenção: Auto-administração de medicação)

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar o prestador de cuidados para alimentar através da sonda nasogástrica (Foco de atenção: Alimentar-se)

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar o prestador de cuidados para prevenir a rigidez articular (Foco de atenção: Anquilose)

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar o prestador de cuidados para estimular a cognição (Foco de atenção: Cognição)

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar o prestador de cuidados para estimular memória a curto prazo (Foco de atenção: memória a curto prazo)

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar o prestador de cuidados para estimular a memória a longo prazo (Foco de atenção: memória a longo prazo)

[illegible]

Registro de Intervenções do Tipo VIGAR

Selecionar sinais: Analisar comunicação

- ☒ Com alterações na comunicação
- ☐ Sem alterações na comunicação

Analisar comunicação: - sinais selecionados

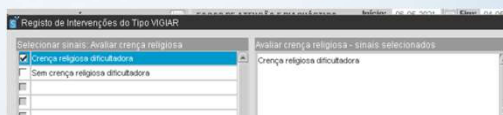
- ☒ Sinais selecionados

o Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa (favorável/não favorável)

INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar coping



INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO: Avaliar crença religiosa



Intervenções sugeridas pelo MDAIF (Figueiredo, 2012):

Promover a comunicação expressiva das emoções	
Promover o envolvimento da família	
Otimizar a comunicação na família	
Planear rituais familiares	
Otimizar padrões de sexualidade	
Promover estratégias adaptativas/ Coping na família	Otimizar padrões de ligação
Implementar estratégias adaptativas/ Coping na família	Promover a comunicação expressiva das emoções
Promover o envolvimento da família	Promover o envolvimento da família
Colaborar na identificação dos papéis familiares	Otimizar a comunicação na família
Avaliar as dimensões não consensuais do papel	Otimizar padrões de ligação
Avaliar satisfação do papel	
Modificar 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	
Modificar 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)	

Conclusão

Melhorar a parametrização dos registos, sugerindo, verificando se o Clínico está intuitivo e de fácil utilização, promover atualizações e melhorias no sistema, tornando-o mais intuitivo e ágil.

A promoção de formação em serviço contribuiu para expandir as competências através da criação e sustentação de uma visão partilhada com os enfermeiros sobre ESF e sobre a documentação da avaliação da família, respeitando e contribuindo para a cultura organizacional, ou seja, manter a missão de ser uma unidade motivadora e promotora da evolução técnico-científica dos elementos da equipa (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Obrigado pela vossa
atenção e colaboração!



*"Os registos de enfermagem, são como os
raios de sol no horizonte da saúde, iluminam
o caminho da excelência, registando cada
cuidado dado, cada batimento acalmado
e cada sorriso confortado."*

(Anónimo)

Bibliografia

- Alves, J. U. P. (2009). Desconstruir desconstruindo um novo modelo de formação [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/80541>
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência.
- Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, nº 135. <https://diariodarepublica.pt/di/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Reivas, A. P. (1996). Ciclo vital da família: perspetiva sistémica. (2 nd ed.). Edições Afrontamento.
- Reivas, S. (2018). Implementação e organização da formação em serviço no USF Salus [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/23528>

ANEXO 7 – Plano de secção da formação - Documentação no programa “Saúde da Família” - Estudo de Caso

Plano de sessão

Tema: Documentação no programa “Saúde da Família” - Estudo de Caso

Data: 24 de janeiro de 2024

Hora: 14:00 horas

Duração: 1:00 hora

Público-alvo: equipa de enfermagem

Recursos: Computador, projetor multimédia e biblioteca

Objetivo geral: Adquirir conhecimento e competência para a documentação da informação clínica das famílias no programa “Saúde da Família” do clínico sobre a avaliação da dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional.

Momento	Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégia		Método	Tempo
			Atividades	Recursos		
Introdução	- Divulgar o tema e os objetivos da sessão	- Apresentação do formador; - Divulgação do tema e motivação dos participantes; - Divulgação dos objetivos da sessão;	- Exposição oral pela formadora.	Computador e projetor multimédia	Expositivo (exposição oral com recurso a slides de apoio)	5 min
Desenvolvimento	- Identificar a família enquanto unidade de cuidados	- Conceitos centrais do (MDAIF);	- Exposição oral pelo formador;	Computador e projetor	Interrogativo Expositivo	40 min
	- Identificar as dimensões da matriz operativa do MDAIF; - Documentar a avaliação das famílias no programa Saúde da Família; - Aumentar a autoperceção da competência para a documentação no programa Saúde da Família sobre a avaliação da família; - Aumentar a perceção sobre a importância da documentação da avaliação da família no âmbito da	- Matriz operativa do MDAIF; - Documentação da avaliação das famílias no âmbito da dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional no programa Saúde da Família do SClínico;	- Debate e análise de um estudo de caso.	Computador e projetor multimédia	(exposição oral com recurso a slides de apoio) Ativo	

	dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional;				
	- Sistematizar a sessão;	- Síntese dos conteúdos;	- Exposição oral pelo formador;	Computador e projetor	- Expositivo 15 min (exposição oral)
		- Abordar com os participantes os critérios para documentar a avaliação de uma família e o período de execução.	- Esclarecer as dúvidas;	multimédia	- Ativo
Conclusão	- Avaliar a perceção dos participantes sobre a sessão de formação.	- Esclarecimento de dúvidas;			
		- Encerramento da sessão.			

ANEXO 8 - Questionário de Avaliação da Ação de Formação

Questionário de Avaliação da Ação de Formação

Documentação no programa de “Saúde da Família” – Apresentação de estudo de caso

Data: 24/01/2024 | Formadora: Carina Cunha

A sua opinião sobre esta ação que terminou é muito importante. Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5, sendo atribuído ao valor 1 “nada” e ao valor 5 "muito" conforme a sua opinião.

A - CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS	1	2	3	4	5
Conteúdos da ação de formação					
Estrutura dos conteúdos					
Interesse/utilidade dos conteúdos					
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados					
Equilíbrio entre a exposição teórica/prática					
Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)					
B - FORMADOR/A	1	2	3	4	5
Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação					
Relacionamento com os/as formandos/as					
Capacidade de motivar para as matérias lecionadas					
Pontualidade / cumprimento do horário das sessões					
C - ORGANIZAÇÃO	1	2	3	4	5
Qualidade e adequação das instalações e equipamentos					
Condições físicas (salas, acessibilidades, etc...)					
Carga horária da sessão					
D - AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	1	2	3	4	5
Concretização dos objetivos propostos					
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					
O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento					
Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colégas					

Obrigada pela atenção.

ANEXO 9 - Grelha de análise de documentação no programa “Saúde Da Família”

Grelha de análise de documentação no programa “Saúde Da Família”

Análise dos registos				Sim	Não	N/A	Informação
Avaliação Familiar	Estrutural	Rendimento Familiar	Tipo de Família				
			Família extensa				
			Escala de <i>graffar</i>				
		Edifício Residencial	Barreiras arquitetónicas				
			Aquecimento				
			Abastecimento de gás				
			Higienização da habitação				
		Precaução e Segurança					
		Abastecimento de água					
		Animal doméstico	Vacinação/desparasitação				
		Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica				
			Comunicação				
			Interação sexual				
			Função sexual				
			Fertilidade				

	Desenvolvimento	Planeamento Familiar	Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional				
			Uso de contraceptivo				
			Conhecimento sobre reprodução				
		Adaptação à gravidez	Conhecimento				
			Comunicação				
			Comportamentos de adesão				
		Papel Parental	Família com filhos pequenos Conhecimento do papel Comportamento de adesão Consenso do papel Conflitos do papel				
			Família com filhos na escola Conhecimento do papel Adaptação da família à escola Comportamento de adesão Consenso do papel Conflitos do papel Saturação do papel				
			Família com filhos adolescentes Conhecimento do papel Comportamento de adesão Consenso do papel Conflitos do papel Saturação do papel				

			Família com filhos adultos Conhecimento do papel Comportamento de adesão Consenso do papel Conflitos do papel Saturação do papel				
	Funcional	Papel do prestador de cuidados	Conhecimento do papel Comportamento de adesão Consenso do papel Conflitos do papel Saturação do papel				
		Processo familiar	Comunicação familiar Coping familiar Papeis familiares Relação dinâmica				

ANEXO 9 - Escala de Zarit

Escala de Zarit

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

Nunca [1] Quase nunca [2] Às vezes [3] Muitas vezes [4] Quase sempre [5]

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
Considera que o seu familiar está dependente de si?					
Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					

Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

<i>Score</i>	<i>Sobrecarga</i>
≤ 21	Ausência de Sobrecarga
21 - 40	Sobrecarga moderada
41 - 60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga Severa

ANEXO 10 – Escala do autocuidado FADA (versão reduzida)

	Dependente participa	não	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Autocuidado: Andar					
Suporta o próprio corpo na posição de pé					
Sobe e desce degraus					
Percorre distâncias moderadas					
Autocuidado: Transferir-se					
Transfere-se da cama para a cadeira/ cadeirão e da cadeira/ cadeirão para a cama					
Autocuidado: Virar-se					
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro					
Autocuidado: Elevar-se					
Levantar parte do corpo					
Autocuidado: Uso do sanitário					
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira					
Ergue-se da sanita					
Ajusta as roupas após a higiene íntima					
Autocuidado: Alimentar-se					
Prepara os alimentos para ingestão					
Abre recipientes					
Pega no copo ou chávena					
Leva os alimentos à boca com os utensílios					
Autocuidado: Arranjar-se					
Penteia ou escova os cabelos					
Cuida das unhas					
Aplica o desodorizante					
Mantém a higiene oral					
Autocuidado: Vestir-se e despir-se					
Escolhe as roupas					
Veste as roupas na parte inferior do corpo					
Abotoa as roupas					
Usa cordões para amarrar					
Calça as meias					
Autocuidado: Tomar banho					
Obtém objetos para o banho					
Abre a torneira					
Lava o corpo					
Autocuidado: Tomar a medicação					
Prepara os medicamentos					
Toma os medicamentos					

ANEXO 11 – Índice de Barthel

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as actividades básicas de vida diária. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

Índice de Barthel	Pontuação
A. Actualmente, relativamente à sua higiene pessoal: ☐ 1 Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho ☐ 0 Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
B. Actualmente, consegue tomar banho: ☐ 1 Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro ☐ 0 Não consegue tomar banho sozinho	
C. Actualmente, consegue vestir-se: ☐ 2 Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) ☐ 1 Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) ☐ 0 Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	
D. Actualmente, consegue alimentar-se: ☐ 2 Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho ☐ 1 Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. ☐ 0 Não consegue alimentar-se sozinho	
E. Actualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? ☐ 3 Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade ☐ 2 Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) ☐ 1 Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira ☐ 0 Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	
F. Actualmente, consegue subir e descer escadas ☐ 2 Consegue subir e descer escadas ☐ 1 Precisa de ajuda para subir e descer escadas ☐ 0 Não consegue subir ou descer escadas	
G. Actualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se ☐ 3 Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.) ☐ 2 Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa ☐ 1 Consegue andar sozinho em cadeira de rodas ☐ 0 Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	
H. Actualmente, tem controlo na função intestinal ☐ 2 Controla bem esta função ☐ 1 Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes ☐ 0 Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	
I Actualmente, controla a função urinária ☐ 2 Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos ☐ 1 Perde urina acidentalmente ☐ 0 Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	
J Actualmente, consegue ir à casa de banho ☐ 2 Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho ☐ 1 Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisa sozinho ☐ 0 Não consegue ir à casa de banho sozinho	
PONTUAÇÃO FINAL	

ANEXO 12 - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

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	2	

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	1	
	TOTAL		
150-200: menor probabilidade de incidência de doenças			
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			

ANEXO 13 - APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encarar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
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.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família			
Total:			

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional

4 a 6 – Família com moderada disfunção

0 a 3 – Família com disfunção acentuada

