

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

**Famílias Nucleares com Membro da Família a Vivenciar
Transição para a Reforma - Projeto de Desenvolvimento de
Competências Clínicas Especializadas na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**

Relatório de Estágio

Juliana Magalhães Ferreira

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

FAMÍLIAS NUCLEARES COM MEMBRO DA FAMÍLIA A
VIVENCIAR A TRANSIÇÃO PARA A REFORMA -
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA
ÁREA DE ENFERMAGEM SAÚDE FAMILIAR

NUCLEAR FAMILIES WITH FAMILY MEMBER TO
EXPERIENCE TRANSITION TO REFORM - PROJECT TO
DEVELOP SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN THE FIELD
OF FAMILY HEALTH NURSING

Estágio de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora Maria José Peixoto e coorientado
pela Professora Doutora Ana Vilar.

Juliana Magalhães Ferreira

Porto, 2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que me apoiaram ao longo deste percurso de grande complexidade e, que me ajudaram a tornar este trabalho possível, deixando um agradecimento especial:

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, coordenadora da unidade curricular, pela disponibilidade, orientações e pelo o exemplo de sabedoria da enfermagem de saúde familiar.

À Professora Doutora Maria José Peixoto e à Professora Doutora Ana Vilar, orientadora e coorientadora do estágio, agradeço a disponibilidade, compreensão, incentivo, orientações e confiança demonstrados ao longo deste meu percurso.

À Professora Virgínia Guedes, pelo acompanhamento e orientação ao longo do estágio.

À Enfermeira cooperante, pela sua dedicação, orientação, amizade e disponibilidade incondicional.

À restante equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar, que me acolheu neste percurso, pela simpatia e disponibilidade demonstrada.

A todas as famílias que mostraram disponibilidade para a concretização deste trabalho, pela disponibilidade, cooperação e confiança depositada na partilha das suas vivências.

À minha família e ao meu namorado, por todo o apoio, incentivo e compreensão nos momentos difíceis. Obrigado, por acreditarem que seria capaz de responder a este desafio.

Por fim, às minhas colegas do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, em especial à Joana Francisca e à Carolina, que se tornaram essenciais ao longo desta caminhada difícil. Com elas partilhei momentos felizes, assim como momentos mais desesperantes, no entanto, com o nosso companheirismo, amizade e motivações constantes tudo se tornou mais fácil.

CHAVE DE SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centro de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

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

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

EAGP - Escala de Autoeficácia Geral Percecionada

EECESF - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

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

EEESF - Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar

EFS - Entrevista Familiar Sistémica

EPFAR - Escala de Posicionamento Face Adaptação à Reforma

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESF - Enfermagem Saúde Familiar

ICPC - *International Classification of Primary Care*

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAI - Processos Assistenciais Integrados

SI - Sistemas de Informação

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidade Funcional

ULS - Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

A Enfermagem de Saúde Familiar presta cuidados de saúde à família como unidade em transformação, ao longo do seu ciclo vital, sujeita a transições normativas e acidentais. Este relatório faz uma descrição crítico reflexiva das atividades desenvolvidas no âmbito das Unidades Curriculares de Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Módulo II, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Com este estágio pretendeu-se desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e também competências comuns do enfermeiro especialista. Definiram-se como objetivos: cuidar das famílias em transição para a reforma, enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; liderar e colaborar nos processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. A prestação de cuidados às famílias e aos seus membros individualmente, teve por base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e a Teoria das Transições respetivamente. Foram utilizadas técnicas transversais e específicas de intervenção familiar na concretização das intervenções implementadas, necessárias para a obtenção de ganhos em saúde nas famílias. Entre as técnicas utilizadas estão questões lineares, reflexivas, circulares, hipotéticas e de escala, e como técnicas de intervenção familiar, foram aplicadas o reenquadramento, conotação positiva, a prescrição paradoxal, o ritual terapêutico, assim como a entrevista motivacional, como técnica de intervenção individual. A área da atenção satisfação conjugal foi o domínio mais afetado pela transição para a reforma, sendo que com as intervenções implementadas, houve uma modificação positiva no estado de diagnóstico em duas famílias. No que se refere à avaliação individual, verificou-se que a falta de conhecimento sobre os recursos existentes na comunidade foi das necessidades mais sentidas, no entanto, foi também possível a modificação positiva no estado de diagnóstico em todos os indivíduos. Ao longo do percurso de estágio, foi identificada a necessidade na equipa de enfermagem de formação, com a temática “Saúde Familiar e Documentação em Enfermagem”. Esta contribui para o desenvolvimento de conhecimentos e competências, assim como para a mudança de comportamentos nas práticas da documentação dos cuidados. Em síntese, todas as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios facilitaram no processo de aquisição de competências e no contributo positivo para as famílias a vivenciar a transição para a reforma.

Palavras-Chave: Transição; Reforma; Envelhecimento; Família; Enfermagem Saúde Familiar

ABSTRACT

The Family Health Nursing provides health care to the family as a unit in transformation, throughout its life cycle, subject to normative and accidental transitions. This report makes a critical and reflective description of the activities developed within the scope of the Curricular Units of Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Módulo II, of the Master's Degree in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, of the Nursing School of Porto. With this internship it was intended to develop specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing and also common competencies of the specialist nurse. The objectives were: to take care of families in transition to retirement, as a care unit and each of its members throughout the life cycle and at different levels of prevention; lead and collaborate in intervention processes within the scope of Family Health Nursing. The provision of care to families and their individual members was based on the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention and the Theory of Transitions, respectively. Cross-cutting techniques and family intervention were used in the implementation of the interventions, which are necessary to obtain health gains in families. Among the techniques used are linear, reflective, circular, hypothetical and scale questions, and as family intervention techniques, reframing, positive connotation, paradoxical prescription, therapeutic ritual, as well as motivational interviewing were applied. The area of marital satisfaction was the domain most affected by the transition to retirement, in which the interventions implemented caused a positive change in the diagnosis status in two families. With regard to the individual evaluation, it was found that the lack of knowledge about the existing resources in the community was one of the most felt needs, however, it was also possible to positively modify the diagnosis status in all individuals. Regarding the nursing team allocated in the internship course, it was identified the need of a formation with the theme "Family Health and Documentation in Nursing". This contributed to the development of knowledge and skills, as well as to the change of behaviours in care documentation practices. In summary, all the activities developed throughout the internships facilitated the process of acquiring skills and the positive contribution for families to experience the transition to retirement.

Keywords: Transition; Retirement; Aging; Family; Family health nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	24
1.1 Descrição do Contexto da Prática	24
1.2 Caracterização das famílias.....	30
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	35
2.1. Prática Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar	35
2.2. Famílias Nucleares a Vivenciar a Transição para a Reforma	37
2.2.1. Envelhecimento Demográfico.....	38
2.2.2. Transição para a reforma: impacto no indivíduo	40
2.2.3. Transição para a reforma: impacto no sistema familiar	45
2.2.4. A importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar no processo de transição para a reforma	48
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	51
3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	51
3.1.1. Família 1	59
3.1.2. Família 2	69
3.1.3. Família 3	76
3.1.4. Família 4.....	83
3.1.5. Família 5.....	91
3.1.6. Avaliação dos Ganhos em Saúde	98
3.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	102
3.2.1. Articulação com equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	102
3.2.2. Gestão do sistema de cuidados de saúde familiar aos diferentes níveis de prevenção	

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	111
CONCLUSÃO	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
ANEXOS	141

ANEXO I - Carteira Básica de Serviços da USF

ANEXO II - Processos Assistenciais Integrados (PAI) em vigor na USF e os respectivos indicadores

ANEXO III - Matriz Operativa do MDAIF versão reduzida

ANEXO IV - Escala de Autoeficácia Geral Percecionada (EAGP)

ANEXO V - Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

ANEXO VI - Panfleto: “Estou reformado(a) e agora? Saiba quais são os recursos existentes na Comunidade

ANEXO VII - Questionário de diagnóstico das necessidades formativas

ANEXO VIII - Análise dos resultados obtidos após aplicação do questionário

ANEXO IX - Plano da formação

ANEXO X - Plano de Sessão da formação ministrada

ANEXO XI - Apresentação da ação de formação ministrada

ANEXO XII - Instrumentos de avaliação da percepção dos formandos da ação de formação

ANEXO XIII - Análise da percepção dos formandos da ação de formação

ANEXO XIV - Análise dos resultados do questionário inicial após ação de formação

ANEXO XV - Certificado de Participação: “*NursID Spring School 2023*”

ANEXO XVI - Certificado de Participação: “1º Encontro de Enfermagem Comunitária - (Re)conhecer e (Trans)formar”

ANEXO XVII - Certificado de Participação: “*Webinar Gratuito: Intervenção Sistémica à Família*”

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF	26
Figura 2 - Problemas ativos da USF	27
Figura 3 - Problemas ativos com percentagem mais elevada relativa ao ficheiro da enfermeira tutora.	31
Figura 4 - Pirâmide Etária dos Utentes inscritos no ficheiro do enfermeiro tutora.	31
Figura 5 - Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance	58
Figura 6 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 1	60
Figura 7 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 2	69
Figura 8 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 3	77
Figura 9 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 4	83
Figura 10 - Genograma da Família 5	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de utentes inseridos nos diferentes programas	30
Quadro 2 - Resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos saúde relativamente à dimensão estrutural do MDAIF	98
Quadro 3 - Resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos saúde relativamente à dimensão de desenvolvimento do MDAIF.....	99
Quadro 4 - Resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos saúde relativamente à dimensão funcional do MDAIF	101

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional - Módulo I e Estágio de Natureza Profissional - Módulo II, integrado no Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Este decorreu nos períodos de 27 de abril a 30 de junho de 2023, num total de 170 horas (Módulo I) e de 18 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, num total de 340 horas (Módulo II), numa Unidade de Saúde Familiar (USF), pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são considerados o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde (Pisco & Pinto, 2020) e pretendem dar resposta às necessidades relacionadas com a saúde individual, das famílias e das comunidades, ao longo do seu ciclo vital, promovendo a sua capacitação nos vários níveis de prevenção (World Health Organization [WHO], 2019). Em Portugal, nos últimos 50 anos, os CSP foram alvo de várias reorganizações, devido à influência de conceitos políticos, económicos, sociais e religiosos de cada época, configurando uma maior acessibilidade, qualidade e responsabilização dos cuidados de saúde prestados (Moreira, 2012; Direção Geral de Saúde [DGS], 2022).

Os primeiros centros de saúde surgiram, em 1971, com objetivo de dar resposta a atividades como vacinação, vigilância de saúde materna e infantil, saúde escolar e ambiental, entendida por saúde pública. Por outro lado, também existiam postos clínicos de serviços médico-sociais das caixas de previdência, onde eram realizadas consultas, visitas domiciliárias, assim como tratamentos de enfermagem. Esta primeira fase manteve-se até ao período revolucionário de 1974-1975 (Branco & Ramos, 2011). Em 1979, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), financiado por impostos, e cobria a totalidade da população com uma rede de centros de saúde e hospitais por todo o país. Em 2005, surgiu a maior reforma dos CSP, originando enormes e inquestionáveis benefícios para a população, que incluiu a reorganização dos centros de saúde e a constituição das USF, integradas por equipas multiprofissionais, voluntariamente constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que prestam cuidados de saúde individuais e familiares, a uma determinada população (Correia et al., 2021; Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

A inclusão da família, como alvo de cuidados de enfermagem nos CSP, surgiu na conjuntura das metas definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na “Saúde 21”, pelo que a meta 15 realça: “no centro deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio” (OMS, 2002, p. 23). Mais tarde, na Declaração de Munique, em 2000, declara “A Cada Família o seu Enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2002). No entanto, só em 2014, no Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, que realça a figura do

enfermeiro de família para a promoção de saúde e prevenção de doença, tendo por base o conhecimento do indivíduo no contexto da família e da comunidade. Em 2017, no decorrer da alteração de alguns aspetos que regiam as USF, explanam que os enfermeiros que constituem as equipas das USF têm de ser detentores do título de Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Decreto-Lei nº73/2017, de 21 de junho). O mesmo sucede no mais recente Decreto-Lei 103/2023, de 7 de novembro. A importância da família nos cuidados de saúde levou, então, à regulamentação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF): “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 nº428/2018, de 16 de julho, p. 19355). O EEESF é o elemento-chave na conceção de cuidados, concebendo:

“a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade. Toma-se como cliente a família como unidade de cuidados, valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde individual dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade (unidade)” (Ordem dos Enfermeiros, 2023, p. 1).

Nesta perspetiva, é importante conhecer o desenvolvimento das famílias, no decorrer do seu ciclo vital, enquanto unidade de transformação, facilitando os processos de transição normativos e não normativos, que exigem adaptação da família e dos seus membros para o funcionamento familiar (Figueiredo, 2012).

A transição para a reforma é um evento normativo do ciclo vital, que ocorre no final da meia-idade, e caracteriza-se por um processo de adaptação à mudança, “num contexto de interação sistémica, cuja a adaptação não se manifesta apenas naqueles que a protagonizam, mas também em todos aqueles que os acompanham e que compõe aquele que é o seu microsistema de referência - “a família”” (Loureiro, 2023, p. 195). É um processo que envolve perdas e ganhos, assim como uma ambivalência da perceção de sentimentos negativos e positivos, podendo acarretar manifestações que podem sentir-se nas diversas áreas do desenvolvimento, assim como na dinâmica familiar (Loureiro, 2023). Esta transição deve ser integrada ao processo de envelhecimento, considerando que, o modo como as famílias e os seus membros encaram este processo, pode influenciar o sucesso de adaptação à reforma (Fonseca, 2011).

O envelhecimento demográfico tem-se evidenciado, nos últimos anos, um fenómeno preocupante para as sociedades modernas. As pessoas vivem mais anos, pelo que é necessário assegurar uma qualidade de vida para as mesmas (Pocinho et al., 2017). Desta forma, considerou-se pertinente avaliar e intervir em famílias nucleares com membros da família a vivenciar a transição para a reforma. A escolha desta temática resultou da caracterização da amostra a 60 famílias do ficheiro da enfermeira tutora.

A realização deste estágio pretende o desenvolvimento de competências no âmbito do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, centradas nos domínios da “Responsabilidade profissional, ética e legal”; da “Melhoria contínua da qualidade”; da “Gestão dos cuidados” e do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4745), assim como do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) (Regulamento nº428/2018, de 16 de julho). Neste sentido, com o objetivo de desenvolver competências em cada uma das unidades, foram definidos os seguintes objetivos específicos: avaliar as famílias com membros da família a vivenciar a transição para a reforma, através de uma abordagem colaborativa, tendo por base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012); avaliar os membros da família a vivenciar a transição para a reforma, de forma individualizada, tendo por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2000); intervir nas famílias e nos seus membros, de forma a responder às necessidades identificadas; formalizar a monitorização e avaliação das respostas das famílias e dos seus membros às intervenções de enfermagem realizadas; articular com outras equipas de saúde, sempre que necessário, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família; garantir o sistema de cuidados de saúde da família, nos diferentes níveis de prevenção, através do desenvolvimento profissional, de forma a promover uma consciência sobre o papel do EECESF.

Para a elaboração deste trabalho, a metodologia utilizada, baseou-se: na consulta e análise de documentos da USF; pesquisa em bases de dados e plataformas dos sistemas de informação: MIM@UF, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) e SClínico; orientações políticas nacionais e do órgão regulador da profissão de enfermagem; pesquisas em bases de dados científicas; leitura e análise de livro, assim como de relatórios/dissertações de mestrado/doutoramento.

Posto isto, e de modo a ser de fácil consulta e dar visibilidade ao trabalho realizado, este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. Posteriormente à introdução, no primeiro capítulo, é apresentada a caracterização do contexto clínico onde foram desenvolvidos os estágios, assim como a caracterização das famílias. O segundo capítulo diz respeito ao enquadramento teórico que sustenta toda a prática clínica desenvolvida. De seguida, no terceiro capítulo, encontra-se descrita: a avaliação e intervenção familiar às diferentes famílias e os ganhos sensíveis às intervenções realizadas; e as atividades desenvolvidas no que se refere à liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF). No quarto capítulo, é descrita uma análise crítico-reflexiva de todo o processo de aprendizagem desenvolvido no decorrer dos estágios, assim como as competências adquiridas ao longo do mesmo. Por último, será apresentada uma conclusão, sintetizando todo o processo formativo, as referências bibliográficas e os anexos.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Neste capítulo será apresentada e descrita a USF onde foi realizado o estágio, nomeadamente os recursos físicos, recursos humanos, modelo de organização e métodos de trabalho, bem como projetos em desenvolvimento. A sua caracterização teve por base a consulta e análise de documentos da USF, nomeadamente o Regulamento Interno e plataformas dos sistemas de informação, como o MIM@UF, BI-CSP e SClínico. Será também descrita a caracterização do ficheiro da enfermeira tutora, decorrente do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I.

1.1 Descrição do Contexto da Prática

As USF's são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que se alicerçam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos, que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. Estes modelos diferenciam-se pelo seu nível de autonomia, pelo sistema de retribuições, assim como incentivos aos profissionais da equipa, como também pela forma de financiamento e respetivo estatuto jurídico (Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho).

A USF onde foram realizados os estágios, é uma unidade funcional (UF), que até 31 de dezembro de 2023, fez parte do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região Norte, criado na base do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, e inserida na Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) desde o dia 30 de outubro de 2006, em Modelo A, tendo sido a primeira USF a surgir no Concelho. Passa posteriormente a funcionar como Modelo B, em maio de 2007, após um processo de avaliação externo e auditoria. A 1 de Janeiro de 2024, a USF passa a fazer parte de uma ULS, resultado da integração das UF's e do ACeS, juntamente com centro hospitalar. Esta reestruturação tem como objetivo melhorar o acesso aos cuidados de saúde dos cidadãos, através de uma estratégia de proximidade e de integração de cuidados, juntando assim os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares.

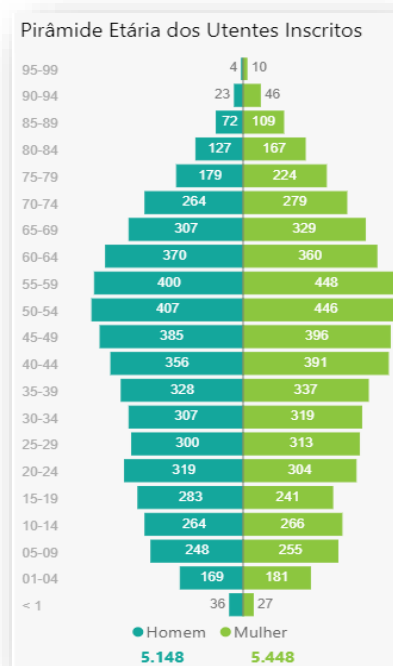
Em todas as USF do SNS, independentemente do seu modelo e dos diversos enquadramentos jurídicos-institucionais que a cada uma possa ser atribuído, existe um compromisso assistencial nuclear, denominado carteira básica de serviços definida no Anexo I da Portaria 1368/07, de 18 de outubro. A USF assume o compromisso básico de serviços em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem: núcleo base de serviços clínicos, secretariado clínico/administrativo, funcionamento, dimensão da lista de utentes e formação contínua (Anexo I).

O Regulamento Interno descreve que a unidade tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença a indivíduos e famílias, nas diferentes fases da vida, de forma acessível, contínua, global e em rede com as outras unidades e demais instituições de saúde do SNS. Como visão, a unidade pretende ser referencial de competência e de qualidade pelos desempenhos funcionais de cada profissional e da equipa (serviços clínicos e de secretariado administrativo, formação contínua, intervenção na comunidade) conduzindo a mais e melhor saúde e a uma maior satisfação para os utilizadores e profissionais. Relativamente aos valores da USF, fazem parte o espírito de equipa; cultura inventiva e criativa; aprendizagem pela formação individual e coletiva; melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; avaliação; transparência na relação; eficácia e eficiência na aplicação de recursos; deontologia e ética; higiene e conforto. Ainda sobre os valores, relativamente à prestação de serviços, são: equidade no tratamento; disponibilidade; acessibilidade; adequação das respostas perante as necessidades; independência; cooperação com as parcerias e abertura ao exterior. Os princípios que regem esta unidade baseiam-se, sobretudo, na conciliação pelo assegurar de cuidados personalizados; solidariedade entre todos os elementos da equipa, de cada setor profissional; cooperação entre todos; autonomia técnica e funcional no cumprimento do plano de ação; gestão participativa com distribuição de tarefas e responsabilidades; assunção coletiva do Regulamento Interno e Carta da Qualidade.

Esta unidade está localizada numa vila (meio rural) com união a mais três freguesias, com 34,16 km² de área e 15 956 habitantes, segundo os censos de 2021 (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Esta abarca, numa perspetiva de prestação de cuidados de saúde, a população da união das quatro freguesias, como também de outras cinco freguesias dada a proximidade/contiguidade e forte mobilidade local que se verifica, numa perspetiva de ganhos de acessibilidade e prestação de cuidados. Embora cada uma das outras localidades da união de freguesias tenham a sua unidade de saúde, todas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

A cada utente inscrito é atribuído um médico de família e a cada família um enfermeiro de família, sempre que possível, tendo em consideração os agregados familiares e a escolha das famílias. Segundo o BI-CSP, a USF tinha, até 11 de maio de 2023, cerca de 10596 utentes inscritos, sendo este número, naturalmente, dinâmico. Na Figura 1 é apresentada a pirâmide etária dos utentes inscritos na USF.

Figura 1 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF



Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários, 2023.

Através da análise da pirâmide acima apresentada, podemos inferir os seguintes dados: utentes com menos de 14 anos são cerca 1446 utentes (717 do sexo masculino e 729 do sexo feminino), o que representa 13,7% da população inscrita. Os utentes com idade igual ou superior a 65 anos são 2140 (1164 do sexo feminino e 976 do sexo masculino), o que representa 20,2% da população inscrita. A relação de substituição de gerações (15 - 39 anos/40 - 64 anos) é de 0,77 (3051/3959), sendo que um índice <1,0, significa que as novas gerações não têm capacidade de substituir as mais antigas. O índice de dependência total, relativo à população da USF, é de 51,2% e de idosos é de 30,5%, podemos constatar que a unidade apresenta um índice de dependência e de idosos inferior ao nacional, que é de 56,5% e 36,8%, respetivamente (BI-CSP, 2023).

A lista de problemas ativos dos utentes é considerada um elemento fundamental nos CSP, uma vez que proporciona uma visão de conjunto integrada do estado de saúde passado e presente do utente. Tem como vantagens: um registo permanente dos problemas significativos; permite a comunicação entre profissionais de saúde, planeamento de cuidados e implementação de programas de prevenção e rastreio; facilita a monitorização de doenças prolongadas; entre outras (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2023). Na figura abaixo (Figura 2) podemos observar os problemas ativos com maior proporção da unidade, de acordo com o BI-CSP (2023).

Figura 2 - Problemas ativos da USF

ICPC	Nº Ut.	Proporção
T93 - Alteração dos lípidos	3.599	43,51%
T83 - Excesso de peso	3.273	39,57%
P74 - Distúrbio ansioso/estado de ans...	2.649	32,02%
P76 - Perturbação depressiva	1.998	24,15%
F91 - Erro de refração	1.644	19,87%
P06 - Perturbação do sono	1.622	19,61%
T82 - Obesidade	1.612	19,49%
L84 - Síndrome da coluna sem irradia...	1.478	17,87%
D87 - Alteração funcional do estômago	1.419	17,15%
K86 - Hipertensão sem complicações	1.379	16,67%
L86 - Síndrome da coluna com irradia...	1.265	15,29%

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários, 2023.

De acordo com a Figura 2, os problemas de saúde mais prevalentes nesta população, segundo a *International Classification of Primary Care* (ICPC - 2), são a alteração dos lipídios (43,51%), o excesso de peso (39,57%), o distúrbio ansioso/estado de ansiedade (32,02%) e a perturbação depressiva (24,15%). Comparando com os problemas ativos a nível nacional, a alteração dos lípidos permanece, também, em primeiro lugar com 29,49%, seguindo o excesso de peso com 26,76%. No entanto, o distúrbio ansioso/estado de ansiedade e a perturbação depressiva, não se encontram nos principais problemas ativos (BI-CSP, 2023).

A equipa multiprofissional da unidade é constituída por seis médicos (mais dois médicos internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar), seis enfermeiros (dos quais um especialista em Enfermagem Comunitária; três especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar [ECESF] e duas especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia) e quatro secretários clínicos. Segundo o Decreto-Lei nº 73/2017, de 21 de junho, os enfermeiros que integram as equipas, terão de ser detentores do título de especialista em ESF. Dando importância à necessidade dotar os enfermeiros de conhecimentos e competências, que possibilitem o conhecimento e compreensão das dinâmicas internas da família (Henriques & Santos, 2019).

Como apoio à equipa multiprofissional, a USF conta com:

- Duas Assistentes Operacionais;
- Dois Seguranças;
- Três Técnicos Superiores de Apoio (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados - URAP): Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social.

Relativamente aos recursos físicos, a USF beneficiou da construção de instalações próprias para o efeito e é composta por um piso térreo, uma cave e um parque de estacionamento exterior. O piso térreo é constituído por uma grande sala de espera, logo à entrada, com espaço infantil delimitado e instalações sanitárias para os utentes. A secretaria é constituída por duas áreas

distintas, a área de atendimento ao público e, por trás desta, uma área reservada para trabalho administrativo (*BackOffice*). Ao longo do corredor, distribuem-se 12 consultórios:

- Quatro consultórios de enfermagem (um gabinete para cada duas profissionais do setor), sendo que um deles é utilizado como sala de tratamentos;
- Oito consultórios para consultas médicas, dos quais um para cada um dos seis profissionais do setor, um consultório multifunções (ocupado pelo assistente social, nutricionista e por médicos internos) e uma sala com marquês ginecológica.

Ainda dispõe de uma pequena arrecadação para serviços de limpeza, três espaços para resíduos de risco biológico, de limpos e sujos, instalações sanitárias de serviço, com um gabinete por gênero e *hall* comum, sala de reuniões e sala de refeições. Na cave, de acesso por escadaria do parque de estacionamento, existem duas dependências que servem de arrumos, um para equipamento/material administrativo e outra para equipamento/material clínico. Na zona exterior está disponível um parque de estacionamento para funcionários e alguma zona verde circundante.

O horário de funcionamento e de atendimento do utente é das 08h00 às 20h00, de 2^a a 6^a, exceto feriados, assegurando, durante o seu período de funcionamento, atividades médicas, atividades de enfermagem e serviços administrativos a todos os utentes com marcação prévia. Também asseguram o atendimento de situações de doença aguda/subaguda no próprio dia, quer em termos médicos, quer em termos de enfermagem. Cada médico e enfermeiro tem, no seu horário diário, períodos explícitos de consulta para atendimento a situações agudas/subagudas, (situações que necessitam de avaliação e orientação no dia, com a maior celeridade possível, que pode resultar, ou não, em consulta presencial). Fora deste horário, o atendimento de situações agudas e/ou subagudas é garantido pelas alternativas assistenciais, nomeadamente serviço de urgência do hospital de referência e atendimento complementar numa unidade a cerca de 13km, com horário de funcionamento das 20h00 às 23h00, nos dias úteis, e das 9h00 às 20h00 nos fins-de-semana e feriados.

Está descrito no Regulamento Interno, que a unidade tem por base o trabalho em equipa, tendo em conta:

- Os princípios de organização da USF, tendo como visão o princípio da beneficência do cidadão e dos seus profissionais;
- A cada cidadão inscrito é atribuída uma equipa de saúde familiar constituída por médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico de família;
- A informação de serviço circula entre todos os profissionais, preferencialmente, por via eletrónica;
- Todos os cuidados a prestar são preferencialmente agendados para um dia e uma hora;

- Sempre que possível, os cuidados a prestar devem ser realizados pelo respetivo médico ou enfermeiro de família;
- O horário de funcionamento da USF, bem como os horários dos profissionais e os seus períodos de ausência, devem ser afixados em local de livre acesso dos utentes;
- Cada profissional assume a responsabilidade de conhecer as regras de funcionamento da USF, de forma a estar habilitado para informar convenientemente os cidadãos.

O mesmo aponta que a equipa desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa, funcional e técnica, mantendo a sua dependência hierárquica, em termos disciplinares e de avaliação de desempenho, e numa lógica de rede, com outras unidades. A sua intervenção ocorre em diversos domínios sendo eles:

- Promoção e vigilância da saúde e prevenção da doença, individual e familiar, nas diversas fases da vida;
- Vigilância, de acordo com as circulares normativas da DGS;
- Cuidados em situações de doença aguda (atendimento, referenciação; estabilização da situação; execução de planos terapêuticos; educação para a recuperação);
- Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla (vigilância, aconselhamento e educação; aceitação da doença; autovigilância; adesão ao regime terapêutico; autocuidado; competências de autocontrolo);
- Cuidados no domicílio, residência do doente (raio de quatro quilómetros), em consultas programadas ou não programadas, a doentes com dependência física ou funcional que impeça o doente de se deslocar à USF;
- Consultas não programadas a pedido do doente/familiar/cuidador só por critérios clínicos e aceites pelo profissional;
- Interligação e colaboração em rede com outros setores, serviços no âmbito da saúde, por via de eventual referenciação e envolvimento de outras especialidades, recursos ou níveis de diferenciação, quando necessário em termos de diagnóstico, tratamento e reabilitação;
- Garantias de continuidade de cuidados;
- Comunicação e colaboração com os serviços de saúde pública e autoridade de saúde tendo em conta a proteção da saúde pública;
- Certificação de estados de saúde e doença na sequência de atos médicos praticados no cumprimento da resposta ao direito da saúde dos cidadãos.

Tendo por base os Processos Assistenciais Integrados (PAI), trabalhados em cada ano, à USF importa que, no final do ano, se faça uma avaliação da sua implementação e desempenho, tendo em conta as metas atingidas nos diversos indicadores temáticos e a eles relacionados, e referentes a dezembro de cada ano civil. Um PAI pretende impulsionar uma estratégia que se traduza na prestação de cuidados de saúde de qualidade, centrados no doente, em tempo útil

e de forma adequada, incluindo um conjunto de atividades, coordenadas e interligadas, efetuadas ao longo de todo o percurso que um utente com determinada doença recebe na USF. Nesse sentido, para cumprimento destes pressupostos, a equipa da USF, definiu metas nos vários indicadores de monitorização com perspetiva da continuidade de melhoria em todos os PAI (Anexo II).

Para além disso, faz parte do projeto de melhoria contínua da qualidade da unidade, o processo de acreditação. Este processo teve início em fevereiro de 2022, foi realizado no dia 12 de janeiro de 2023, pela Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía, e terminado em junho do mesmo ano para correção de conformidades.

1.2 Caracterização das famílias

Para uma caracterização do ficheiro da enfermeira tutora, considerou-se pertinente fazer uma avaliação geral ao mesmo. A equipa de enfermagem da USF presta cuidados de saúde aos utentes, sobretudo do seu ficheiro, no âmbito de atos e consultas de enfermagem. A enfermeira tutora tem, no seu ficheiro, 1771 utentes e presta cuidados de enfermagem a um grupo de 641 famílias. Perante estes números podemos constatar que os valores se encontram acima do que é recomendado por enfermeiro de família, não estando dentro do que são as dotações seguras (um enfermeiro por 1550 utentes, ou 1917 unidades ponderadas; um enfermeiro por 350 famílias) para uma boa prática de cuidados especializados às famílias (Regulamento 743/2019, de 25 de setembro).

Através dos dados fornecidos pelo programa MIM@UF foi construído um quadro (Quadro 1) com o número de utentes inseridos nos diferentes programas nacionais de saúde.

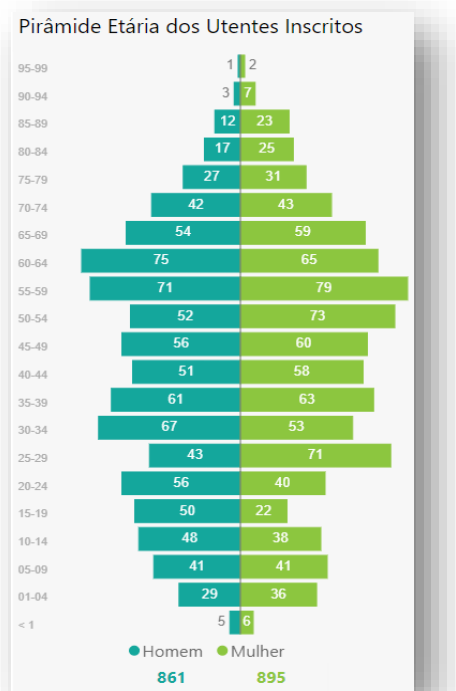
Quadro 1 - Número de utentes inseridos nos diferentes programas

Saúde Reprodutiva/ Planeamento Familiar (Mulheres em idade fértil)	566
Saúde Infantil	335
Saúde Juvenil	126
Saúde das pessoas idosas	258
Saúde Reprodutiva/ Saúde Materna	5
Diabetes Mellitus	214
Doenças Cérebro-Cardiovasculares/Hipertensão Arterial	445
Dependentes	4

Fonte: Dados retirados do SClínico no dia 04/05/2023.

Através dos dados expostos no Quadro 1, podemos deduzir que a população inscrita na lista, em geral, não é uma população muito envelhecida (14,57%), visto que se encontra abaixo da média da população idosa em Portugal (23,04%) (Pordata, 2023b). De seguida, é apresentada também a pirâmide etária dos utentes inscritos (Figura 3) e os problemas ativos com proporção mais alta do mesmo ficheiro (Figura 4) (BI-CSP, 2023).

Figura 4 - Pirâmide Etária dos Utentes inscritos no ficheiro do enfermeiro tutora.



Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários, 2023.

Figura 3 - Problemas ativos com percentagem mais elevada relativa ao ficheiro da enfermeira tutora.

ICPC	Nº Ut.	Proporção
T93 - Alteração dos lípidos	866	51,92%
T83 - Excesso de peso	617	36,99%
P74 - Distúrbio ansioso/estado de ans...	459	27,52%
P76 - Perturbação depressiva	379	22,72%
T82 - Obesidade	361	21,64%
D87 - Alteração funcional do estômago	356	21,34%
L86 - Síndrome da coluna com irradia...	344	20,62%
L91 - Osteoartrose outra	344	20,62%
F91 - Erro de refração	331	19,84%
R97 - Rinite alérgica	321	19,24%
K95 - Veias varicosas da perna	309	18,53%

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários, 2023.

De acordo com os dados apresentados, referentes ao mês de abril de 2023, podemos verificar que vão de encontro aos problemas ativos da USF. Para além das alterações dos lípidos, excesso de peso e obesidade, o distúrbio ansioso/estado de ansiedade e a perturbação depressiva encontram-se nos problemas ativos com maior percentagem. Comparando os mesmos também com os dados do ACeS, o diagnóstico de distúrbio ansioso/estado de ansiedade e perturbação depressiva não se encontram nos primeiros cinco problemas ativos com maior proporção (BI-CSP, 2023).

As doenças mentais mais comuns, como exemplo as perturbações depressivas e ansiedade, em conjunto, são a principal causa de incapacidade e carga de doenças nos países desenvolvidos (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, 2023). A mesma fonte, refere que menos de 20% das pessoas afetadas recebem cuidados adequados. A DGS (2017), reconhece que a Saúde Mental é um problema que requer maior atenção por parte dos CSP, enfatizando o seu papel na promoção da saúde e prevenção da doença mental.

Após a caracterização geral do ficheiro da enfermeira tutora, de seguida, foi realizada a caracterização específica do ficheiro da mesma, isto é, do total de 641 famílias foi selecionada uma amostra de 60 famílias. A seleção desta amostra de conveniência, tendo por base a agenda da enfermeira e aproveitando a deslocação do (s) membro (s) das famílias à unidade, para uma mais fácil colheita de dados. Foi criada uma tabela síntese da informação recolhida no momento da colheita de dados, fazendo parte desta: a identificação da família de forma numerária, nº de elementos da mesma com as respetivas idades e sexo, subsistema familiar, profissão e grau de escolaridade, origem dos rendimentos, existência de animal doméstico, membro da família dependente, antecedentes relevantes e vivência de transições familiares. Através desta colheita de dados, foi possível classificar as famílias quanto à sua tipologia, fase do ciclo vital, subsistema familiar, bem como classe social. Toda a informação colhida foi documentada no processo das famílias, no âmbito do programa “Saúde da Família”, no sistema de informação SClínico.

A avaliação das famílias teve por base o referencial teórico e a matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012). Este é um modelo que contribui para a tomada de decisão clínica dos enfermeiros nos cuidados prestados às famílias, que tem por base o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) (Figueiredo, 2023a). Estes últimos modelos foram considerados o referencial teórico a ser usado, no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na prática clínica, a 14 de março de 2023, pela ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Ambos assentam no pensamento sistémico, considerando a família, como unidade de cuidados, valorizando, simultaneamente, a saúde individual de cada membro da família (Figueiredo, 2023a; Ordem dos Enfermeiros, 2023).

De acordo com os dados colhidos às 60 famílias, com um total de 170 indivíduos, foi possível constatar que a média do número de membros que constituíam as famílias era de 2,9, e a média de idades de 48,8 anos com um desvio padrão de 21,9 anos (idade mínima de 4 meses e idade máxima de 85 anos), sendo que 54,0% se encontram no intervalo de idades de 18-64 anos e 65,0% das famílias tinham pelo menos um membro da família com idade superior a 65 anos; a idade média dos membros do subsistema conjugal é de 61,5 anos e 48,0% dos membros das famílias pertenciam ao sexo masculino e 52,0% ao sexo feminino.

Quanto à tipologia das famílias, foram classificadas segundo o autor Potter e Perry (2003), uma vez que a nomenclatura do sistema de informação SClínico era “nuclear - com ou sem filhos”. Assim sendo, as famílias nucleares representam 87,0% do total das famílias, seguindo-se o tipo de família monoparental com 8,0%, família do tipo alargada com 3,0% e família do tipo unitária com 2,0%. No que se refere aos subsistemas presentes nas famílias, destaca-se, com 40,0%, o subsistema conjugal, 27,0% o subsistema conjugal e parental, seguido de 23,0% o subsistema parental, fraternal e conjugal e 8,0% o subsistema parental e fraternal. Relativamente à etapa

do ciclo vital, esta foi classificada de acordo com o autor Duvall e Miller (1985), seguindo também a nomenclatura do SClínico. Deste modo, das famílias nucleares, 35,0% estavam na etapa de família com filhos adultos, seguindo-se de 28,0% na etapa de família idosa, 12,0% estavam na etapa de família de meia-idade, 3,0% estavam na etapa de família com filhos adolescentes, 3,0% estavam na etapa de família com filhos em idade escolar e, por fim, 2,0% estavam na etapa de família sem filhos, com filhos pequenos e com filhos em idade pré-escolar, respetivamente. Do que diz respeito às famílias alargadas, uma delas estava na etapa de família com filhos adultos e outra na etapa de família com filhos em idade escolar. No que toca às famílias monoparentais, 60% pertencia à etapa de família com filhos adultos e 40% à etapa de família com filhos pequenos. No que se refere à classe social, foi possível identificar que 63,0% das famílias se situavam na classe média, seguindo a classe média/baixa em 22,0% das famílias e a classe média/alta com 15,0% das famílias.

Entre as 60 famílias, 80,0% apresentava pelo menos uma doença crónica, nomeadamente, hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão, dislipidemia, eventos cardiovasculares, ansiedade, neoplasia da mama, hiperplasia benigna da próstata, alterações da tiroide, demência, doença degenerativa. As mais prevalentes são, sem dúvida, a hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia. Foi igualmente identificado o número de famílias com pelo menos um membro da família dependente, que correspondia a uma família nuclear.

No que se refere às famílias com pelo menos um membro com idade ≥ 65 anos, apenas uma família é alargada, outra unitária e três monoparentais, as restantes são famílias nucleares. Foi possível observar que 21 destas famílias apresentavam, pelo menos, um membro da família com idade entre os 64 e 68 anos, representando, no geral, 35,0% das famílias nucleares, sendo que destas 35,0%, 86,2% eram constituídas por membros em situação não ativa.

Relativamente ao número de famílias com pelo menos uma mulher em idade fértil, apenas foram identificadas 11,7% (correspondendo a sete famílias do total de 60). Destas famílias nenhuma mulher se encontrava grávida; quatro são famílias nucleares, duas são famílias monoparentais e uma era alargada.

Cerca de 18,3% das famílias encontravam-se a vivenciar pelo menos uma transição, quer seja ela desenvolvimental (reforma, adaptação à gravidez, adaptação à parentalidade), do tipo acidental saúde-doença e situacional (divórcio, luto).

Tendo em conta os dados colhidos, o perfil que mais prevalecia nas 60 famílias é o seguinte: 35,0% famílias nucleares com subsistema conjugal, 65,0% das famílias tinham pelo menos um membro da família com idade superior a 65 anos, sendo que destas, 86,2% eram constituídas por membros em situação não ativa.

A transição para a reforma ocorre no final da meia-idade, e, se esta não for bem-sucedida, pode acarretar alterações no funcionamento familiar (Loureiro, 2011). Deste modo,

considerando também que a idade que mais prevalece no ficheiro da enfermeira tutora é entre os 55 e 64 anos, tornou-se pertinente dirigir a prestação de cuidados a famílias do tipo nuclear (com ou sem filhos), a vivenciar a transição para a reforma, de modo a perceber que impactos esta tem no indivíduo e na família, no sentido de minimizar os constrangimentos que possam advir. Segundo Loureiro (2023, p. 196), “...uma boa adaptação a esta transição poderá ser decisiva para um envelhecimento bem-sucedido, mais imperiosa se torna a efetiva intervenção durante a fase adulta das famílias”.

A seleção das famílias para a avaliação e intervenção, no estágio II, teve por base os seguintes critérios de inclusão: membro da família com idade entre os 64 e 68 anos, a vivenciar a transição para a reforma há três ou menos anos, não mantendo atividade laboral, e disponíveis para consultas de enfermagem. Segundo Pordata (2022), em 2021, a idade média da reforma segundo o sexo era de 64,4 anos, no sexo masculino, e de 65 anos, no sexo feminino, deste modo foi selecionado a idade mínima 64 anos e idade máxima 68 anos, visto que a reforma está preconizada aos 66 anos e quatro meses. Foi também selecionado um período máximo de três anos em relação à entrada na reforma, visto que, segundo Sohier et al. (2021), após dois anos, as pessoas relatam um nível mais baixo de satisfação com a vida do que no início da reforma. Da aplicação dos critérios de inclusão, no processo de seleção, resultou um total de cinco famílias.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nos subcapítulos que se seguem será exposto o enquadramento teórico, no que diz respeito ao estado atual do conhecimento sobre a temática que irá ser apresentada, contribuindo, assim, para aprofundar os conceitos-chave e as relações que os une (Vieira, 2018). Deste modo, este capítulo irá realçar o estado da arte relativamente à prática clínica em ESF e o conhecimento atual sobre a temática em estudo: “Famílias Nucleares com Membro da Família a Vivenciar a Transição para a Reforma”, aprofundando a mais recente evidência sobre o envelhecimento demográfico, o impacto da transição para a reforma no indivíduo e nas famílias, como também, a importância do EEESF no contexto desta transição.

2. 1. Prática Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar

Ao longo das últimas décadas, foram colocados novos desafios aos enfermeiros das USF, devido às alterações que existiram no paradigma dos cuidados. Para além de contribuírem para a promoção da saúde familiar e coletiva, estes enfermeiros desenvolveram também, a função de gestor e organizador de recursos potencializadores do bem-estar da família, enquanto sistema transformativo, garantindo qualidade na prestação de cuidados de saúde e segurança, à família como unidade, nas diferentes fases de vida do indivíduo e da família, nos vários níveis de prevenção (Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, s.d.; Afonso & Gomes, 2021).

A prática da enfermagem com as famílias tem sido influenciada por diferentes modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, que são essenciais para a compreensão da natureza dos cuidados prestados e para a conceção da profissão, assegurando, assim, um exercício profissional rigoroso que assenta nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico(a) apresenta (Martins, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2023). Existem três pilares determinantes no desenvolvimento dos modelos e teorias, nomeadamente, os próprios modelos e teorias de enfermagem, as teorias da ciência social da família e as teorias da terapia familiar (Kaakinen et al., 2015).

Os referenciais teóricos permitiram o desenvolvimento de diferentes modelos de avaliação e intervenção familiar, nomeadamente o MCAF, divulgado em 1984; o MCIF, lançado em 1994, surgindo agregado ao primeiro; e o MDAIF, publicado em 2009. Este último, foi desenvolvido e operacionalizado em Portugal pela autora Maria Henriqueta Figueiredo (Figueiredo, 2012). O MDAIF é o modelo de referência na prática do EEESF, adotado pela Ordem dos Enfermeiros, a 7 de dezembro de 2011, ano em que também foi criado o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, englobando a família

como unidade de cuidados. Tem como fonte teórica o MCAF a o MCIF, modelos estes que, a 10 de março de 2023, a ordem dos enfermeiros considera como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Para além destes modelos, a Associação Internacional dos Enfermeiros de Família, em 2015, considera também a inclusão do Modelo de Forças (International Family Nursing Association, 2015). Este modelo tem como objetivo focar nas forças, potencialidades e recursos da família e da comunidade, em detrimento dos défices, problemas e fragilidades (Kraus & Silva, 2023). A Ordem dos Enfermeiros acrescenta ainda a Teoria Geral dos Sistemas e a Teoria das Transições:

“Com foco o indivíduo enquanto sistema aberto em constante interação e transformação, e que pelas suas características, facilmente se aplica à família, comunidade ou grupo, contribuindo também para a necessária colaboração interdisciplinar e multiprofissional necessárias ao cuidar do grupo de conviventes unidos por graus de parentesco ou laços afetivos” (Ordem dos Enfermeiros, 2023, p. 2).

Em todos estes modelos e teorias, assume-se a família como cliente e como unidade de cuidados, que tem vindo a realçar-se pelas diversas políticas de saúde implementadas em Portugal. Estas, evidenciam o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, com o intuito de promover e manter a saúde familiar (Frade et al., 2021). Segundo a evidência, a preocupação em integrar a família como foco de atenção dos cuidados de enfermagem iniciou-se desde Florence Nightingale (Figueiredo, 2012).

A enfermagem de saúde familiar assume que cada família é única e, que esta, corresponde a um grupo de indivíduos que interagem entre si, e os seus vínculos, no espaço, como o ambiente social em que estão inseridos, entendido como contexto (Feldner et al., 2018). É o todo que é mais, e diferente, que a soma das suas partes, e o todo está em cada uma das partes, assumindo a família como um sistema aberto de inter-relações e complexidade, que aglomera um sistema de valores, conhecimentos e práticas (Figueiredo, 2012). A definição de enfermagem de saúde familiar compreende três conceitos que dizem respeito ao indivíduo, à família e à comunidade, com o propósito de promover a saúde familiar (Hagedoorn et al., 2017). A saúde familiar refere-se a um estado subjetivo e um processo dinâmico de ajustamento, que abarca a saúde de cada membro de forma individual, assim como os aspetos do funcionamento familiar (Figueiredo, 2012). O EEESF é responsável pela capacitação e *empowerment* da família, promovendo a saúde familiar, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento (Figueiredo & Fonseca, 2023).

Em Portugal, o EEESF apresenta um papel com uma complexidade crescente, enfrentado desafios permanentes, devendo compreender a família como uma unidade de cuidados que se encontra em transformação constante, submetida a transições normativas e/ou situacionais, decorrentes do seu processo de desenvolvimento (Regulamento nº367/2015, de 29 de junho). Os cuidados de enfermagem à família desenvolvem-se através da interação entre enfermeiro e

família, através de um relacionamento interpessoal, significativo e terapêutico, cujos cuidados têm como objetivo preparar e capacitar a família na prestação e envolvimento de cuidados de cooperação, de modo a obter uma maior qualidade nos cuidados prestados, através de um paradigma que possibilite compreender a sua complexidade, globalidade, mutualidade e multidimensionalidade, que considera a autenticidade da família (Figueiredo, 2012; Kholiaf et al., 2018).

Em suma, podemos afirmar que o EEESF desempenha um papel ativo preponderante, uma vez que é capaz de conduzir o bem-estar de todo o sistema familiar, assim como coadjuva no seu desenvolvimento de estratégias de *coping* que são necessárias para a tomada de decisões de forma autónoma (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Hagedoorn et al., 2017). Os modelos e as teorias de enfermagem, ao longo do tempo, foram integrando conceitos fulcrais para as práticas de ESF. A sua prática clínica deve ser centrada na interação com as famílias e os seus membros, individualmente, direcionando o foco preferencialmente para a saúde e não para a doença, com o objetivo de realçar os pontos fortes dos membros da família e da sua estrutura sistémica. Desta forma, numa perspetiva de promoção do bem-estar e saúde familiar, é possível identificar e potenciar, aquelas que são as suas forças e recursos para a resolução de problemas reais e potenciais, contribuindo para ganhos em saúde (Bértolo, 2021).

2. 2. Famílias Nucleares a Vivenciar a Transição para a Reforma

O termo transição refere-se a experiências humanas relatadas como o conjunto das respostas que, ao longo do tempo, são influenciadas por condicionantes intrínsecas e extrínsecas, como também por expectativas e pela perceção dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e capacidades e pelo impacto dessas modificações (Meleis et al., 1994; Meleis & Trangenstein, 1994). As mudanças associadas a este processo, podem afetar a saúde e o bem-estar dos indivíduos, tornando-os mais vulneráveis e expostos a riscos.

As famílias, ao longo da sua trajetória, também experienciam transições, quer sejam elas normativas ou não normativas. No decorrer do seu ciclo vital, as relações e conexões entre os vários membros que as compõem, que não são constantes, resultam da influência de cada uma das fases que a família vivencia e dos problemas que cada uma acarreta (Guerreiro, 2018). Existem também vários papéis na estrutura familiar que vão surgindo e modificando, para ajudar as famílias nas transições para novos estádios, ao longo do seu ciclo vital e a satisfazerem as suas necessidades em cada estadio (Alarcão, 2015). Neste sentido, torna-se fulcral a prestação de cuidados de ESF promovendo a vivência de transições saudáveis, tanto no indivíduo como na família. Para compreender a verdadeira dinâmica familiar, é necessário um estudo contínuo e não apenas num determinado momento, isto é, envolve um olhar permanente

sobre o sistema familiar e os sistemas que o envolvem, de modo a não perder a complexidade sistémica da família (Alarcão, 2015).

Loureiro (2016, p. 41), refere que “a “passagem à reforma” constitui um acontecimento transicional que invariavelmente suscita vulnerabilidades em saúde, sejam elas de índole biofisiológica, psicológica ou social”. Trata-se de um processo que envolve perdas e ganhos, desencadeando uma ambivalência entre sentimentos positivos e negativos e, esta, pode ser acompanhada de um diferenciado grau de stresse, em função da causa e da motivação que estiveram na base da sua ocorrência (Lanchman, 2001; Fonseca, 2011; Loureiro, 2011). Para uma adaptação bem-sucedida a esta transição é necessário que os membros da família encontrem estratégias de reajustamento dos objetivos de vida que até então apresentavam (Loureiro, 2016). A transição para a reforma é considerada uma experiência que não é exclusiva do membro da família que a está a vivenciar, mas também é transversal a toda a família. Desta forma, os cuidados de enfermagem, durante a transição, devem ser de acordo com um modelo muito próprio de intervenção, que harmonize a singularidade dos membros e das famílias que são protagonistas dessa transição (Loureiro et al., 2015a).

2.2.1. Envelhecimento Demográfico

Tem-se verificado, ao longo dos anos, um crescente ritmo de envelhecimento demográfico, com um aumento da longevidade e da população idosa, e uma redução da natalidade e da população jovem (Azevedo, 2022). Em Portugal, como em outros países da Europa, este fenómeno constituiu-se como um dos maiores desafios para a sociedade atual (World Health Organization [WHO], 2020), que tem, inevitavelmente, impacto não só nos serviços de saúde, mas também nos restantes setores (Pocinho et al., 2017; Pires, 2020).

Apesar de as faixas etárias mais velhas representarem uma parte significativa da população, Portugal apresenta um valor baixo no que diz respeito aos anos de vida saudável, encontrando-se abaixo da União Europeia (Vidal et al., 2019). O aumento da longevidade significa o aumento do risco de desenvolver doenças crónicas e incapacidade (Costa et al., 2022; Santinha et al., 2023). Por outro lado, pode também significar menos rendimentos, tendo impacto significativo na saúde. Em 2019, o *European Health Equity Status Report*, afirma que a insegurança financeira, a má qualidade da habitação e do ambiente do bairro de residência, ao capital social e humano, a qualidade dos cuidados de saúde e emprego e condições de trabalho, foram os determinantes que mais influenciaram a saúde (Ministério da Saúde, 2022).

A nível mundial, em 2021, existiam 761 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, sendo que este número tem tendência para mais que dobrar, para 1,6 mil milhões, em 2050 (Organização

das Nações Unidas [ONU], 2023). A população com 65 anos ou mais aumentou de 6% em 1990 para 9% em 2019 e, segundo as projeções, este número irá aumentar para 16% em 2050, esperando-se que uma em cada seis pessoas, em todo o mundo, será idosa. O índice de envelhecimento também duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens. Este aumento deve-se à extensão da longevidade e à redução dos níveis de fertilidade resultando esta mudança na distribuição etária da população (ONU, 2020).

A esperança de vida, aos 65 anos, tem vindo a aumentar significativamente, em consequência de melhores condições de vida, avanços da medicina e do conhecimento científico, aumentando assim a população mais velha (ONU, 2017). Segundo Pordata (2023), em 2021, uma pessoa com 65 e mais anos esperava viver mais 19,6 anos. As projeções para 2080 preveem a manutenção da diminuição na taxa de mortalidade e do ritmo de crescimento da esperança de vida, com a esperança de vida à nascença a atingir 87,92 anos para os homens e 93,30 anos para as mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Esta alteração demográfica acarreta impactos significativos em vários setores da sociedade, nomeadamente, ao nível dos sistemas de proteção social e, relacionadas com estes, as dinâmicas dos mercados de trabalho (Varge, 2023). Os indivíduos irão trabalhar mais tempo, como também permanecem um maior número de anos na reforma (Pedreiro et al., 2021), implicando mudanças e novas formas de envelhecer, causando impactos significativos no conceito de família, na sua estrutura e dinâmica familiar (Ferreira, 2022).

Em Portugal, por cada mil pessoas ativas existem cerca de 341 pensionistas, tornando-se evidente o desequilíbrio entre a população ativa e inativa. Este desequilíbrio afeta, deste modo, os setores da economia e social, pelo que é necessário a criação de serviços que capacitem as pessoas idosas, de modo a prevenir doenças e, neste sentido, diminuir o aumento dos encargos com equipamentos sociais e hospitalares (Silva, 2017).

A Constituição da República Portuguesa de 1976, revista em 2005, afirma no artigo nº72, que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”, como também declara que “a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.” (Lei Constitucional nº1/2005, de 12 de agosto, p. 4654).

Considerando as múltiplas crises que o mundo continua a enfrentar, sendo estas de energia, inflação, ambiental, conflitos, entre outras, o Relatório Social Mundial 2023, refere que, para alcançar um futuro sustentável, é necessário um esforço coletivo no que diz respeito aos direitos e ao bem-estar das pessoas idosas. É notório que existe uma melhoria da qualidade de vida das pessoas, acarretando aspetos positivos, uma vez que permite vidas melhores e mais longas, no entanto, por outro lado, apresenta também impactos negativos, nomeadamente no

âmbito social (ONU, 2023). O aumento crescente da população inativa e a diminuição das taxas de natalidade, geram um problema de sustentabilidade, não existindo capacidade financeira para suportar as necessidades de toda a gente. Deste modo, o governo deve equilibrar a necessidade da sustentabilidade dos sistemas públicos de pensões, com o intuito de garantir a segurança dos rendimentos para todas as pessoas idosas (ONU, 2023).

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida é o caminho para a resposta aos desafios que estão relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população. Este, pode ser encarado de forma diferente de pessoa para pessoa e de sociedade para sociedade (Guerreiro, 2018). O conceito Envelhecimento Saudável significa “desenvolver e manter a habilidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022, p.3). O Envelhecimento Ativo consiste em promover o envelhecimento correspondendo a uma fase da vida com oportunidades e potencialidades (Varge, 2023). Estes dois conceitos surgem como um paradigma para dar resposta aos múltiplos desafios, que resultam deste fenómeno populacional, tendo a família, a comunidade e a sociedade um forte impacto na forma como se envelhece (Pires, 2020). A capacidade intrínseca de um indivíduo (conjunto de capacidades físicas e mentais), o ambiente em que este se insere (ambiente físico, social e político), bem como a interação entre eles, determinam a habilidade funcional (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Uma boa longevidade depende fortemente de um envelhecimento saudável, isto é, para que as pessoas vivam mais anos é necessária uma boa saúde para continuarem a participar e fazer parte integrante das suas famílias e comunidades. Caso contrário, se existir uma saúde débil, esta irá contribuir para o isolamento social ou dependência de cuidados, acarretando consequências negativas para as pessoas idosas, família e sociedade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

2.2.2. Transição para a reforma: impacto no indivíduo

A adaptação e a preparação para a reforma assumem-se como um processo fulcral para assegurar um envelhecimento ativo e saudável (Miranda-Duro et al., 2021). Ao longo da vida, a reforma é encarada pelas pessoas como uma realidade distante, isto é, durante a vida ativa, não revelam pensamentos de preparação para a reforma ou de planeamento desta transição.

De uma forma geral, associa-se a idade da velhice quando se inicia a entrada para a reforma (Pires, 2020). O conceito de velhice encontra-se inevitavelmente associado com a idade em que se começa a perder capacidades essenciais e em que o indivíduo se torna mais dependente devido à deterioração do seu estado geral de saúde (Santos, 2018). Apouey (2020) acrescenta

que o envelhecimento humano se refere a um processo contínuo que compreende mudanças físicas, psicológicas e sociais ao longo do tempo e, que pode ser influenciado por diversos fatores, desde a cultura, o género, a classe social e história de vida. Neste sentido, podemos considerar que o envelhecimento humano não é uma experiência universal e homogênea.

No contexto do mercado de trabalho, é comum que, com o avançar da idade, os indivíduos mais velhos sejam vistos como pessoas menos motivadas, menos produtivas e resistentes às mudanças (Santos, 2018). No decorrer do processo de envelhecimento é uma realidade que o desempenho físico e cognitivo poderá ficar afetado, pelo que a capacidade de processar informações e resolver problemas complexos, ou desempenhar tarefas que exigem mais esforço físico pode se encontrar diminuída. As novas tecnologias e os rápidos avanços tecnológicos também podem contribuir para que os indivíduos mais velhos tenham mais dificuldade em adaptar-se. Contudo, apesar de o desempenho que poderá não ser o mesmo, a experiência, o conhecimento e as competências que possuem, podem compensar todas essas perdas (Santos, 2018). As empresas devem considerar as necessidades particulares dos seus trabalhadores, tendo em conta a fase da sua vida, apoiando-os nos processos de tomada de decisão e de gestão da fase final do seu percurso profissional e na preparação para a saída do mercado de trabalho (Varge, 2023).

Existem diferentes formas de definir o conceito de reforma, no entanto podemos afirmar que se trata de um fenómeno que envolve uma dimensão individual e social e constitui um marco importante na trajetória de vida das famílias (Rocha et al., 2020). Esta caracteriza-se pelo início e, ao mesmo tempo, o fim de uma etapa, que representa a saída do mercado de trabalho (Guerreiro, 2018).

Amoah-Mensah e Darkwa (2016) mencionam que a reforma pode ser iniciada tanto de forma voluntária, isto é, por decisão do/a reformado/a ou involuntária. A decisão do indivíduo para se reformar, muitas vezes de forma precoce, pode ser por diversos motivos, tais como: a área profissional, o número de anos de trabalho, o estado de saúde, término de contrato laboral, como também fatores pessoais e condicionalismos associados (Pedreiro et al., 2021). A alteração do estado de saúde surge como um dos motivos mais frequentes para que a transição para a reforma seja antecipada (Fonseca, 2011; Loureiro, 2011; Souza et al., 2020). Por outro lado, Bratun e Zurc (2022), identificam três principais motivos para adiar a reforma, sendo estes: as considerações financeiras, a realização pessoal e a ligação social. Muitas vezes, os indivíduos, quando atingem a idade normativa da reforma, podem passar por um conflito quando tomam a decisão de adiar a reforma, colocando os seus motivos e preferências pessoais contra o preconceito e expectativas da sociedade (Bratun et al., 2022).

A transição para reforma pode ser vivida de várias maneiras. Podemos destacar as diferenças interindividuais, como por exemplo, as pessoas que trabalham por conta própria não veem a reforma como geradora de oportunidades ou de um futuro diferente. A permanência no

mercado de trabalho contribui para: um dia a dia mais estruturado; possuir uma atividade orientada para objetivos; proporcionar relações interpessoais; desenvolver competências; aquisição de rendimentos económicos; ter acesso à proteção social e, conseqüentemente, para um melhor padrão de vida. Todos estes aspetos são centrais na vida das pessoas (Rebelo, 2021). Em contrapartida, as pessoas com uma qualidade de trabalho mais baixa, veem a transição como libertadora, manifestando níveis de satisfação com a vida e de liberdade, superiores (Sohier et al., 2021).

Tendo em conta ao significado desta vivência, a transição para a reforma pode significar, para um indivíduo, uma fase de prazer e liberdade, no entanto, para outras pessoas pode significar o início da sua desvalorização por parte da sociedade ou, até mesmo, a perda de identidade pessoal. Quando abordamos o processo de transição para a reforma, este deve ser pensado como um todo, incluindo as trajetórias de vida, e os contextos históricos e culturais de cada pessoa. O efeito cumulativo de todas as transições que o indivíduo já experienciou pode, também, influenciar o processo de transição e adaptação à reforma, assim como os contextos e expectativas com a reforma e as emoções e os pensamentos relativamente a projetos futuros (Guerreiro, 2018).

A reforma tem impacto no envelhecimento saudável do indivíduo, podendo este ser positivo ou negativo (Lai et al., 2023). Eibich (2015), Sabbath et al. (2015) e Apouey (2020), afirmam que a transição para a reforma reflete uma saúde melhor, isto é, sem pressões físicas e psicológicas do trabalho, mais tempo para as relações sociais (familiares e amigos) e a realização de atividades para as quais, enquanto trabalhadores, não tinham tido tempo. Contudo, nem sempre o prolongamento da atividade laboral significa envelhecimento ativo e saudável, uma vez que, a maior parte das vezes, os motivos que levam à permanência no mercado de trabalho não estão diretamente associados a uma escolha do indivíduo, mas sim por uma necessidade, nomeadamente financeira (Bratun et al., 2022). A decisão de se reformar pode significar para o indivíduo uma perda de identidade e de estatuto (Seidl et al., 2021). Esta, é acompanhada pelo sentimento de “inutilidade e vazio”, uma vez que se alteram horários e rotinas, deixam de existir as funções e práticas laborais e, conseqüentemente, há mais tempo disponível. Tudo isto acarreta a necessidade de organização e a necessidade de preencher o dia-a-dia à procura de novas motivações (Pires, 2020), podendo assim afetar a saúde mental.

Segundo o estudo de Shiba et al. (2017), a transição para a reforma pode contribuir para o aumento dos sintomas depressivos, sobretudo no sexo masculino. O Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio, alterado pelo Despacho n.º 1225/2018, de 5 de fevereiro, determina a criação do Programa de Saúde Prioritário na área Saúde Mental, que integra a Plataforma para a Saúde Mental. Neste sentido, é fundamental criar e promover a implementação de programas de promoção do bem-estar mental, prevenção e identificação atempada de doenças mentais e dos riscos associados, permitindo uma transição saudável para a reforma das famílias portuguesas

(Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro). Cabe ao EEESF intervir de forma atempada no planeamento e na adaptação a esta transição, de forma a prevenir o surgimento de doenças mentais.

O processo de transição para a reforma pode acarretar muitas mudanças, entre perdas e ganhos, no indivíduo que transita. Este é influenciado por diversos fatores individuais, tais como a história de vida, saúde, estilo de vida, padrão de ocupação do tempo extraprofissional, como também pela relação que o indivíduo estabelece com os contextos envolventes (família, inserção social, relações de convivência, entre outros) (Fonseca, 2014). Estas mudanças afetam os indivíduos de forma diferente, sendo que as respostas às mesmas podem estar relacionadas com os efeitos da reforma e com as causas inerentes ao processo de envelhecimento, que podem surgir em simultâneo com a reforma (por exemplo, surgimento de uma doença crónica, oncológica, etc.) (Rebelo, 2021).

As principais mudanças sentidas pelos indivíduos, no processo de transição para a reforma, são sobretudo na adaptação à alteração das rotinas diárias, dificuldade em ocupar o tempo, diminuição do rendimento e solidão. De acordo com Loureiro (2011), as duas primeiras foram anunciadas maioritariamente por indivíduos do sexo masculino e, as restantes, foram sobretudo pelo sexo feminino. As mudanças que podem surgir podem destacar-se em vários domínios, sendo estes (Fonseca, 2011):

- Económico e financeiro: a reforma pode implicar uma perda gradual de rendimentos que pode acentuar-se quando existem despesas significativas ao nível da saúde, com familiares, ou quando valor da reforma é baixo, influenciando a vida pessoal e social, como a participação em atividades e aquisição de medicamentos (Fonseca, 2011; Loureiro, 2014a).
- Estilo de vida e relações sociais: a transição de uma vida ativa com atividade laboral e com envolvimento de muitas pessoas, para uma situação em que as interações sociais podem ser menores, são passíveis de comprometer a integração social (Fonseca, 2011). Muitas vezes, o ponto central de convivência social era desenvolvido em contexto profissional (Rebelo, 2021).
- Ocupação do tempo: a reforma proporciona ao indivíduo mais tempo livre, em que o foco consiste em saber como ocupar o tempo com atividades úteis e gratificantes. Existindo uma maior liberdade, será necessário que o indivíduo reorganize o seu tempo, não tendo como referência os horários de trabalho e as relações profissionais. Deste modo, deverá gerir autonomamente os seus recursos, de forma a preencher o seu dia e, conseqüentemente, reconstruir as rotinas, preenchendo-as com as atividades que lhe proporcione uma maior realização pessoal. Destas, as atividades mais frequentemente

adotadas, são a continuidade de uma profissão, o apoio familiar, e a participação nas tarefas domésticas e atividades de lazer (Fonseca; 2011; Rebelo, 2021).

- Saúde: Com o avançar da idade é previsível que o estado de saúde se degrade de forma progressiva, pelo que muitas das vezes, este motivo serve de motivação para os indivíduos deixarem o emprego em busca de gozar os anos que lhes restam de boa saúde (Vickerstaff & Van der Horst, 2021). Segundo Loureiro (2011), os reformados têm tendência para melhorar os seus comportamentos relativos à sua saúde, nomeadamente no regime dietético, redução do consumo do tabaco, maior frequência de consultas de vigilância e aumento da prática de exercício físico, sendo mais frequente as caminhadas, a hidroginástica e a ginástica. Por outro lado, Rebelo (2021), refere que o indivíduo, por apresentar mais tempo livre, pode vivenciar um sentimento de vazio e originar uma dessincronização das rotinas do dia-a-dia, relativamente à organização temporal que tinham anteriormente, como por exemplo, desleixo nas horas de refeição, diminuição da prática de exercício físico e, conseqüentemente, podem surgir problemas de saúde, de peso, de sono, pode causar cansaço e dores musculares devido ao sedentarismo (Ribeiro & Paúl, 2018).
- Vida conjugal: A transição para a reforma pode originar conflitos na interação conjugal. Segundo Loureiro (2011), alguns dos sentimentos que podem originar conflitos entre o casal podem não resultar diretamente do processo desta transição, isto é, podem ser resultantes de alguns dos problemas já existentes anteriormente na relação. Porém, Fonseca (2011) refere que existe também um lado positivo no que concerne à maior disponibilidade de tempo para partilhar tarefas em conjunto com o cônjuge, contribuindo para uma maior satisfação do casal.
- Vida familiar: na última etapa do ciclo vital, o casal experienciou a saída dos filhos de casa (“ninho vazio”), na etapa atual, este espaço começa a ser gradualmente preenchido pelos netos, surgindo o papel de avô/avó (Fonseca, 2011).

Em síntese, a promoção do envelhecimento ativo e saudável deve ser um aspeto fundamental tanto para os indivíduos como para a sociedade como um todo. Existe um aumento exponencial da população mais velha, no entanto, existe uma tendência generalizada para não se realizar nenhum tipo de preparação para a reforma. A sensação e a capacidade de controlo do indivíduo sob esta experiência são um dos pontos fulcrais para uma transição positiva (Hyde et al., 2018). A preparação para a reforma deve ser realizada pelos indivíduos devido às mudanças que esta acarreta no seu quotidiano. No entanto, existem acontecimentos na trajetória de vida que não dependem dos mesmos, que levam à reflexão sobre expectativas e preocupações, de forma a sentirem-se mais preparados para enfrentar o processo de transição para a reforma (Rebelo,

2021). Neste sentido, cabe ao EEESF capacitar o indivíduo ao longo de todo o processo de transição para a reforma desde o seu planeamento como ao longo de toda a transição.

2.2.3. Transição para a reforma: impacto no sistema familiar

Quando realizamos abordagem à temática envelhecimento, nunca podemos fazê-lo sem um olhar contextual, isto é, onde o indivíduo se encontra inserido, nomeadamente no seio familiar. De acordo com Cohen (1987), é através da família que se adquire identidade e continuidade com o passado, sobretudo práticas quotidianas e estratégias de vida, bem como a partilha de recursos. O processo de transição para a reforma pode também ser influenciado por antecedentes. Neste sentido, é pertinente compreender a família na perspetiva sistémica e, por isso, é necessário conhecer as etapas que caracterizam o ciclo vital e entender a importância que cada uma delas assume no seio de cada família, visto que, estas, podem ser vividas de maneira diferente por cada uma (Cruz, 2021). Todas as fases do ciclo vital envolvem tarefas que devem ser cumpridas no contínuo que é o ciclo de vida familiar, que, por vezes, provoca crises normativas e, conseqüentemente, gera mudanças nas famílias e nos seus membros (Relvas, 2006; McGoldrick & Shibusawa, 2016). Estas crises familiares podem originar uma reestruturação familiar, que está dependente dos acontecimentos causadores de stresse e da simultaneidade dos mesmos, pelo que o seu impacto é determinado pela estrutura da família, incluindo os seus padrões adaptativos (Figueiredo, 2012).

A velhice está integrada na última etapa do ciclo vital da família (Adão, 2020). Segundo Relvas (2006), a última etapa do ciclo vital refere-se à família com filhos adultos, onde existe um intercruzar de gerações, desde parentes por afinidade, netos e, por vezes, os próprios pais. Carter e McGoldrick (1995, p. 20) afirmam que esta fase “...é a mais nova e mais longa, e por essas razões é, de muitas maneiras, a mais problemática de todas as fases”.

A adaptação à reforma constitui-se um acontecimento de vida de índole transicional, de carácter desenvolvimental, que ocorre no final da meia-idade e se for menos bem-sucedida poderá colocar em causa o equilíbrio, podendo ter implicações em saúde, não apenas para o indivíduo que deixa a sua atividade laboral, como também para aquela que é estrutura sistémica na qual se insere (cônjuge e restantes membros da família) (Loureiro, 2016).

Esta transição de vida resulta da interação sistémica entre o microsistema (que inclui os diversos mesossistemas, nomeadamente os *settings* de trabalho, o grupo de amigos, os interesses ocupacionais, as instituições de saúde), o exossistema (que abrange o meio habitacional, a comunidade, os meios comunicacionais, a rede de apoio social, os sistema de saúde), o macrosistema (que engloba a sociedade, a política social, macroeconomia, cultura

social) e o cronossistema, compreendido pela evolução temporal na qual resulta o processo de adaptação à transição de vida em causa (Loureiro, 2023). O processo de transição faz-se acompanhar de uma reaprendizagem sistémica, em torno das dimensões *estar*, *sentir* e *ser* em família (Loureiro et al., 2015a):

- Reaprender a *estar em família* - atitudes em resposta à mudança que o referido acontecimento de vida lhes terá gerado, podendo ser proativa, reflexa ou neutra. Quando o indivíduo foi agente na sua reaprendizagem de *estar em família*, podemos afirmar que este apresentou uma atitude proativa. Por outro lado, quando o indivíduo não se constituiu agente desta reaprendizagem, este apresenta uma atitude reflexiva. Dentro da atitude proativa e reflexiva, esta pode ser positiva, negativa ou ambivalente, isto é, se a mesma se manifestou construtiva, não construtiva, ou se manifestou de forma dualística para o sistema familiar. Relativamente à atitude neutra, esta surge quando não foi manifestada qualquer alteração na sua forma de *estar em família*.
- Reaprender a *sentir em família* - os sentimentos e as emoções expressas pelos indivíduos que reaprenderam a *sentir em família* durante a transição. Os vários elementos da família podem sentir a transição de forma diferente e os significados atribuídos a esta vivência acabam por interferir na forma como essa reaprendizagem decorre. Os sentimentos predominantes são os sentimentos negativos, nomeadamente a decepção, a saudade e a solidão.
- Reaprender a *ser em família* - dificuldades adaptativas operadas a nível da conjugalidade. A transição para a reforma implica a realização de tarefas instrumentais e expressivas que anteriormente não realizavam, a renovação de funções e papéis, que se traduzem no desenvolvimento de novas dinâmicas relacionais. Loureiro (2023), refere que este acontecimento de vida envolve uma negociação da interdependência relacional, gestão do conflito relacional e a reorganização dos papéis e das funções familiares.

De acordo com Loureiro et al. (2015a), a reforma caracteriza-se por um início de uma nova fase de vida que implica a reestruturação das rotinas diárias, como também das dinâmicas relacionais intrínsecas de cada família. A família pode ser vista como uma força, ou como uma fraqueza, ao longo do processo de transição. O envolvimento da família é, inevitavelmente, crucial nesta transição, não só pelos efeitos que esta pode ter sobre os membros (família como destinatária de cuidados), como também porque estes podem ser considerados aliados importantes na implementação de estratégias que ajudam a minimizar os significados de perda (família como cuidador informal) (Loureiro et al., 2015a). O cônjuge, é considerado o elemento mais relevante, sendo a principal fonte de apoio nesta transição. Isto deve-se ao facto de que este é, muitas vezes, o elemento da família mais próximo e por ser este que acompanha, ao

longo dos vários anos, o seu desenvolvimento, construindo objetivos de vida comuns e laços afetivos (Hanson, 2005; Alarcão, 2006; Loureiro, 2011).

Por outro lado, a vivência desta transição pode resultar num desequilíbrio no subsistema conjugal, exigindo mais um esforço adaptativo, envolvendo, como referido anteriormente, a negociação de interdependência, a gestão de conflitos relacionais e papéis conjugais e a reorganização de funções. Assim, esta fase pode levar a momentos de ajuste relacional, e se já existiam conflitos no casal, a reforma pode ser vivida com maior dificuldade quando ambos os membros do casal não realizem negociações e a revisão de regras implícitas e/ou explícitas que sustentam os vínculos (Mintzer & Taylor, 2012; Antunes et al., 2015). Como resposta adaptativa, verificou-se que cuidar dos netos era comum nas famílias extensas, nomeadamente a partir do momento em que as mulheres entraram no mercado de trabalho e a esperança média de vida aumentou (Zanatta & Arpini, 2017). A relação entre avó e netos é considerada, assim, um aspeto positivo da interação familiar, uma vez que pode atenuar algumas perdas resultantes desta transição, aumentar a autoestima, a satisfação com a vida, maior participação e integração na vida social, estimular o funcionamento cognitivo e ampliar ideia de futuro, isto é, idealizar objetivos para o futuro (Esperança et al., 2013; Wang et al., 2019). Segundo São José e Teixeira (2014), os avós oferecem apoio aos filhos e prestam cuidados aos netos, quer a nível económico, quer na segurança familiar, numa perspetiva de reciprocidade, isto é, idealizando que, quando necessitarem, esse apoio e cuidados será retribuído pelos filhos e netos.

Cuidar dos netos pode proporcionar aos filhos sentimento de pertença, que pode ter sido perdido com a independência, casamento, o sair de casa e, deste modo, pode levar a uma reaproximação da família como um todo (Zanatta & Arpini, 2017). Por outro lado, o cuidar dos netos pode também causar situações de stresse, restrição de tempo e possibilidade de desenvolver problemas mentais, tais como a depressão (Brunello & Rocco, 2016; Wang et al., 2019). No entanto, o casal não deve desprezar a forma como devem explorar estratégias para promover a conjugalidade, (Bushfield et al., 2008), que será sempre o elo de equilíbrio que permitirá alcançar a tão desejada saúde.

Em suma, o significado atribuído à reforma resulta, muitas vezes, do percurso de vida das famílias, da sua capacidade de resiliência para dar resposta a desafios como estes e de como se preparam para uma determinada transição. A família assume um papel importante na vida de um indivíduo bem como na sua saúde individual, visto que os sintomas de algumas pessoas surgem do funcionamento familiar que, muitas das vezes, reflete os problemas existentes no seio da família e que apenas podem ser resolvidos quando intervimos na família com um todo (Simões & Rosendo, 2018). O planeamento desta transição torna-se importante no sentido de desenvolver estratégias que possam permitir aumentar os níveis de satisfação e diminuir o stresse psicológico durante a mesma, assegurando assim um aumento da qualidade de vida

(Rocha et al., 2020). Este planejamento envolve a capacidade de o indivíduo, e da família, anteciparem as mudanças que podem vir a ocorrer, quer seja a nível financeiro, como também nos papéis familiares e nas atividades e das relações sociais, permitindo um adequado ajustamento e satisfação com a vida após a reforma (Pires, 2020).

2.2.4. A importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar no processo de transição para a reforma

É o EEESF que faz o seguimento da família, ao longo do seu ciclo vital, como também é quem coordena toda a informação relativa ao seu estado de saúde (Loureiro, 2016). Os cuidados prestados à família têm como objetivo promover o fortalecimento da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento (Figueiredo & Fonseca, 2023). Figueiredo (2012) e Cordeiro (2015) afirmam que conhecer a estrutura familiar, identificar os processos de evolução transacional e procurar outros dados relevantes acerca de cada família, assume grande importância, visto que cada família é exclusiva. Desta forma, irá permitir a realização de cuidados antecipatórios, com o intuito de promover a sua capacitação.

O empoderamento dos indivíduos e famílias na transição para a reforma, é considerado um verdadeiro desafio para os enfermeiros de família, visto que o cuidar não envolve apenas a singularidade dos indivíduos e famílias que protagonizam este acontecimento de vida, mas, também, e de forma muito particular, a especificidade das mudanças que essa vivência transicional lhes possa vir a suscitar (Loureiro, 2016). Algumas das intervenções fulcrais nesta transição passam por explorar a composição e qualidade das relações no sistema familiar e, caso seja necessário, é também importante promover as relações que podem ser desenvolvidas com outros sistemas comunitários e fomentar a continuidade, ou até mesmo, o início de novos projetos de vida que possam ser estimulantes para o aumento da autoestima (Hanson, 2005).

O envelhecimento é compreendido como uma fase da vida com oportunidades e potencialidades, deste modo, ações que incentivam a participação social, o envolvimento na comunidade, a autonomia e a manutenção da saúde física e mental, devem ser potencializadas pelo máximo de tempo possível nas pessoas mais velhas. Neste sentido, contribui-se para que as pessoas tomem as melhores decisões ao longo do seu ciclo vital, com o objetivo de prolongar a sua vida com qualidade e sem doença, com atividade e produtividade. Walker e Maltby (2012) defendem que cada indivíduo tem um papel dominante na preparação das diferentes fases da sua vida, incluindo a velhice e o conjunto de desafios e necessidades que esta traz e que fazem parte do seu dia a dia. A reforma pode ser caracterizada por uma etapa da vida repleta de novas oportunidades que permitem descobrir uma nova forma de viver e encontrar atividades que até então não foi possível realizar. Por outro lado, pode também ser caracterizada como

um tempo sem objetivos, isto é, o reformado não encontra soluções para ocupar o seu tempo e viver o final da sua vida de forma digna (Domingues, 2023).

O enfermeiro tem um papel preponderante na promoção do envelhecimento ativo, pois é durante este processo que se verificam algumas mudanças na saúde física, como também mudanças cognitivas. Com o avançar da idade é normal surgir alterações físicas que podem originar diminuição da prática de exercício físico. O sedentarismo após algum tempo, pode causar alterações psicológicas, tais como diminuição da autoestima, que podem tornar-se quer patológicas no caso da depressão e ansiedade, quer sociais, levando ao isolamento. Deste modo, incentivar a prática de exercício físico torna-se num recurso essencial para evitar ou retardar problemas que podem surgir e, ao mesmo tempo, contribui para a ocupação do tempo livre (Ribeiro & Paúl, 2018).

Após a atribuição da reforma, este é um momento ideal para criar oportunidades, de forma a ocupar o tempo livre de forma satisfatória. Nesta perspetiva, é importante que o enfermeiro reforce os laços sociais, fortalecendo a integração da família e a aproximação com a comunidade, através da participação em organizações, instituições, entre outros. É necessário valorizar o tempo livre e aprender a desfrutá-lo da melhor forma, através da realização de atividades gratificantes e que estejam de acordo com as possibilidades de cada um. Com isto não se pretende que o indivíduo continue a trabalhar ou a exercer funções que exercia anteriormente, mas sim explorar atividades que lhe faça mais sentido no seu dia a dia, com o intuito de prevenir o isolamento e manter e preservar a autoestima, a mobilidade, a motivação, a agilidade mental e a interação social (Domingues, 2023). É importante a criação de programas e projetos que promovam um envelhecimento ativo e participativo, aumentando a funcionalidade dos indivíduos. Existem vários municípios que já dispõem de associações sem fins lucrativos, tais como as universidades seniores que desenvolvem atividades como a realização de eventos sociais, culturais, desportivos, de solidariedade social e de lazer. Estas associações contribuem para a promoção do envelhecimento ativo e para o bem-estar dos indivíduos reformados, de forma a que estes possam continuar a ser autónomos, independentes e socialmente relevantes, o maior tempo possível (Fonseca, 2018).

Loureiro (2023) refere que não existe um modelo único de preparação das famílias para a reforma, contudo, afirma que existem medidas gerais que podem contribuir para o empoderamento das famílias na adaptação a mesma, nomeadamente:

- Promover a resiliência familiar, isto é, perceber como as famílias responderam a transições de vida no passado, as estratégias de *coping* utilizadas e capacitar a família de modo a responder adequadamente às mudanças adaptativas que a transição para a reforma possa causar;
- Auxiliar na forma de lidar com as perdas e fortalecer os ganhos obtidos;

- Identificar e encaminhar casos de risco transacional, nomeadamente nas famílias em que os indivíduos vivem sozinhos, famílias que estejam a passar por outras transições de vida ou que possuem poder socioeconómico vulnerável;
- Proporcionar o desenvolvimento de uma interdependência conjugal saudável, de modo a que os membros do casal entendam que é necessário e importante a preservação do espaço individual para uma vivência saudável da conjugalidade;
- Incentivar uma conjugalidade saudável promovendo a realização e partilha de momentos juntos, de intimidade e de lazer, contribuindo para um sentimento de satisfação conjugal;
- Orientar a gestão de conflito conjugal, isto é, ajudar o casal a perceber que a fonte de conflito entre ambos pode ser influenciada pelo momento de transição que, por si só, poderá ser proporcionador dessa ocorrência;
- Ajudar o casal relativamente ao desempenho de novos papéis e funções familiares, apoiando os mesmos nas dificuldades encontradas neste contexto.

Como este acontecimento de vida sucede, geralmente, no início da velhice é pertinente que esta intervenção se inicie na idade adulta, isto é, na fase de meia-idade, entre os 40 e 60 anos (Fonseca, 2021). Para isto, e de acordo com Loureiro (2011), deve ser implementado um programa de vigilância de saúde do adulto com o intuito de promover a saúde na meia-idade; desenvolver um projeto de vigilância de saúde da família na meia-idade e determinar parcerias com as instituições comunitárias, com as Unidades de Cuidados na Comunidade, entidades empregadoras e prestadoras de serviços de saúde ocupacional com o objetivo de elaborar programas e intervenções educativas, que promovam a manutenção da atividade e da relação social dos indivíduos e das famílias no período da “entrada na reforma”.

De acordo com estas necessidades surgiu “O REATIVA”, que consiste num programa de intervenção, que tem como objetivo promover a saúde individual e familiar das famílias que se encontram na fase do ciclo vital de meia-idade e que experienciam a transição para a reforma, com vista ao envelhecimento ativo e saudável. Este programa está a ser implementado com sucesso, no entanto são necessários mais estudos com grupos maiores e, para além disso, também se encontra em revisão e adaptação para ser implementado em outros países (países de língua português, como o Brasil, e com culturas semelhantes, como a Espanha) (Loureiro et al., 2022).

Deste modo, podemos concluir que se esta transição for atempadamente planeada irá contribuir para a minimização de constrangimentos que possam advir desta etapa de vida e para um envelhecimento bem-sucedido. O EEESF deve ter particular atenção aos fenómenos adaptativos que este evento transicional acarreta, promovendo a autonomia, a relação de partilha e de desenvolvimento do casal, resultando para ambos os membros do casal ganhos em saúde (Loureiro, 2023).

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

O papel do EEECESF centra-se na organização dos recursos potencializadores da família, enquanto sistema transformativo, aumentando assim as probabilidades de mudança e identificando oportunidades de evolução (Sousa, 2022). O seu perfil de competências específicas contribui para a formulação de respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar e potencia a sua participação nos processos de tomada de decisão como co-gestor e co-organizador de recursos que fortalecem as capacidades das famílias para a gestão da sua saúde (Regulamento nº428/2018, de 16 de julho). É através do processo de avaliação e intervenção familiar que o EEEESF pode promover o funcionamento efetivo do sistema familiar.

No presente capítulo serão explanadas todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, de forma a evidenciar o desenvolvimento de competências relacionadas com a prestação de cuidados à família, enquanto unidade de cuidados, e aos seus membros, e com a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF, no que se refere com aquelas que são as competências comuns e específicas do EEECESF, segundo os Regulamentos nº 140/2019 e nº 428/2018, respetivamente, da Ordem dos Enfermeiros.

3.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

No decorrer deste subcapítulo será explanada a prestação de cuidados às cinco famílias, assim como aos seus membros individualmente, de forma a dar resposta à primeira competência específica do EEECESF: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento nº428/2018, de 16 de julho, p. 19357).

Todas as consultas foram realizadas na USF, tendo sempre presente a responsabilidade profissional, ética e legal, nomeadamente a proteção dos direitos humanos, garantindo o respeito pelo direito dos utentes/família no acesso à informação, à confidencialidade, à segurança da informação escrita e oral colhida ao longo das consultas, à escolha, à privacidade, bem como aos seus valores, costumes e crenças. Desta forma, todos os dados passíveis de identificação dos membros foram alterados, pelo que as famílias foram identificadas numericamente e as letras iniciais dos nomes referentes a cada membro das famílias não correspondem às iniciais dos mesmos.

A metodologia utilizada teve por base o referencial teórico o MDAIF e a sua matriz operativa (Figueiredo, 2012), contribuindo para a orientação da decisão clínica, assim como guia na

abordagem às famílias, compreendendo a sua funcionalidade resultando na formulação de diagnósticos conforme as necessidades identificadas (Hanson, 2005). Neste sentido, possibilitou a intervenções específicas em cada família com o intuito de estimular a autonomia da mesma na consecução dos seus objetivos, respeitando a sua disponibilidade e o seu ponto de vista. Segundo Figueiredo (2012), a mudança num dos membros da família origina mudanças nos restantes e, pela propriedade auto-organizativa do sistema familiar, é proporcionada a sua estabilidade ao longo do tempo. Uma mudança num membro da família afeta todos os membros, constituindo-se como um sistema aberto, dando relevância à prestação de cuidados prestados tendo por base a dinâmica indivíduo-família (Wright & Leahey, 2018). A avaliação dos membros, individualmente, teve por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma vez que esta possibilita uma melhor compreensão do processo de transição do indivíduo (Meleis, 2010). Todas as transições desencadeiam mudança e, para compreendê-la melhor, é necessário identificar o significado atribuído, as crenças e atitudes pessoais, o nível socioeconómico e a preparação e conhecimento prévio à transição (Meleis et al., 2000).

Foi também desenvolvido um documento que compreende todas as dimensões da matriz do MDAIF (Anexo III), servindo de guia em todo o processo de avaliação e intervenção em cada família. Este aborda a avaliação estrutural, que incide sobre a estrutura da família, com o objetivo de identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e os outros subsistemas, como também o ambiente familiar. A avaliação de desenvolvimento, que permite compreender os fenómenos associados ao crescimento da família, exigindo a identificação da etapa do ciclo vital em que esta se encontra. E, por fim, a avaliação funcional, que corresponde aos padrões de interação familiar, incorporando a dimensão instrumental e a dimensão expressiva, como dimensões elementares do funcionamento da família (Figueiredo, 2012). As áreas de atenção que compreendem às três dimensões permitem orientar a conceção de cuidados das práticas de cuidados de enfermagem à família a vivenciar a transição para a reforma.

A Entrevista Familiar Sistémica (EFS) teve presente na abordagem com as famílias, com a “finalidade colher informações sobre a família, bem como fornecer suporte emocional e educacional no processo de adaptação às mudanças decorrentes de situações stressantes que afetam os membros da família” (Ferré-Grau, 2023, p. 403). Esta tem por base os princípios de circularidade e neutralidade, bem como a elaboração de hipóteses sistémicas, permitindo ao EEECESF tratar um problema de saúde da família, tendo em conta os diferentes níveis de intervenção, facilitando o desenvolvimento pessoal de alguns dos seus membros e ajudando no processo de adaptação ao vivenciar um acontecimento de vida stressante que afeta o sistema familiar (Ferré-Grau, 2023).

Os instrumentos de avaliação familiar utilizados para a colheita de dados a cerca da família e os seus membros, foram o genograma e a psicofigura de Mitchell, o ecomapa, a escala de

Graffar e a escala de APGAR familiar de Smilkstein, instrumentos intrínsecos à matriz operativa do MDAIF.

O genograma possibilita, graficamente, a apresentação de informação sobre a família, identificar as suas forças, os seus recursos e os problemas reais ou potenciais, permitindo “a formulação de hipóteses sobre como determinado problema pode estar relacionado com o contexto familiar numa perspetiva atual ou através do tempo” (Figueiredo et al., 2023a, p. 344). A psicofigura de Mitchell foi utilizada a par com o genograma, representando as relações intrafamiliares, de acordo com a perceção dos membros das famílias (Figueiredo et al., 2023a). De forma a explorar as relações e as ligações das famílias com o contexto externo fez-se de recurso ao ecomapa (Figueiredo, 2023c). A escala de Graffar aborda cinco itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspetos da zona de habitação. A cada família foi atribuída uma pontuação (correspondendo à posição mais alta, no conjunto dos membros da família) para cada um dos itens enumerados, exceto aos dois últimos, uma vez que não foram realizadas visitas domiciliárias, permitindo a identificação de alguns critérios de diagnóstico para algumas áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF e definir a classe social que a família ocupa na sociedade. A identificação da classe social das famílias é um instrumento fundamental possibilitando prever as condições de risco, alterações a nível de comportamentos de saúde, assim como de desenvolvimento psicossocial (Figueiredo et al., 2023b). O recurso à escala de APGAR familiar de Smilkstein contribui para avaliar a perceção dos membros das famílias sobre o seu funcionamento e a sua capacidade de manifestar o grau de satisfação dentro do cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar, classificando a família como funcional ou disfuncional. O acrónimo APGAR diz respeito aos termos em Inglês: *Adaptability; Partnership; Growth; Affection* e *Resolve*. É composta por cinco perguntas fechadas com três possíveis respostas, sendo que a pontuação varia entre 0 a 10: altamente funcional (7 a 10 pontos), moderada disfunção (4 a 6 pontos) e disfunção acentuada (0 a 3 pontos) (Figueiredo et al., 2023c).

Foram também aplicadas a Escala de Autoeficácia Geral Percecionada (EAGP), de Nunes et al. (1999) (Anexo IV) e a Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR), de Loureiro (2015a) (Anexo V), de forma individual a cada membro da família. A EAGP foi primeiramente criada por Schwarzer e Jerusalem, em 1979, e traduzida para português na versão de Renato Nunes, Ralf Schwarzer e Matthias Jerusalem, em 1999 (Nunes et al., 1999). Trata-se de uma escala unidimensional que pode ser utilizada como preditor de adaptação a mudanças de vida, como é o caso da transição para a reforma, assim como indicador da performance motivacional, permitindo avaliar as perceções dos indivíduos sobre as suas capacidades de ajustamento à reforma com sucesso. Loureiro (2015b), refere, no seu estudo, que a autoeficácia consiste numa variável psicológica muito significativa nos processos adaptativos, deste modo, torna-se importante conhecer o estado psicológico dos indivíduos que

passam por este acontecimento de vida, contribuindo para o bem-estar e para uma melhor saúde dos mesmos. A escala é constituída por 10 itens, que correspondem à forma como as pessoas pensam e agem quando confrontadas com certas situações. Estes itens são respondidos numa escala tipo Likert, em que 1 significa “de modo nenhum é verdade”; 2 “dificilmente é verdade”; 3 “moderadamente verdade” e 4 “exatamente verdade”, podendo o seu score total variar entre 10 e 40. Quanto maior o score, mais elevada a autoeficácia geral percecionada. Esta escala foi já aplicada em 23 países, onde foram avaliadas suas características psicométricas, apresentando uma consistência interna medida pelo Alfa de Cronbach que variou entre 0,76 a 0,90, sendo, maioritariamente, de 0,80, apresentando assim boa fiabilidade.

A EPFAR foi criada pela equipa de investigadores do projeto “REATIVA”, tendo por base as evidências decorrentes dos momentos antecedentes ao desenvolvimento da transição para a reforma. Desde da realização de *focus groups* realizados com recém-reformados (Loureiro, 2014a) das entrevistas com casais (Loureiro, 2014b), de onde surgiram as principais alterações/dificuldades de adaptação à passagem à reforma, e da evidência científica existente sobre a temática (Loureiro, 2015a). A avaliação da sua fiabilidade foi realizada no estudo de Pedreiro et al. (2021), com recurso à medida alfa de Cronbach, apresentando um resultado de 0,90, apresentando-se assim como uma escala fidedigna. Este instrumento é composto por 28 itens, que abordam sete dimensões com temáticas diferentes, numa correspondência de quatro itens atribuídos para cada uma das referidas temáticas abordadas na intervenção: Reforma e Reformado; Saúde Mental; Redes de apoio, Saúde e Envelhecimento; Gestão Económica; Família e Conjugalidade; Família e Parentalidade. Apresenta-se como formato de resposta tipo Likert, em que 1 significa “discordo totalmente”; 2 “discordo”; 3 “concordo” e 4 “concordo totalmente”, podendo o seu score total variar entre 28 e 112. Deste modo, a aplicação desta escala permite compreender em que fase de ajustamento o indivíduo recém-reformado se encontra e auxiliar os profissionais na definição de estratégias de intervenção e de promoção da saúde (Pedreiro et al., 2021).

A áreas de atenção, do MDAIF, avaliadas nas cinco famílias, foram transversais a todas elas, exceto o Animal Doméstico, uma vez que só foi avaliado nas famílias que o possuíam. Assim sendo, no que diz respeito à dimensão estrutural, em todas as famílias foram avaliadas o rendimento familiar. A transição para a reforma pode implicar uma perda gradual de rendimentos, quando valor da reforma é baixo, influenciando a vida pessoal e social, como a participação em atividades, aquisição de medicamentos e/ou pode acentuar-se quando existem despesas significativas ao nível da saúde, com familiares (Fonseca, 2011; Loureiro, 2014b). Foi também avaliada a área de atenção abastecimento de água. As áreas de atenção edifício residencial, assim como as precauções de segurança, não foram avaliadas, por não terem sido realizadas visitas domiciliárias às famílias.

Relativamente à dimensão de desenvolvimento, a identificação da etapa do ciclo vital permite uma melhor compreensão contextual da família e da tomada de decisão sobre as áreas de atenção que mais se adequam face à especificidade da família (Figueiredo, 2012). De acordo com Relvas (2006), todas as famílias encontram-se na etapa do ciclo vital: Famílias com Filhos Adultos, em que os filhos já saíram de casa, caracterizando-se por uma etapa que se reflete numa nova dinâmica familiar, o envelhecimento do casal e abertura a novas gerações, nomeadamente os netos (Alarcão, 2006; Relvas, 2006). Seguindo a nomenclatura do SClínico, na perspetiva de Duvall e Miller (1985), as famílias encontram-se na última etapa do ciclo vital “Família idosa”, caracterizando-se também por uma fase em que as famílias se ajustam à reforma, aprendem a lidar com as perdas, assim como a viverem sozinhos e, deste modo, adaptarem ao envelhecimento (Silva et al., 2023). Neste sentido, foi avaliada apenas a área de atenção satisfação conjugal, visto que as restantes áreas não se enquadravam nas características da etapa do ciclo vital. A área de atenção Satisfação conjugal, centra-se nos “processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória... transformando-se ao longo da vida do casal, associados... à forma como este se adapta às transições dos seus elementos...” (Figueiredo, 2012, p. 80). Assim sendo, em todas as famílias foi avaliada a relação dinâmica, no que diz respeito:

- Satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas: segundo Leopold e Skopek (2016), a divisão das tarefas domésticas altera com o envelhecimento do casal, sobretudo durante a reforma. A transição para a reforma corresponde uma nova etapa do ciclo de vida, exigindo que os membros da família desempenhem papéis diferentes dos habituais. Existe uma espécie de rutura no que diz respeito ao trabalho masculino, o que não se verifica no trabalho feminino, em que há uma continuidade nas responsabilidades domésticas e um trabalho continuado (Antunes et al., 2015). Por outro lado, a mesma transição pode acarretar impacto positivo para o casal, uma vez que apresentam maior disponibilidade de tempo para estar um com o outro e apoiarem-se mutuamente, tal como na realização das tarefas domésticas (Rebelo, 2021). A satisfação conjugal será maior quando ambos os membros estão de acordo com as suas atitudes em relação aos papéis e funções de provedores, bem como quando apresentam uma divisão mais semelhante e justa das tarefas domésticas (Helms et al., 2010).
- Com o tempo que passam juntos: a transição para a reforma pode ter um impacto positivo na dinâmica familiar, pelo facto de o casal apresentar maior disponibilidade de tempo para fazer companhia, partilhar atividades em conjunto e apoiarem-se mutuamente, contribuindo para uma maior satisfação vivida no período da reforma. Contudo, o impacto adaptativo e negativo pode verificar-se o oposto, isto é, a partilha do mesmo espaço num período maior de tempo (casal sem ocupação externa ao convívio familiar) pode ser potenciador de conflitos e tensão verbal, originando problemas no relacionamento conjugal (Figueira et al., 2017; Rebelo, 2021).

- Com a forma como cada um expressa os sentimentos: os sentimentos, bem como expressão dos mesmos, são um aspeto importante para a manutenção das relações e, conseqüentemente para o aumento da satisfação conjugal (Carstensen et al., 1995). De acordo com Cordova et al. (2005), as mulheres apresentam maior facilidade em expressar tristeza, amor, raiva e felicidade em relação aos homens. Estes apresentam maior dificuldade tanto na identificação, como na expressão de emoções.

A comunicação do casal foi também alvo de avaliação, no que toca à conversa sobre as expectativas e receios de cada um, o casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião e a satisfação com o seu padrão de comunicação. Segundo Loureiro et al. (2017, p. 456), “um casal com história de uma eficaz comunicação e uma boa dinâmica sistémica conjugal parece então estar mais preparado para enfrentar a adaptação à reforma, seja no que de mais positivo esta fase pode dar, ou para fazer face aos seus aspetos menos favoráveis”. As áreas de atenção interação sexual e a função sexual não foram avaliadas, por não serem consideradas áreas prioritárias de intervenção, como também pelo facto de que a abordagem desta temática poderia criar um momento constrangedor para a família, numa fase inicial da relação terapêutica. Domingues (2020), afirma que as temáticas de difícil abordagem, acabam por serem mais favoráveis com o tempo, permitindo maiores ganhos em saúde.

Quanto à dimensão funcional, apenas foi avaliada a área de atenção Processo Familiar, nomeadamente, a dimensão operativa *coping* familiar, não fazendo sentido avaliar as restantes áreas, visto que a família correspondia apenas ao casal. A área de atenção Processo Familiar apresenta-se como um “conceito central para a compreensão da dimensão interacional da família... abrangendo a complexidade inerente aos processos de circularidade auto-organização, equifinalidade, globalidade entre outros caracterizadores da família, enquanto sistema autopoietico transformativo” (Figueiredo, 2012, p. 95). Torna-se fundamental avaliar o funcionamento familiar, no que diz respeito, aos comportamentos de mobilização de estratégias e os recursos da família, em situações de stresse intra ou extra-familiares, permitindo identificar os seus padrões de solução de problemas (Figueiredo, 2012).

No decorrer da prestação de cuidados e considerando a especificidade de cada família enquanto unidade, bem como dos seus membros, foram também utilizadas técnicas transversais e específicas de intervenção familiar na concretização das intervenções implementadas, necessárias para a obtenção de ganhos em saúde nas famílias. Segundo Figueiredo (2012, p. 72), “a utilização do questionário sistémico e de técnicas ativas e interaccionais promovem a co-criação de novas visões normalizadoras do funcionamento familiar.” Na interação com as famílias foram utilizadas questões lineares, reflexivas, circulares, hipotéticas e de escala, e como técnicas de intervenção familiar, foram aplicadas o reenquadramento, conotação positiva, a prescrição paradoxal e o ritual terapêutico.

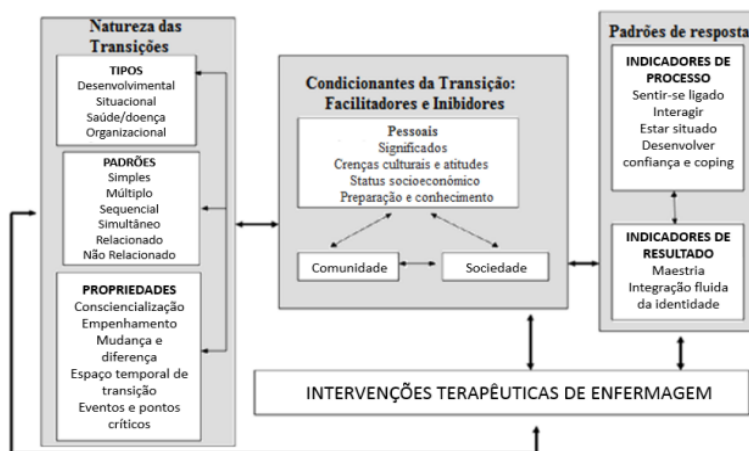
As questões lineares, como as questões reflexivas, consistem em perguntas de intervenção que, respetivamente, visam a definição do problema e facilitam a co-construção de novas visões. Por sua vez, as questões circulares pretendem focalizar os efeitos comportamentais e as diferenças manifestadas entre os membros da família, apoiando-se nos pressupostos da circularidade e da neutralidade. As questões hipotéticas possibilitam análise da percepção dos membros da família face às diferentes alternativas para a mudança. As questões de escala atendem ao princípio da circularidade, na medida em que são colocadas a todos os intervenientes da entrevista familiar. Esta técnica visa que os entrevistados pontuem, com recurso a uma escala previamente explanada, pelo entrevistador, o número que corresponde ao seu grau de comprometimento em relação ao que é necessário fazer para que se atinjam os seus objetivos. Estas questões permitem verificar se há ou não condições para dar início à procura de formulações de soluções, focando-se na descoberta (Figueiredo, 2023b).

O reenquadramento é uma estratégia de *coping* que permite analisar a capacidade da família para redefinir os eventos geradores de stresse, isto é, redefinir as experiências stressantes de modo que as mesmas se tornem aceitáveis (Ribeiro & Figueiredo, 2023). As mesmas autoras afirmam que o uso desta técnica permite-nos alterar as regras do “jogo familiar” quando este não se encontra saudável através do regulamento do funcionamento do sistema familiar. A conotação positiva permite redefinir o problema existente dando uma etiologia positiva, isto é, alterar a atribuição do problema de causas negativas para causas positivas (Figueiredo & Dias, 2023a). Os indivíduos recém-reformados sentem-se mais envelhecidos, existindo perdas e ganhos associados à velhice, como o aparecimento de doenças. No entanto, é importante realçar os ganhos associados a esta transição e ajudar o casal a encontrar um rumo de vida, nomeadamente a possibilidade de realizar novas atividades, criar novas rotinas diárias, conviver em família e ter mais tempo para novas ocupações. A prescrição paradoxal, em contexto de intervenção sistémica, consiste em solicitar aos membros da família que continuem com o seu comportamento sintomático por um tempo determinado, com a finalidade de interromper a sequência sintomática (Zordan et al., 2012; Tato, 2019). Permite responsabilizar a família pelo sintoma, transformando o conhecido em estranho, construindo a novidade e novos pontos de vista (Minuchin & Fischman, 2007). A utilização de rituais terapêuticos permite a participação de todos os membros da família. De acordo com Figueiredo e Dias (2023b, p. 443), “a prescrição de um ritual visa criar novas regras (novo jogo familiar) que substituam subtilmente as regras prévias.” É necessário prescrever um ritual que não promova o receio na família, para que este seja implementado favoravelmente pela mesma. Por este motivo e pelo facto de que a maioria dos casais recém-reformados apresentaram, como problema, a redefinição de tarefas domésticas, foi utilizado um método, criado por Eve Rodsky (2020), como estratégia para que posteriormente fosse possível prescrever um ritual na família sem que estes sentissem imposição para tal.

O método de Eve Rodsky (2020) consiste em comparar a partilha de tarefas domésticas como fosse um *Fair Play*, isto é, um “jogo” justo para ambos, definindo tarefas com o companheiro com base no que é mais importante para cada um, de maneira que ambos estejam satisfeitos com essa partilha. O elo importante entre a divisão de tarefas domésticas e a satisfação conjugal é a comunicação do casal. É importante que se sintam satisfeitos com a partilha de tarefas domésticas, quer seja limpeza, manutenção da casa, planeamento de refeições, entre outras. Deste modo, foram criados papéis com tarefas divididas em quatro categorias: tarefas de casa, fora de casa, de cuidado e de magia (os papéis são distribuídos a cada membro da família, apenas aqueles que lhe fazem mais sentido e que consideram que irão conseguir cumprir). Cada membro da família irá tirar um papel aleatoriamente do seu saquinho todos os dias de manhã e cumpre com essa tarefa até ao final desse dia. A mesma autora afirma que é importante que o casal tenha espaço para estar em família e para a sua vida pessoal, tendo como conceitos chave: partilha, organização, equilíbrio e eficiência (Rodsky, 2020).

Em cada uma das famílias foram, também, avaliadas as necessidades de cuidados, que orientaram a intervenção, em saúde aos membros, de forma individual. O processo de avaliação da transição implica a avaliação de indicadores, como a interação da pessoa com as pessoas que a rodeiam, a forma como se sente ligada, a sua noção do tempo e as estratégias de *coping* utilizadas durante o processo de transição. A Teoria das Transições de Afaf Meleis (Figura 5) consiste na identificação da natureza da transição (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras, assim como os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) (Meleis et al., 2000). A consciencialização constitui-se como uma característica fundamental no processo de transição, uma vez que a falta de consciência da mudança influenciará o grau de envolvimento do indivíduo, pois este só se pode envolver depois de ter perceção da mudança (Meleis et al, 2000).

Figura 5 - Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance



Fonte: Adaptado de Meleis, 2010, p. 56

No âmbito da intervenção individual, foi utilizada a entrevista motivacional, como uma técnica centrada na comunicação colaborativa e no indivíduo. Esta tem como objetivo aumentar a sua motivação intrínseca para a mudança de comportamento, reforçando os seus pontos fortes, por forma a construir a autoeficácia e o resultado desejado (Miller & Rollnick, 2002; Sequeira & Sampaio, 2020). A escuta ativa e a empatia são importantes para a compreensão do indivíduo, minimizando a resistência do mesmo à mudança (Macedo, 2023). Ao promover a reflexão individual irá permitir que o indivíduo fale mais que o profissional e tenha oportunidade de ouvir a si mesmo, percebendo que é capaz fazer escolhas, tomar decisões e agir (Miller & Rollnick, 2013).

De seguida será explanada a prestação de cuidados com cada uma das famílias e, dos seus membros individualmente, desde a colheita de dados (atividade diagnóstica), a identificação dos diagnósticos, as intervenções realizadas mediante o diagnóstico, com a utilização das técnicas acima mencionadas, assim como e, sempre que fosse possível, avaliação das intervenções efetuadas. Foi utilizada a linguagem classificada do sistema de informação SClínico, versão 5.6., assim como a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) do sistema de informação Browser CIPE 2019 (Internacional Council Nurses, 2019), quando não era possível encontrar os termos mais adequados no SClínico.

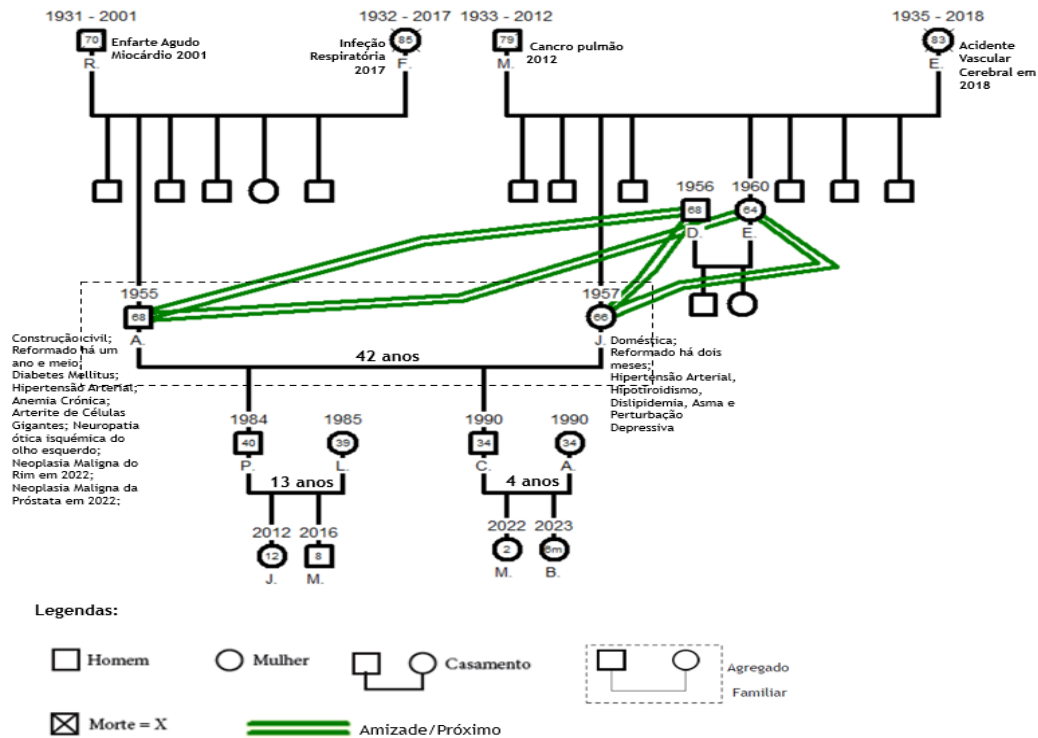
3.1.1. Família 1

A Família 1 é constituída pelo Sr. A. de 68 anos e a D. J. de 66 anos, casados há 42 anos. O Sr. A. encontra-se reformado há cerca de um ano e meio, trabalhava na construção civil por conta de outrem, e a D. J. reformou-se há cerca de dois meses e sempre foi doméstica. Ambos são independentes nas atividades de vida diárias. O Sr. A. tem como antecedentes pessoais Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Anemia Crónica, Arterite de Células Gigantes, Neuropatia ótica isquémica do olho esquerdo (inicialmente escotoma e agora apenas visão "desfocada"), Neoplasia Maligna do Rim em 2022, Neoplasia Maligna da Próstata em 2022 e Asma. A D. J. tem como doenças crónicas Hipertensão Arterial, Hipotiroidismo, Dislipidemia, Asma e Perturbação Depressiva. Têm dois filhos, o P. de 40 anos, que é casado há 13 anos com a L., de 39 anos e que têm dois filhos, a J. de 12 anos e o M. de oito anos. Seis anos depois tiveram outro filho, o C. de 34 anos, que é casado há quatro anos com a A. também com 34 anos, e que têm duas filhas, a M. de dois anos e a B. de seis meses.

Foram desenvolvidas quatro consultas na USF, com duração média de 60 minutos. Em todas as consultas estiveram presentes os dois elementos do casal. De forma a obter dados relativamente à composição familiar, com ênfase na visualização da estrutura familiar nuclear e extensa, foram efetuadas questões lineares aos membros da família. Na figura abaixo (Figura

6), encontra-se representado o genograma com todos os dados colhidos, assim como a psicofigura de Mitchell.

Figura 6 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 1



A identificação do tipo de família permite descrever “a família de acordo com a sua composição e os vínculos entre os seus elementos, que determinam algumas das suas funções, internas e externas, associadas ao seu desenvolvimento” (Figueiredo, 2012, p. 73). Esta família é do tipo nuclear, onde está presente o subsistema individual e conjugal, que inclui o Sr. A. e a D. J. individualmente, e como marido e mulher. Tendo em conta a família extensa, ambos têm contacto pessoal e diário com os filhos e/ou noras e netos, uma vez que após o término da escola ficam em sua casa e depois os filhos ou as noras vão busca-los. Apresentam contacto semanal com a restante família extensa da parte da D. J., “todos os domingos juntamos todos em casa que era dos meus pais, vão os meus filhos, as noras, os netos, os meus irmãos, cunhados/as e sobrinhos/as”, considerando que todos eles exercem função de companhia social. A D. E. e o Sr. G., irmã da D. J. e cunhado, têm um papel importante a nível do apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, como também de ajuda material e de serviço, relatando a D. J. “quando o meu marido esteve doente a minha irmã e o meu cunhado ajudou-nos muito. O meu cunhado levava às consultas no IPO e a minha irmã ficava muitas vezes em casa a cozinhar para nós. Ajudaram-nos muito e apoiaram-nos nesta fase complicada”. Quanto aos sistemas mais amplos, a família apresenta um vínculo intermédio com a equipa da USF e o hospital (consultas médicas e de enfermagem), assim como com a igreja, uma vez que vão à missa todos os domingos.

As condições socioeconómicas foram avaliadas com recurso a Escala de Graffar, pelo que a família se situa na classe social média baixa (pontuação 11 em 3 itens de avaliação). A profissão que ambos exerciam é classificada em grau 3, ambos estudaram até ao 4ºano, pelo que a instrução se encontra no grau 4. A origem do rendimento de ambos provém da reforma (grau 4). O tipo de habitação e o local de residência não foi classificado, uma vez que não foram realizadas visitas domiciliárias à família.

Tendo em conta a dimensão estrutural do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: rendimento familiar, abastecimento de água e animal doméstico.

O rendimento familiar, como já referido anteriormente, encontra-se no grau 4 e a família apresenta conhecimento e capacidade para gerir o rendimento de acordo com despesas familiares. A fonte de rendimento de ambos é a reforma e quando colocada a questão linear “O valor da reforma vai de encontro ao que estavam à espera?”, o Sr. A. afirma que sim, visto que foi aquilo que descontaram, e a D. J. também concorda, “(...) o que recebemos é pouco, mas é assim, não podemos gastar mais do que ganhamos, tentamos gerir de acordo com aquilo que temos (...)”. Ainda através das questões lineares, “Onde sentem mais dificuldade após a entrada para a reforma?”, a D. J. respondeu que é na área da saúde e o Sr. A. relata que “eu tenho muitas doenças, tomo muita medicação”, acrescentado a D. J. “já fomos a muitos médicos, ele e eu tomamos muita medicação, pagar o transporte para ir às consultas para o Porto (...)”. Relativamente à questão hipotética “Se daqui a um mês surgisse algum imprevisto, por exemplo, uma avaria no carro, consideram que tinham alguém que vos pudesse ajudar?”, a D. J. afirma “nunca nos aconteceu até agora precisar de pedir ajuda a alguém, mas acho que tinha quem nos ajudasse”, o Sr. A. também pensa o mesmo “até aqui sempre ajudamos os nossos filhos, acho que se nós precisássemos também eles nos ajudavam. Até aqui, só temos precisado para o transporte quando tenho consultas no hospital, porque se eu fosse numa ambulância perdia o dia todo lá no hospital e no caminho para casa. Eu sou isento e tenho direito a muita coisa, mas prefiro ir com alguém. No início ia com os meus filhos, à vez, mas para eles não faltarem ao trabalho porque eram muitas consultas, começou a ir o meu cunhado que nos ajuda muito”. Tendo em conta aos dados colhidos, foi formulado o seguinte diagnóstico: **Rendimento Familiar Não Insuficiente**.

O abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública, pelo que foi considerado o **Abastecimento de Água Adequado**.

O casal possui dois cães, um deles tem as vacinas e a desparasitação atualizada e o outro não. O Sr. A. refere: “o cão que tem tudo em dia, foi um que eu comprei, é um Dálmata. E o outro foi um vadio que andava lá na rua e nós acolhemos, mas nunca o levamos ao veterinário”. Deste modo, foi identificado o diagnóstico **Animal Doméstico Negligenciado**. O casal apresenta conhecimento demonstrado sobre vacinação, serviços da comunidade e desparasitação, visto que o fazem com o outro cão. Deste modo, com o objetivo de promover a vacinação do animal

doméstico e como critério de resultado, que o casal recorra aos serviços da comunidade, pelo menos uma vez por ano, para vacinação do mesmo, foram planejadas intervenções como, motivar o casal para a vacinação e desparasitação do animal doméstico, ensinar sobre as consequências da não vacinação para a saúde da família e orientar para serviços na comunidade, nomeadamente veterinário municipal ou outras instituições. Para isso, foram utilizadas circulares e questões reflexivas, como por exemplo, “E se o vosso cão ferrar nos seus netos? O que sentiriam quando o profissional de saúde vos questionasse se o cão tinha as vacinas atualizadas?”, a D. J. relata “claro que ia ter remorsos se acontecesse alguma coisa a um dos meus netos”. Foi realizada uma pesquisa sobre as campanhas de vacinação antirrábica e verificou-se que só estariam na freguesia em setembro de 2024. Então a família optou por agendar uma consulta no veterinário onde costumam levar o outro cão para atualizar a vacinação do seu cão. Na consulta seguinte (um mês depois), a família referiu que já tinham recorrido ao veterinário e o cão já estava a iniciar um esquema de vacinação. Portanto, foi alterado o diagnóstico para **Animal Doméstico Não Negligenciado**.

Relativamente à dimensão de desenvolvimento, foi avaliada a área de atenção Satisfação Conjugal, nas dimensões operativas relativas à relação dinâmica e comunicação.

Na avaliação da dimensão operativa relação dinâmica, no que toca à satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas, foram utilizadas questões lineares e circulares, tal como “Costumam a definir tarefas domésticas para cada um?”, a D. J. afirma que não, “(...) costume a ser eu a fazer as lidas domésticas, desde sempre (...)”, o Sr. A. respondeu “eu posso mal, já vejo mal, não vejo nada do olho esquerdo. Às vezes penso que consigo passar na porta e acabo por bater com o braço na porta e fico logo com hematomas. Normalmente, é ela que faz as coisas lá em casa”. Tendo em o processo de transição, foram questionados: “E a transição para a reforma alterou as vossas tarefas e rotinas domésticas?”, a D. J. refere que “manteve-se mais ou menos igual. Ele antes trabalhava muito, chegou a ter que ir fazer trabalhos para a Venezuela, Espanha, e o trabalho que ele fazia era pesado. Eu como sempre fui doméstica ia fazendo as coisas em casa e quando ele chegava não exigia que ele ainda fosse cozinhar. Às vezes ele quando chegava do trabalho ainda ia até ao quintal, mas dentro de casa fazia pouco”, o Sr. A. acrescentou “depois que vim para a reforma passado 8 meses vieram as doenças, comecei ainda a fazer menos, andava cansado, dor na coluna por causa dos rins (...)”. Quando aplicada a questão de escala, “De 1 a 10, o quanto estão satisfeitos neste momento com a partilha das tarefas domésticas?”, a D. J. respondeu “por mim um 9, neste momento não me causa problema ele não fazer as coisas” e o Sr. A. respondeu 10. Por último foi colocada uma questão reflexiva “Caso surja uma situação inesperada acham que conseguem ser flexíveis e assumir as funções um do outro?”, a D. J. afirma que sim e o Sr. A. “eu não sei fazer muita coisa, como por exemplo, sei cozinhar pouca coisa. Mas se surgisse assim uma situação em que a mulher não estivesse em casa eu acho que os meus filhos ou os meus cunhados me ajudariam”.

Quanto ao tempo que passam juntos, foi utilizada também uma questão de escala para avaliar a satisfação do casal, de 1 a 10, relativamente ao tempo que passam juntos. Ambos responderam 10, a D. J. relata que “a maior parte do dia estamos sempre juntos, às vezes vou até ao quintal, ele não pode fazer trabalho assim muito esforçado, mas chega-me as coisas quando preciso, vemos televisão juntos, às vezes vamos ao café, à tarde depois estamos juntos com os nossos netos até os nossos filhos virem busca-los e às vezes também vamos a casa da minha cunhada ou ela vem a nossa”. O casal refere que antes da reforma não estavam tanto tempo juntos, porque o Sr. A. passava muito tempo a trabalhar, deste modo, mostraram maior satisfação com o tempo que passam juntos após a reforma.

Relativamente à satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos, foi avaliada através de questões lineares e circulares, como por exemplo, “O Sr. A. costuma conversar e expressar os seus sentimentos e emoções com a D. J.? E a D. J.?”, o Sr. A. respondeu “nem sempre partilho tudo aquilo que estou a sentir...às vezes guardo para mim. Não quero preocupar a minha mulher”, a D. J. afirma “ele às vezes não fala e fecha-se. Ele mostra ser um homem forte e bem-disposto, mas sei que nem sempre está assim”. Quando confrontados com a questão reflexiva “Consideram que a transição para a reforma alterou a forma como expressam os vossos sentimentos e emoções?”, o Sr. A. relatou “não foi bem a reforma, ou foi, nem sei. Se calhar se tivesse continuado a trabalhar até podia não ter acontecido nada disto. Antes já era diabético, hipertenso, mas não tinha sintomas, ou seja, sempre andei bem e sentia-me bem. Depois que vim para a reforma pensava que ia andar melhor, ainda fui fazendo uns biscoitos, mas passado 8 meses veio o cancro, senti receio do que fosse acontecer e não queria mostrar à minha mulher que sentia que ia morrer. Eu por acaso tive sorte de ter feito um exame à próstata e terem detetado o mal no rim, porque se não fosse esse exame alastrava mais e não dava por ela. Fui logo operado nem passado um mês, andei no IPO, fiz 27 sessões de quimioterapia e tirei um rim que foi o que mais me custou. Parece que senti que já não era eu, não tinha forças, não conseguia fazer o que fazia antes. Agora, graças a deus, já está normalizado, já estou mais conformado com a situação. Vou a consultas 6/6 meses e ando a tomar umas injeções três em três meses. Um vizinho nosso foi igual, nunca pensando que ia calhar também a mim, ele pensava que ia ser operado e resolvia logo, mas o dele já tinha 10 cm e já tinha passado para o fígado, após dois meses faleceu”, a D. L. acrescenta “não considero que a reforma tenha alterado, mas sim o aparecimento da doença. No início foi difícil, porque tínhamos esta referência. Mas sempre disse ao meu marido para falar comigo e que íamos conseguir ultrapassar isto. Eu sei que é difícil passar por uma situação destas, mas ele não me quer preocupar. Foi e, sempre que pensamos nisso, um evento difícil na nossa vida”.

Quanto à comunicação entre o casal, foi avaliado se o casal conversa sobre expectativas e receios de cada um, se conseguem chegar a um acordo quando há discordância de opinião e se estão satisfeitos com o padrão de comunicação do casal, para isso foram colocadas questões

lineares, circulares, reflexivas e de escala. “Quando existe algo que vos preocupa conversam sobre o assunto? Neste momento, têm receio de alguma coisa?”, ambos responderam que sim. O Sr. A afirma “o medo que tenho neste momento é das doenças, de resto se me deixarem andar como tenho andado agora já não é mau”, a D. J. concorda com o marido, o Sr. A. ainda acrescenta “temos que viver um dia de cada vez e o que vier a gente tem de resolver”, “vê enfermeira, ele fala assim, mas quando está mais em baixo não diz nada. Está sempre tudo bem”, afirma a D. J. Foi também questionado ao casal, “Têm discutido mais desde que entraram na reforma? Se sim, sobre que assuntos?”, a D. J. respondeu “às vezes discutimos, mas nada de especial, coisas sem importância”, o Sr. A. concorda “(...) é o cão e o gato, estou a brincar (risos)”. Quando pedido para descrever um episódio em que existiu discordância de opiniões, estes não se recordavam de momento nenhum episódio, a D. J. refere “o meu marido é muito calmo, mesmo que não concorde não insiste e pronto fica tudo bem”, o Sr. A “eu gosto de dar a minha opinião, mas normalmente não temos muitas vezes opiniões contraditórias. Conseguimos falar e chegar a um consenso”. O Sr. A. classifica num 10 e a D. J. também num 10, quando questionados “numa escala, de 1 a 10, o quão estão satisfeitos com a forma como comunicam?”. O casal mostra-se satisfeito com a sua comunicação e, o facto de estarem na reforma e mais tempo juntos, não sofreu alterações na forma como comunicam. Tendo em conta os dados colhidos, foi identificado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional manifestada por não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos.**

Foi depreendido que o casal experienciou a transição para a reforma como um acontecimento normativo, planeado por ambos e, de seguida, uma transição do tipo saúde/doença, provocando uma crise no sistema familiar. Apesar da família já se encontrar num período de estabilidade da transição do tipo saúde/doença, foram manifestados sentimentos negativos quanto ao significado de transição para a reforma, associado ao surgimento da doença, e dificuldade em expressar os sentimentos e emoções por parte do Sr. A. Deste modo, com o objetivo de melhorar a forma como o casal expressa os seus sentimentos, foram planeadas intervenções como, promover a comunicação expressiva das emoções e incentivar hábitos de conversar sobre os sentimentos, e, para isso, foram utilizados o reenquadramento e a conotação positiva, como técnicas de intervenção interacional. Estas técnicas permitiram mudar o significado do surgimento da doença no processo de transição para a reforma para algo visto como positivo, levando à interpretação dos factos à aceitação da família de uma nova perspetiva (Weeks & Fife, 2014; Weeks & D’Aniello, 2017). Para o Sr. A, a transição para a reforma significava algo de positivo para a sua vida, no entanto com o surgimento da doença oncológica esse significado alterou-se, pelo que a tendência humana é focar sempre no que é negativo (Costa & Penso, 2008). A utilização destas técnicas auxiliaram a família a procurar o que de positivo podemos encontrar em detrimento do problema causador de emoções negativas, reforçando os pontos fortes da família, promovendo a coesão familiar (Figueiredo & Dias, 2023a). Foi elogiada a

família da sua capacidade de resiliência para enfrentar o problema do Sr. A., dos recursos que conseguiram encontrar para ultrapassar esta fase, do apoio que sempre tiveram da família extensa, como também refletido com a família sobre o seu percurso de vida, tendo em conta os acontecimentos mais marcantes e o balanço do mesmo, dando ênfase à seguinte frase: “O que torna o deserto bonito é haver um poço escondido em qualquer parte...” (Saint-Exupéry, 2001 p. 65). Após reavaliação, não foi possível modificar positivamente o estado do diagnóstico devido ao número insuficiente de consultas, pelo que a continuidade dos cuidados será realizada pela enfermeira tutora.

Quanto à dimensão do desenvolvimento, no que diz respeito ao Processo Familiar, foi avaliada a dimensão operativa *Coping* Familiar. Através do questionamento circular, o casal revela que ambos identificam e resolvem em conjunto os problemas que surgem na família, a D. J. afirma “nem sempre foi fácil, vão sempre surgindo imprevistos, como em todas as famílias, mas tentamos sempre resolvê-los em conjunto”. Foi também colocada a questão “Neste momento, o Sr. A. identifica algum problema na sua família? E a D. L.?”, ambos responderam que neste momento não identificam nenhum problema. De forma linear, foi questionado ao casal se estão satisfeitos com a forma como discutem os problemas, pelo que responderam que sim. Foi pedido ao casal para descreverem uma situação em que tiveram que recorrer a recursos externos para resolver o problema e a D. J. relata “assim o mais recente que me lembro, foi nesta situação do meu marido, tivemos que procurar ajuda para o transporte para o hospital”, acrescenta o Sr. A. “foi quando recorremos ao meu cunhado para me levar às consultas e tratamentos no hospital”. Posto isto, foi identificado o diagnóstico **Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com *Coping* Familiar Eficaz.**

No âmbito da avaliação a nível individual, definiu-se como prioridade e, tendo em conta ao número reduzido de consultas, avaliar a trajetória profissional e a relação do indivíduo com a reforma, com o objetivo de perceber o seu impacto, bem como a capacidade de adaptação à reforma de cada membro. Para isso, foram colocadas algumas questões que caracterizassem a sua trajetória profissional, a transição emprego-reforma, os impactos nas redes de suporte social e no estado de saúde, assim como também foram aplicadas duas escalas: a Escala de Autoeficácia Geral Percecionada (EAGP) e a Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR), a cada um dos membros.

O Sr. A. iniciou atividade profissional com 14 anos, exercendo funções na área da construção civil. Trabalhou cerca de 30 anos para a última empresa e estava satisfeito com as funções que exercia, “(...) sempre fui trolha a minha vida toda, é o que eu sabia e sei fazer. O meu patrão não era muito exigente comigo, ele sabia que eu trabalhava bem e não tinha nada a dizer. Eu também fazia o meu trabalho e não ficava na conversa como alguns”. Até à data da reforma trabalhou 50 anos, apesar de apenas ter descontado 46 anos. Quando questionado “Que significado tinha para si o trabalho na sua vida?”, este respondeu “era fonte de rendimento e

ocupação”. Tendo em conta o processo de transição para a reforma, o Sr. A. refere que após a reforma “ainda fiz alguns biscates para ganhar mais, mas depois que apareceu a doença tive que parar”. Foi perguntado “Quais as razões para se ter reformado?”, este relata “eu já andava cansado e como já tinha muitos anos de descontos, fui à segurança social perguntar que desconto teria sobre o valor da reforma se reformasse antes dos 66 anos. Lá disseram-me 20 euros, então eu quis iniciar o processo e depois até acabaram por não descontar esses 20 euros”. Relativamente aos sentimentos experienciados na passagem à reforma, o Sr. A. respondeu: “foram sentimentos positivos, eu queria vir para a reforma, senti-me uma maravilha, não tinha ninguém a mandar em mim e fazia o que queria. Mas como já disse foi isso apenas durante 8 meses. Depois veio a doença e não foi isso que eu idealizava”. Para o Sr. A. a idade ideal para a reforma é aos 60 anos, “(...) eu falo por mim, quem trabalha na construção é um trabalho muito pesado, era aos 66 anos, eu vim com 64 anos e meio. Agora andar a trabalhar até cair, assim aos 60 anos ainda são 6 anos que dá para aproveitar mais qualquer coisa”. No que diz respeito à rede de suporte social, foi questionado “A passagem para a reforma trouxe impactos ao nível da interação familiar e nas interações com amigos?”, o Sr. A. respondeu que não. Quanto ao estado de saúde, o Sr. A. é portador de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e, apesar de já apresentar o diagnóstico “sem gestão ao regime terapêutico comprometida”, foi também questionado “Com a reforma, mudou comportamentos relacionados com o seu estado de saúde, nomeadamente alimentação, a prática de exercício físico, na toma de medicação e na vigilância de saúde?”, o Sra. A respondeu “a nível alimentar não mudou nada, a prática de exercício físico diminuiu porque eu já não consigo fazer caminhadas, fico cansado e faz-me dor a coluna. A toma de medicação também não mudou, sempre tomei tudo o que tinha para tomar e a vigilância médica aumentou, devido aos problemas que me pareceram no rim e na próstata.”

O Sr. A. apresentou uma autoeficácia geral percecionada alta, de acordo com o score da EAGP (32 pontos) e, quando avaliado o Posicionamento Face à Adaptação à Reforma, com um score de 91 pontos, a dimensão relativa à reforma e o estatuto de reformado, foi onde obteve uma pontuação mais baixa, este refere “não me custou nada vir para a reforma, o pior, como já referi, foi depois quando apareceram as doenças, é por isso que eu vivo um dia de cada vez. Não costumo definir objetivos de vida, apesar de saber que temos que ter um propósito de vida, mas depois se não conseguir concretizar fico dececionado”. Quanto às redes de apoio, o Sr. A. refere que não tem conhecimento dos recursos que existem na comunidade para os reformados, como também não sabe como aceder aos mesmos, “(...) eu tenho a minha reforma, sou isento, tenho o atestado de multiusos devido ao problema que tive, e de resto não tenho mais nada”. Nas restantes dimensões não foram identificados problemas.

Tendo por base a Teoria das Transições, o Sr. A. passou por uma transição múltipla, tendo como evento crítico o aparecimento do cancro. Podemos verificar que este está consciencializado em relação ao processo de doença, pelo que se considera que existe uma aceitação do estado de

saúde, o Sr. A. afirma “já tento ver com melhores olhos toda esta situação que passei, se aconteceu a mim é porque tinha que acontecer, aconteceu quando queria aproveitar mais a vida, mas com a minha mulher e família tudo fica mais fácil. Agora que estou melhor vou aproveitando um dia de cada vez, de acordo com as minhas capacidades”. No entanto, este apresenta condicionantes pessoais, a dificuldade de procurar objetivos para a sua vida (dificuldade identificada na avaliação do Posicionamento Face à Adaptação à Reforma, descrito acima) e o receio do processo de envelhecimento, “tenho receio que isto ainda venha a piorar”. Assim sendo, foram identificados os seguintes diagnósticos: **Autoestima Baixa, Conhecimento sobre Serviço Comunitário Comprometido, Sem Imagem Corporal Comprometida e Sem Aceitação do Estado de Saúde Comprometida.**

Com o intuito de melhorar a autoestima do Sr. A, foram planeadas intervenções, nomeadamente motivar e incentivar o Sr. A. a definir pelo menos um objetivo de vida, com recurso à entrevista motivacional. Segundo a Internacional Council Nurses (2020, p. 13), o conceito de autoestima refere-se “Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva”. O Sr. A. encontra-se na fase de contemplação, isto é, compreende a existência de um problema, mas ainda não se encontra envolvido para a mudança. De acordo com Fonseca (2011), a procura de objetivos que façam sentido para a vida, contribuem para o desenvolvimento continuidade e preservação da identidade, sendo uma necessidade identificada no Sr. A. Na consulta seguinte, o Sr. A. conseguiu definir um objetivo de vida atual, mostrando-se motivado para a sua realização. Assim sendo, foi alterado o diagnóstico para **Autoestima Moderada.**

A D. J. sempre foi doméstica e descontou durante 17 anos, afirmando que “vir para a reforma não me custou nada, eu fui pela idade. Eu estive em casa, mas sempre fiz os meus descontos. Cheguei a trabalhar em casa da minha tia também como doméstica, nos campos...Não tive nenhum emprego, mas sempre trabalhei”. Para a D. J. a idade ideal para a reforma também seria aos 60 anos, “(...) mais tarde já vamos muito desgastados, estamos cansados nem conseguimos aproveitar o que não conseguimos aproveitar enquanto se trabalhava...aparece a dor aqui, dor acolá, já não conseguimos caminhar tanto”. Quando questionada “Como costuma ocupar o seu tempo livre?”, esta refere “eu faço as tarefas de casa que já ocupam muito tempo, também gosto de ver televisão, estar no quintal, a meio da tarde até ao final do dia cuido dos meus netos, ao fim de semana vamos a casa que era dos meus pais e juntamos os irmãos todos, filhos, netos, ... temos uma família grande e somos muito unidos”. No que diz respeito à rede de suporte social, foi questionada “A passagem para a reforma trouxe impactos ao nível da interação familiar e nas interações com amigos?”, a D. J. respondeu que não. Quanto ao estado de saúde, a D.J. apresenta como patologia Hipertensão Arterial, tendo também o diagnóstico

sem gestão ao regime terapêutico comprometida, não aponta alterações após a reforma ao nível da alimentação, a prática de exercício físico, na toma de medicação e na vigilância de saúde, visto que o seu estilo de vida se manteve igual.

A D. J. apresentou também uma autoeficácia percecionada alta (35 pontos na EAGP). Na avaliação do Posicionamento Face à Adaptação à Reforma, apresentou um score de 100 pontos num total de 112 pontos, pelo que a única dimensão que pontou menos que três foi na dimensão relativa às redes de apoio, no que diz respeito a quantidade dos recursos que existem na comunidade, bem como na forma como os aceder. Nas restantes seis dimensões, a D. J. pontou sempre três a quatro pontos nas afirmações correspondentes. Deste modo, foram identificados os seguintes diagnósticos: **Conhecimento sobre Serviço Comunitário Comprometido, Autoestima Elevada e Sem Imagem Corporal Comprometida.**

Tendo por base a Teoria das Transições, podemos verificar que a D.J. está consciencializada e envolvida no processo de transição para a reforma, atribuindo significado positivo à mesma. A transição não lhe impôs mudanças significativas, uma vez que, já se encontrava em casa, pelo que considera que a adaptação para a reforma se procedeu de forma facilitadora.

A falta de conhecimento sobre recursos na comunidade e a forma como os aceder foi uma necessidade identificada por ambos os membros da família. Deste modo, foram planeadas intervenções, como ensinar sobre recursos comunitários e fornecer um panfleto sobre os mesmos e a forma como os aceder (Anexo VI). Na consulta seguinte, foi avaliado novamente o conhecimento sobre recursos comunitários, tanto ao Sr. A., como a D. J., e ambos possuíam conhecimento sobre os mesmos, pelo que foi possível alterar o diagnóstico para **Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado.**

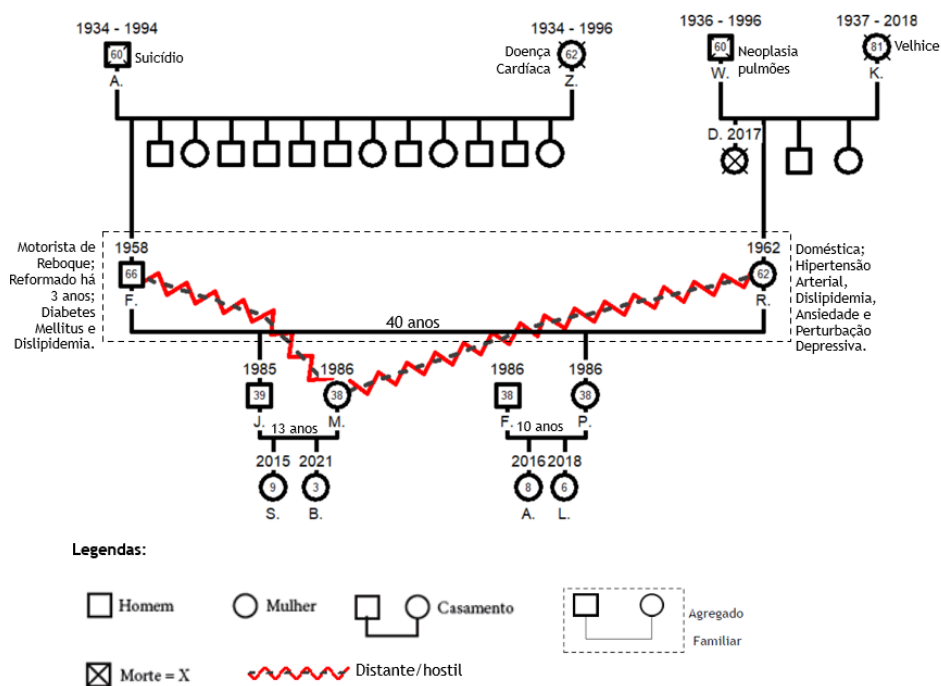
Por fim, importa realçar os ganhos em saúde da Família 1, pelo que foi possível a modificação positiva no estado de três diagnósticos, nomeadamente no animal doméstico, a família passou a ter os dois cães com a vacinação e desparasitação atualizada. A nível individual, o Sr. A. conseguiu identificar pelo menos um objetivo de vida, alterando o diagnóstico para autoestima moderada, assim como conhecimento sobre Serviço Comunitário demonstrado. A D. J. também apresentou conhecimento sobre os serviços existentes na comunidade, apresentado diagnóstico de conhecimento sobre Serviço Comunitário demonstrado. Na próxima consulta, que não foi possível realizar, teria como objetivo avaliar novamente a satisfação conjugal, no que diz respeito à satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos, uma vez que as consultas realizadas não foram suficientes para a modificação deste diagnóstico.

3.1.2. Família 2

A Família 2 é constituída pelo Sr. F. de 66 anos e a D. R. de 62 anos, casados há 40 anos. O Sr. F. encontra-se reformado há cerca de três anos, trabalhava como motorista de reboque por conta de outrem. A D. R. trabalhou 28 anos como empregada fabril, ficou desempregada e há cerca de 18 anos até atualidade é doméstica. Têm dois filhos, o J. de 39 anos, que é casado há 13 anos com a M., de 38 anos e têm dois filhos, a S. de nove anos e a B. de três anos. A filha P., de 38 anos é também casada, há cerca de 10 anos, com o F., de 38 anos, e tiveram duas filhas, a A., de oito anos, e a L., de seis anos. Ambos são independentes nas atividades de vida diárias. O Sr. F. tem é portador de Diabetes Mellitus e Dislipidemia e a D. R. tem como doenças crônicas Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Ansiedade e Perturbação Depressiva.

Foram desenvolvidas cinco consultas na USF, a primeira com duração de 30 minutos, por impossibilidade do casal, e as restantes com duração média de 50 minutos. Em todas as consultas estiveram presentes os dois elementos do casal. Na figura abaixo (Figura 7), encontra-se representado o genograma com todos os dados colhidos sobre a composição familiar, assim como a psicofigura de Mitchell.

Figura 7 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 2



Esta família é do tipo nuclear, onde está presente o subsistema individual e conjugal, que inclui o Sr. F. e a D. R. individualmente, e como marido e mulher. Tendo em conta a família extensa, ambos têm contacto pessoal e diário com a filha P. e as netas A. e L., visto que vão buscar as netas todos os dias a escola e depois a filha P. vai busca-las. Com o genro F. o contacto é pessoal

e semanal, quando vai almoçar todos os domingos a casa do casal. Relativamente ao filho J. o contacto também é pessoal e, por vezes, semanal ou quinzenal, quando vem visitá-los com as netas, S. e B. Apresentam uma relação com menos afinidade com a nora M., o Sr. R. refere “ela pertence a outra religião e com o passar dos anos está a afastar-nos das nossas netas, da S. e da B., porque tem medo que nós demos coisas a elas que vai contra a religião, como por exemplo salsichas de porco, fiambre de porco. Elas quase que já nem vem lá casa”. Pelo que o contacto com a nora M. é pessoal somente quando esta vai a casa do casal com o filho J., que nem sempre o acompanha nas visitas ao casal. No que diz respeito à função das relações, a filha P., o genro F. e as netas A. e L. são os que mais contribuem para a companhia social. Como apoio emocional, contam com os dois filhos, o Sr. J. e a filha P., e acrescentam que a filha P. também tem como função guia cognitivo e de conselhos. Quanto aos sistemas mais amplos, a família apresenta vínculo intermédio com a equipa da USF, para consultas médicas e de enfermagem, assim como com as educadoras da escola das netas, uma vez que são eles que vão buscar todos os dias as netas à escola.

Para avaliação das condições socioeconómicas, foi utilizada a Escala de Graffar, sendo que a família se situa na classe social média baixa (pontuação 11 em 3 itens de avaliação). A profissão que ambos exerciam é classificada em grau 3, o Sr. F. estudou até ao 4ºano e a D. R. até ao 6º ano, pelo que a instrução se encontra no grau 4. A origem do rendimento provém da reforma do Sr. F. (grau 4). O tipo de habitação e o local de residência não foi classificado, uma vez que não foram realizadas visitas domiciliárias à família.

Tendo em conta a dimensão estrutural do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: rendimento familiar e abastecimento de água. O casal não possui animal doméstico.

O rendimento familiar, como já referido anteriormente, encontra-se no grau 4 e a família apresenta conhecimento e capacidade para gerir o rendimento de acordo com despesas familiares. A fonte de rendimento é a reforma do Sr. F. e quando colocada a questão linear “O valor da reforma vai de encontro ao que estavam à espera?”, o Sr. F. respondeu “tinha uma expectativa maior relativamente ao valor da reforma, estava à espera de receber mais. Eu descontei 51 anos”. Ainda através das questões lineares, “Onde sentem mais dificuldade após a entrada para a reforma do Sr. F.?”, o Sr. F. afirma “por agora não temos tido dificuldades, temos conseguido gerir o nosso dinheiro conforme as despesas que temos”, a D. R. acrescenta, “nem sempre é fácil, estou a espera que chegue a minha idade também para reformar, mas a minha vai ser muito menos do que a dele, mas já vai ser mais qualquer coisa”. Relativamente à questão hipotética “Se daqui a um mês surgisse algum imprevisto, por exemplo, um pagamento com um valor elevado, acham que tinham alguém que vos pudesse ajudar?”, o Sr. M relata “não, só podemos contar connosco”, o mesmo afirma a D. R. “nós até ao momento nunca precisamos, mas se surgir temos que nos safar sozinhos. Os nossos filhos mal ganham

para as despesas deles”. Tendo em conta aos dados colhidos, foi formulado o seguinte diagnóstico: **Rendimento Familiar Não Insuficiente**.

O abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública, pelo que foi considerado o **Abastecimento de Água Adequado**.

Tendo em conta à dimensão de desenvolvimento, foi avaliada a área de atenção Satisfação Conjugal, nas dimensões operativas relativas à relação dinâmica e comunicação.

Relativamente à avaliação da dimensão operativa relação dinâmica, na satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas, foram utilizadas questões lineares e circulares, tal como “Costumam a definir tarefas domésticas para cada um?”, a D. R. respondeu não, “sou eu que faço tudo, desde sempre”, o Sr. F. relata “as tarefas domésticas é trabalho de mulher. O trabalho de homem é trabalhar. Eu trabalhei muitas horas, mesmo durante a noite tinha que estar em alerta, se fosse chamado tinha que ir”. Tendo em conta o processo de transição e, uma vez que o Sr. F. já não trabalha, foi questionado “A transição para a reforma alterou as vossas tarefas e rotinas domésticas?”, ambos responderam não, pelo que a D. R. acrescenta “ele veio para casa e mesmo assim não faz nada, agora não pode dizer que é porque está cansado de trabalhar”, o Sr. F. acrescenta “eu nunca fiz e não é agora que vou aprender”. Quando aplicada a questão de escala, “De 1 a 10, o quanto estão satisfeitos neste momento com a partilha das tarefas domésticas?”, a D. R. respondeu 6 o Sr. F. um 10. De modo a avaliar a importância desta partilha para o casal, foi questionado “Consideram que a partilha de tarefas domésticas é importante para a vossa dinâmica como casal?”, a D. R. considera que sim, referindo “as tarefas domésticas não são trabalho de mulher e de homem, os homens que vivem sozinhos são eles que fazem as coisas. Eu considero que deve haver partilha, nem tudo para um nem para o outro”, o Sr. F. “em minha casa já era a minha mãe que fazia tudo e não se chateava com o meu pai. Já fui criado assim. Eu não aceito que a mulher esteja sentada no sofá e o homem a fazer as tarefas domésticas (...)”, dando o exemplo do filho J., “(...) muitas vezes a minha nora está sentada no sofá a mexer no telemóvel e manda o meu filho trocar a fralda da minha neta. Eu não acho que faça sentido, eu até disse nem pareces meu filho, é um serviço de mulher e se esta não está ocupada ela é que tem de fazer”, alegando que as mulheres dos dias de hoje querem mudar o que sempre foi, “sempre houve serviços de mulher e serviços de homem. Por último foi colocada uma questão reflexiva “Caso surja uma situação inesperada acham que conseguem ser flexíveis e assumir as funções um do outro?”, a D. R. afirma que sim e o Sr. F. “conseguiria desenrascar-me”.

Quanto ao tempo que passam juntos, foi utilizada também uma questão de escala para avaliar a satisfação do casal, de 1 a 10, relativamente ao tempo que passam juntos. Ambos responderam 10, a D. R. relata que “estamos quase sempre juntos. De manhã estamos por casa, eu vou fazendo as coisas de casa e ele vai caminhar. Depois almoçamos, vamos ao café e depois vamos buscar as minhas netas à escola e vimos para casa”, o Sr. F. acrescenta “eu gosto de ir

caminhar. Ela não gosta muito, diz que eu caminho muito rápido e que não consegue me acompanhar”. No que diz respeito à transição para a reforma, o casal refere que agora passam mais tempo juntos e mostraram maior satisfação com o tempo que passam juntos após a transição. De forma a refletir sobre o futuro do casal, foi questionado “O que gostariam de fazer que ainda não tiveram oportunidade? Ou o que gostavam de fazer em conjunto que ainda não fizeram?”, a D. R. respondeu “acho que não temos nada que queríamos muito fazer e não fazemos. Eu gostava de passear mais, mas não temos dinheiro para muitos passeios”, pelo que o Sr. F. relatou “as excursões estão muito caras”.

Quanto à satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos, através de questões lineares e circulares, como por exemplo, “O Sr. F. costuma conversar e expressar os seus sentimentos e emoções com a D. R.? E a D. R.?”, ambos responderam que sim, acrescentado o Sr. F. “quando um de nós está mal temos que saber porque está mal”. Não relataram diferenças na partilha de sentimentos após a reforma, estão satisfeitos com o modo como partilham os sentimentos um do outro e sentem-se valorizados um pelo outro.

No que se refere à comunicação entre o casal, foi avaliado se o casal conversa sobre expectativas e receios de cada um, se conseguem chegar a um acordo quando há discordância de opinião e se estão satisfeitos com o padrão de comunicação do casal. Para isso foram colocadas questões lineares, circulares, reflexivas e de escala, como por exemplo “Quando existe algo que vos preocupa conversam sobre o assunto? Neste momento, têm receio de alguma coisa?”, ambos responderam que conversam sobre tudo e neste momento não têm receio de alguma coisa. Foi também questionado ao casal, “Têm discutido mais desde que entraram na reforma? Se sim, sobre que assuntos?”, o Sr. F. respondeu “por vezes é por coisas mínimas, por exemplo, se deixo a luz do quarto acesa, ela já está em cima de mim, são coisas simples que passam”. Quando pedido para descrever um episódio em que existiu discordância de opiniões, estes não se recordavam de momento nenhum episódio. O Sr. F. classifica num 10 e a D. R. também num 10, quando questionados “numa escala, de 1 a 10, o quão estão satisfeitos com a forma como comunicam?”. O casal mostra-se satisfeito com a sua comunicação e, o facto de estarem na reforma e mais tempo juntos, não sofreu alterações significativas na forma como comunicam. Tendo em conta os dados colhidos, foi identificado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional manifestada por não satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas.**

O Sr. F. apresenta a convicção que as tarefas domésticas pertencem ao sexo feminino, referenciando que sempre foi assim e que mesmo em casa dos seus pais essa prática pertencia à mulher. As crenças dizem respeito a valores integrados pelas famílias que podem influenciar a tomada de decisão na procura de solução de problemas. Estas podem ser promotoras de mudança, isto é, facilitadoras para o funcionamento familiar efetivo, por outro lado podem também ser dificultadoras para a mudança, como é o caso da Família 2, provocando uma

diminuição de alternativas para a solução dos problemas, como na partilha das tarefas domésticas entre o casal (Figueiredo, 2012). Com o objetivo de desmitificar a crença imposta pelo Sr. F. foi planeada a intervenção apoiar crenças e, para isso, foi utilizada a prescrição paradoxal, de modo a que os membros da família continuem com o seu comportamento sintomático, através da prescrição de comportamentos aparentemente em oposição aos objetivos definidos (Murteiro & Figueiredo, 2023). Através de uma relação terapêutica com a família dirigida à produção de mudança foi sugerido ao Sr. F. “continue a não partilhar as tarefas domésticas com a sua esposa, visto que não é trabalho de homem, e sempre que vir o seu filho a realizar qualquer tipo de tarefa doméstica incentive-o a não realizar. Assim irá conseguir manter que os homens não realizem qualquer tipo de tarefa, apenas as mulheres”. Esta técnica permite enfraquecer as colisões familiares resistente à mudança (West & Zarski, 2011), contribuindo para que, posteriormente, mudança seja mais eficaz (Cullin, 2005; Zordan et al., 2012).

Como resultado, na consulta seguinte, a D. R. admitiu que o Sr. F. não falou mais sobre o facto de o filho ajudar a mulher, “ele no outro dia viu o filho a limpar o chão, porque o meu neto tinha virado o iogurte, e nem sequer comentou que devia de ser a mulher dele a limpar. Antes teria comentado logo”. O Sr. F. refere que o que foi dito levou a pensar e em nenhuma das situações conseguiu dizer ao filho para pedir à mulher para ser ela a fazer qualquer tipo de tarefa que ele também pudesse fazer, “eu sempre vivi no tempo em que era a mulher a fazer tudo em casa, mas os tempos mudam. E cada vez se vê mais homens, e até da minha idade, a viverem sozinhos e vejo que eles acabam por ter que fazer as coisas”. O Sr. F. revelou-se mais preparado para a mudança e, neste sentido, com o objetivo de incentivar a partilha de tarefas domésticas, foram planeadas intervenções, tais como motivar e aconselhar para a redefinição da partilha das tarefas domésticas. Para isso, foi proposto à família a aplicação de um “jogo”, de maneira a que, posteriormente fosse possível aplicar um ritual terapêutico à família. Deste modo, para cada membro da família foi criada uma lista de tarefas para realizar até à próxima consulta. Em conjunto com o Sr. F. foi criada a seguinte lista de tarefas que este não costuma realizar, mas que não se importaria de fazer. Sendo estas: “fazer a cama”, “pôr a roupa a secar”, “apanhar a roupa do estendal”, “recolher o lixo”, “pôr a mesa ao almoço e jantar”, “hoje não tem tarefa planeada. Faça o que achar necessário”, “já tem alguma consulta médica/enfermagem agendada? Não se esqueça do dentista”, “compre um presentinho para a sua esposa”, “ir tomar café fora de casa com a esposa”, “dar uma caminhada com a esposa”, “hoje é dia de dar um beijo à sua esposa”, “ir tomar café com um familiar”, “planear um passeio com a sua esposa” e “planear um passeio em família”. O mesmo foi feito com a D. R., tendo como tarefas: “pagar as contas”, “ir tomar café com um familiar”, “planear um passeio com o marido”, “hoje não tem tarefa planeada. Faça o que achar necessário”, “compre um presentinho para o seu marido”, “já tem alguma consulta médica/enfermagem agendada? Não se esqueça do dentista”, “hoje é dia de dar um beijo ao seu marido”, “ir tomar café fora de

casa com o marido”, “planejar um passeio em família” e “dar uma caminhada com o marido”. Todas as tarefas descritas foram planeadas e consentidas por ambos os membros do casal, não impondo nenhuma tarefa em que estes se sentissem em obrigação para a sua realização. Para que o processo terapêutico com a família seja eficaz é necessário a integração e a inclusão desta na prestação de cuidados, respeitando as necessidades individuais dos seus membros, promovendo a interação, colaboração e interajuda para a construção de um relacionamento de cooperação e parceria (Pires, 2016).

Na consulta seguinte, verificou-se que o Sr. F. conseguiu pôr em práticas as tarefas planeadas, assim como a esposa. O Sr. F. referiu que em algumas teve ajuda das netas, como por exemplo, “na tarefa pôr a mesa, as minhas netas ajudaram-me. Elas já são grandinhas, assim também estou a incentivar a partilha entre elas”. Ambos foram elogiados pelo esforço e empenho que tiveram na realização deste “jogo” e foram questionados “O que sentiram ao realizar estas tarefas que outrora não realizavam?”, o Sr. F. afirma “fiquei a perceber que existem coisas que até eu posso fazer”, a D. R. respondeu “eu praticamente aprendi a pagar as contas. Eu já via como ele fazia, já sabia mais ou menos. Se ele fizer nem que seja o que foi escrito nestes papéis já não me importo, já é uma grande evolução”. Desta forma, foi sugerido um ritual que o casal mantivesse em prática o jogo instituído sem a necessidade de consultar os papéis com as tarefas e, até mesmo, realizar tarefas que até então não foram planeadas. Deste modo, foi possível foi alterado o diagnóstico para **Satisfação Conjugal Mantida relacionada com Relação Dinâmica Funcional**.

No que se refere à dimensão do desenvolvimento, no que diz respeito ao Processo Familiar, foi avaliada a dimensão operativa *Coping* Familiar. Através do questionamento circular, o casal revela que ambos identificam os problemas, acrescentando a D. R. “é claro que pode haver discussões uma ou outra vez, mas nós rapidamente nos resolvemos”. Foi também colocada a questão “Neste momento, o Sr. F. identifica algum problema na sua família? E a D. R.?”, ambos responderam que neste momento não identificam nenhum problema que precise de ser resolvido. De forma linear, foi questionado ao casal se estão satisfeitos com a forma como discutem os problemas, pelo que responderam que sim. Tendo em conta aos recursos externos, foi pedido ao casal para descreverem uma situação em que tiveram que recorrer a terceiros para resolver um determinado problema e, de momento, o casal não conseguiu lembrar de nenhuma situação, no entanto consideram que se precisarem da ajuda dos filhos eles ajudariam. Posto isto, foi identificado o diagnóstico **Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com Coping Familiar Eficaz**.

No que diz respeito à avaliação individual e, tendo em conta ao número reduzido de consultas, foi avaliada a trajetória profissional e a relação do indivíduo com a reforma, com o objetivo de perceber o seu impacto, bem como a capacidade de adaptação à reforma de cada membro. Deste modo, foram colocadas algumas questões, ao Sr. F., que caracterizassem a sua trajetória

profissional, a transição emprego-reforma, os impactos nas redes de suporte social e no estado de saúde, assim como também foram aplicadas duas escalas: a Escala de Autoeficácia Geral Percecionada (EAGP) e a Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR).

O Sr. F. iniciou atividade profissional com 14 anos, exercendo funções como motorista de reboque. Trabalhou cerca de 26 anos para a última empresa, no entanto, decidiu vir para a reforma por não satisfação com as condições de trabalho, “eu cheguei a trabalhar mais algum tempo depois da reforma, para ver se ganhava mais um bocado, mas já estavam a mudar muitas regras, os mais novos a querer mandar e eu decidi deixar”. Quando questionado “Que significado tinha para si o trabalho na sua vida?”, este respondeu “significava estar ocupado e ter responsabilidades”. Relativamente aos sentimentos experienciados na passagem à reforma, o Sr. F. refere “foram sentimentos positivos, senti-me livre e sem ninguém a mandar em mim. No entanto, também me senti meio perdido, tinha uma vida muito ativa e, de repente, não tinha nada para fazer. Depois tive que me adaptar, entre caminhar, ir ao café jogar cartas, ir buscar as netas a escola para ocupar o meu dia”. No que toca às expectativas em relação à reforma, o Sr. F. relatou que queria gozar mais a vida, no entanto o rendimento não permite grandes despesas. À pergunta “Desenvolveu algum plano que o ajudasse na transição para a reforma?”, este respondeu que não. Tendo em conta à idade ideal para a reforma, o Sr. F. considera que é entre os 60 e os 62 anos, permitindo assim, na sua opinião, diminuir a taxa de desemprego. No que diz respeito à rede de suporte social, foi questionado “A passagem para a reforma trouxe impactos ao nível da interação familiar e nas interações com amigos?”, o Sr. A. respondeu que não. Quanto ao estado de saúde, o Sr. F. é portador de Diabetes Mellitus, apresenta o diagnóstico “sem gestão ao regime terapêutico comprometido” no seu processo clínico, no entanto, quando questionado “Com a reforma, mudou comportamentos relacionados com o seu estado de saúde, nomeadamente alimentação, a prática de exercício físico, na toma de medicação e na vigilância de saúde?”, o Sr. F. respondeu que manteve, apenas aumentou o número de caminhadas “vou caminhar mais vezes em relação quando trabalhava. Antes só ia ao domingo e agora vou à sexta, sábado e domingo”.

Tendo por base a Teoria das Transições, podemos verificar que este está consciencializado e envolvido no processo de transição para a reforma, atribuindo significado positivo à mesma e satisfação com as mudanças impostas. Procurou manter-se ativo e ocupar o seu dia-a-dia com aquilo que o satisfaz, pelo que considera que a adaptação para a reforma se procedeu de forma facilitadora.

O Sr. F. apresentou uma autoeficácia geral percecionada muito alta, de acordo com o score da EAGP (40 pontos) e, quando avaliado o Posicionamento Face à Adaptação à Reforma, com um score de 104 pontos na escala de EPFAR, apenas foi identificada necessidade de intervenção na dimensão rede de apoio. O Sr. F. considera que os recursos na comunidade são insuficientes e não tem conhecimento como aceder aos mesmos. Posto isto, foram identificados os diagnósticos

Conhecimento sobre Serviço Comunitário Comprometido, Autoestima Elevada e Sem Imagem Corporal Comprometida. Deste modo, foram planejadas intervenções, tais como, ensinar sobre recursos comunitários e fornecer um panfleto sobre os mesmos e a forma como os aceder (Anexo VI). Na consulta seguinte, foi avaliado novamente o conhecimento sobre recursos comunitários, verificando que este já possuía mais conhecimento sobre os mesmos, pelo que foi possível alterar o diagnóstico para **Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado.**

A D. R. iniciou atividade profissional com 16 anos, inicialmente foi empregada fabril durante 28 anos e nos últimos 18 anos manteve-se como doméstica. A empresa fechou por insolvência e depois acabou por ficar sempre em casa. Ainda não se encontra na reforma, no entanto para esta é como já estivesse “a única diferença vai ser no rendimento, agora não estou a receber nada e depois irei receber”. A idade ideal para a reforma, na opinião da D. R., seria aos 60 anos. Tendo em conta que a D. R. ainda não se encontra na reforma não foram abordadas mais questões referentes a esta transição. Pelo mesmo motivo também não foi avaliada a autoeficácia geral percebida, assim como o Posicionamento Face à Adaptação à Reforma.

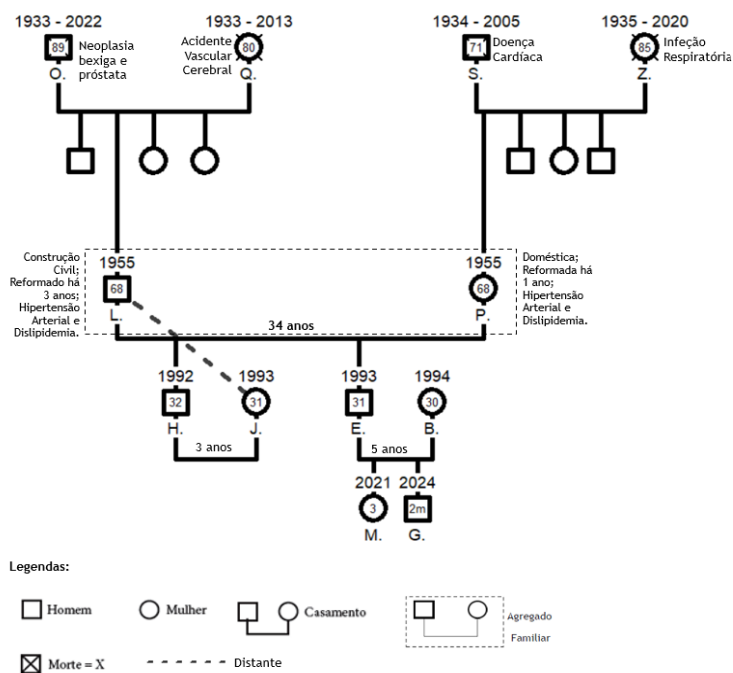
Por fim, importa realçar os ganhos em saúde da Família 2, pelo que foi possível a modificação positiva no estado de dois diagnósticos, no que diz respeito à satisfação conjugal e, a nível individual, o Sr. F. melhorou o conhecimento sobre os serviços existentes na comunidade, apresentado diagnóstico de conhecimento sobre Serviço Comunitário demonstrado.

3.1.3. Família 3

A Família 3 é constituída pelo Sr. L. e a D. P., ambos com 68 anos. Estão casados há 34 anos e tiveram dois filhos, o Sr. H. de 32 anos, casado com a D. J., de 31 anos, e o Sr. E., de 31 anos casado com a D. B., de 30 anos, que têm dois filhos, a M., com três anos, e o G., com dois meses. O Sr. L. encontra-se reformado há cerca de três anos, trabalhava na construção civil por conta de outrem, e a D. P. reformou-se há um ano e sempre foi doméstica. Ambos são independentes nas atividades de vida diárias. Ambos apresentam como doenças crónicas Hipertensão Arterial e Dislipidemia.

Foram desenvolvidas duas consultas na USF, com duração média de 45 minutos. Em todas as consultas estiveram presentes os dois elementos do casal. Na figura abaixo (Figura 8), encontra-se representado o genograma com todos os dados colhidos sobre a composição familiar, assim como a psicofigura de Mitchell.

Figura 8 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 3



Esta família é do tipo nuclear, onde está presente o subsistema individual e conjugal, que inclui o Sr. L. e a D. P. individualmente, e como marido e mulher. Tendo em conta a família extensa, ambos têm contacto pessoal e semanal com os filhos, noras e netos, a D. P. afirma “todos os domingos eles vêm todos comer lá casa”, considerando que todos eles exercem função de companhia social. Com a nora do filho mais velho (D. J.), o Sr. L., apresenta menos afinidade, referindo “não gosto muito dela. Por exemplo, eu na sala tenho uma televisão normal. Antes de comprar, andava a medir com uma fita métrica as medidas que a televisão podia ter, estava lá o meu filho mais velho e a minha nora, e a esta disse: você vai comprar uma televisão? Mal ganha dinheiro para comer..., esse comentário ficou-me atravessado e nesse dia até sai de casa e nem almocei com eles. Eu acho que isto não se diz, eu meto dinheiro em casa deles, damos muita coisa, vem comer a nossa casa é porque o dinheiro chega”. A D. P. acrescenta “a minha nora gosta muito de dar palpites e o meu marido não gosta. É uma pessoa um bocado autoritária”. Quanto aos sistemas mais amplos, a família apresenta vínculo intermédio com a equipa da USF, para consultas médicas e de enfermagem, assim como com a igreja, uma vez que vão à missa todos os domingos. O Sr. L. tem vínculo forte com a equipa de Karaté, “eu fui praticante e professor de Karaté. Agora apesar de já não praticar nem dar aulas, eles convidam-me sempre que há eventos, jantares, ...”.

De acordo com avaliação da Escala de Graffar, a família situa-se na classe social média baixa (pontuação 11 em 3 itens de avaliação). A profissão que ambos exerciam situa-se no grau 3, ambos estudaram até ao 4ºano, pelo que a instrução se encontra no grau 4. A origem do

rendimento de ambos provém da reforma (grau 4). O tipo de habitação e o local de residência não foi classificado, uma vez que não foram realizadas visitas domiciliárias à família.

Tendo em conta a dimensão estrutural do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: rendimento familiar, abastecimento de água e animal doméstico.

O rendimento familiar, como já referido anteriormente, encontra-se no grau 4 e a família apresenta conhecimento e capacidade para gerir o rendimento de acordo com despesas familiares. A fonte de rendimento de ambos é a reforma e quando colocada a questão linear “O valor da reforma vai de encontro ao que estavam à espera?”, o Sr. L. respondeu que o valor foi ao encontro daquilo que estava a espera e a D. P. afirma “eu já estava a espera de receber pouco, porque descontei pouco também”. Ainda através do questionamento linear, “Onde sentem mais dificuldade após a entrada para a reforma?”, a D.L. relata “por agora não temos tido dificuldades, temos conseguido gerir o nosso rendimento conforme as despesas que temos, não pagamos renda de casa, cultivamos muita coisa no campo e criamos animais (porcos, galinhas)”, acrescentando o Sr. L. “já conseguimos poupar em algumas coisas porque não temos que comprar”. Relativamente à questão hipotética “Se daqui a um mês surgisse algum imprevisto, por exemplo, uma varia no carro, tinham alguém que vos pudesse ajudar?”, a D. P. respondeu “acho que conseguíamos resolver. Só se fosse alguma coisa muito exorbitante” e o Sr. L. afirma “os nossos filhos têm a vida deles, mas provavelmente nos ajudariam, mas como ainda não tivemos numa situação dessas não sabemos...mais depressa ajudamos nós a eles, damos coisas do campo, vêm comer a nossa casa ao domingo”. Tendo em conta aos dados colhidos, foi formulado o seguinte diagnóstico: **Rendimento Familiar Não Insuficiente**.

O abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública, pelo que foi considerado o **Abastecimento de Água Adequado**. O casal possui dois cães e apresentam vacinação e desparasitação atualizada. Portanto, foi formulado o diagnóstico **Animal Doméstico Não Negligenciado**.

De seguida, foi avaliada a dimensão de desenvolvimento, nomeadamente a Satisfação Conjugal, nas dimensões operativas relativas à relação dinâmica e comunicação.

No que diz respeito à avaliação da dimensão operativa relação dinâmica, na satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas, foram utilizadas questões lineares e circulares, tal como “Costumam a definir tarefas domésticas para cada um?”, a D. P. refere “não costumamos definir exatamente o que cada um faz. Mas posso considerar que o meu marido ajuda em casa, ele gosta de cozinhar. Lavar a loiça e pôr roupa a lavar é algo que não gosta muito, mas se tiver que fazer faz. Onde ajuda mais é na cozinha”, o Sr. L. acrescenta “eu gosto muito de cozinhar, principalmente receitas mais elaboradas e toda a gente gosta da minha comida”. Após a questão “Consideram que a transição para a reforma alterou as vossas tarefas e rotinas domésticas?”, o Sr. L. afirma que sim, “sim, num bom sentido. Agora cozinheiro mais do

que quando estava a trabalhar. Antes gostava de fazer o almoço de domingo e quando era cabrito, já o ponha a assar no sábado no fogão a lenha. Agora também faço isso, mas se tiver que cozinhar também durante a semana também cozinho”, pelo que a D. P. confirma. Quando aplicada a questão de escala, “De 1 a 10, o quanto estão satisfeitos neste momento com a partilha das tarefas domésticas”, o Sr. L. respondeu 10 e a D. P. também um 10. Se surgir alguma situação inesperada o casal refere que conseguem ser flexíveis e assumir as funções um do outro.

Relativamente ao tempo que passam juntos, foi utilizada também uma questão de escala para avaliar a satisfação do casal, de 1 a 10, relativamente ao tempo que passam juntos. Ambos responderam com um 10, o Sr. L. relata “normalmente acordo primeiro que ela, vou tratar dos animais, fazer qualquer coisa no campo, e depois ela vem lá ter comigo”, a D. L. responde “sim, passamos muito tempo juntos. Eu de manhã gosto de descansar mais um bocado e ele encarrega-se de ir deitar comida aos animais”. O casal considera que com a reforma, o tempo que passam juntos aumentou, e estão satisfeitos com o mesmo, pelo que a D. L. afirma “durante a semana só estávamos juntos a noite. Agora passamos sempre o dia os dois, muitas vezes, queríamos passear mais, mas o dinheiro que recebemos não chega para burguesia. Ainda no mês passado fomos a Madrid a um casamento de um sobrinho e já ficou bastante dispendioso”. Deste modo, de forma a refletir sobre o futuro do casal, foi questionado “O que gostariam de fazer que ainda não tiveram oportunidade? Ou o que gostavam de fazer em conjunto que ainda não fizeram?”, a D. P. respondeu “viajar, conhecer sítios novos, ...” e o Sr. L. “não gosto de andar de avião, gosta mais sair de casa de carro e ir por aí por sítios que não seja muita confusão, como fomos a Madrid não gostei é muita hora de carro”.

Quanto à satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos, através de questões lineares e circulares, como por exemplo, “O Sr. L. costuma conversar e expressar os seus sentimentos e emoções com a D. P.? E a D. P.?”, ambos responderam que sim. Não relataram diferenças na partilha de sentimentos após a reforma e estão satisfeitos com o modo como partilham os sentimentos um do outro.

No que toca à comunicação entre o casal, foi avaliado se o casal conversa sobre expectativas e receios de cada um, se conseguem chegar a um acordo quando há discordância de opinião e se estão satisfeitos com o padrão de comunicação do casal. Para isso foram colocadas questões lineares, circulares, reflexivas e de escala, como por exemplo, “Quando existe algo que vos preocupa conversam sobre o assunto? Neste momento, têm receio de alguma coisa?”, ambos afirmam que sim, costumam a falar sobre os seus problemas e não conseguem identificar de momento algo que os receie. À questão “Consideram que a transição para a reforma levou a mais momentos de discussão? Se sim, sobre que assuntos?”, ambos responderam que não, o Sr. L. e a D. P. não consideram que a transição para a reforma tenha alterado a forma como comunicam. Quando têm opiniões diferentes, o Sr. L. afirma que conseguem chegar a um

consenso, relatando “claro que, como todos os casais, temos dias que às vezes não concordamos com certas coisas, mas são coisas pequenas que passam”. Ambos concordam que a sua opinião é valorizada e respeitada e, que por vezes, um ou outro acaba por ceder para conseguirem chegar a um acordo e não acham que a forma como resolvem os problemas tenha sido alterada após a transição para a reforma. Numa escala de 1 a 10, relativamente à qualificação da comunicação entre os mesmos, em que 1 é má e 10 excelente, ambos qualificaram num 10. O casal está satisfeito com a forma como comunicam, não identificando alterações na transição para a reforma. Tendo em conta os dados colhidos, foi identificado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Mantida relacionada com Relação Dinâmica Funcional e Comunicação Eficaz**.

No que refere à dimensão do desenvolvimento, nomeadamente o Processo Familiar, foi avaliada a dimensão operativa *Coping* Familiar. Através do questionamento circular, foi questionado “Até hoje, quando existe um problema, algum de vocês identifica primeiro? Por exemplo, quando o Sr. L. decidiu vir para a reforma, alguém identificou algum problema?”, o Sr. L. respondeu “pode acontecer em certas situações um identificar primeiro do que o outro, mas costumamos resolver juntos. Mas com a transição para a reforma não identificamos nenhum problema, nem discutimos sobre isso”, a D. P. concorda com o que o Sr. L. disse, “quando temos algum problema, falamos sobre ele e tentamos resolver os dois”. Deste modo, podemos considerar que os membros da família, costumam discutir sobre os seus problemas e sentem-se satisfeitos com a forma como discutem. Perante a transição para a reforma, foi questionado “Sentiram necessidade de recorrer à restante família e amigos como fonte de apoio?”, ambos responderam que não e, o Sr. L. acrescenta, “até agora nunca precisamos de nada, mas pensamos que se fosse mesmo necessário que poderíamos recorrer aos nossos filhos”. Posto isto, foi identificado o diagnóstico **Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com Coping Familiar Eficaz**.

A nível individual, ao par das outras famílias, foi avaliada a trajetória profissional e à relação do indivíduo com a reforma, com o objetivo de perceber o seu impacto, bem como a capacidade de adaptação à reforma de cada membro. Para isso, foram colocadas algumas questões que caracterizassem a sua trajetória profissional, a transição emprego-reforma, os impactos nas redes de suporte social e estado de saúde, assim como também foram aplicadas duas escalas: a Escala de Autoeficácia Geral Percecionada (EAGP) e a Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR), a cada um dos membros.

O Sr. L. iniciou atividade profissional com 13 anos, exercendo sempre funções na área da construção civil, “comecei a trabalhar com o meu pai e depois quando o meu pai deixou de trabalhar fui para outra empresa que era gerida por um amigo dele. Trabalhei nessa empresa até à reforma, foram cerca de 30 anos”. Quando questionado se estava satisfeito com a última função que desempenhava, o Sr. L. afirma “sim, cada um fazia o seu trabalho. Às vezes ia para obras sozinho, fazia o meu trabalho e vinha embora. Nunca tive chatices com ninguém”. Quando questionado “Que significado tinha para si o trabalho na sua vida?”, este respondeu “tinha mais

responsabilidades, consegui ganhar mais dinheiro, ...”. Tendo em conta ao processo de transição para a reforma, foi questionado “Quais as razões de ser ter reformado?”, o Sr. L. relata “foi mais ou menos pela idade, queria ter mais tempo para mim, já estava cansado e vi que não perdia muito em ir para a reforma aos 65 anos. Foi por isso que depois tratei dos papéis e vim para a reforma”. Neste sentido, foi abordada a questão “Quais os sentimentos na passagem à reforma? Considera que se reformou na altura certa?”, o Sr. L. concorda que se reformou na altura certa, acrescentado “para mim vir para a reforma deu-me felicidade, liberdade, poder organizar o dia como eu quero”. À pergunta “Desenvolveu algum plano que o ajudasse na transição para a reforma?”, este respondeu que não. Tendo em conta à idade ideal para a reforma, foi questionado “Considera que há uma idade ideal para a reforma?”, pelo que respondeu “acho que os 65 anos é a idade ideal”. No que diz respeito às expectativas em relação a reforma, o Sr. L. refere que foi de encontro àquilo que estava à espera, “o que eu procurava depois da reforma era ter mais tempo para cuidar da casa, quintal e dos meus animais”. No que diz respeito à rede de suporte social, foi questionado “A passagem para a reforma trouxe impactos ao nível da interação familiar e nas interações com amigos?”, o Sr. L. respondeu que não. Relativamente ao estado de saúde, o Sr. L. é portador de hipertensão e, através da consulta do seu processo clínico, foi verificado que já apresentava o diagnóstico: “sem gestão ao regime terapêutico comprometida”. No entanto, para perceber se com a transição para a reforma trouxe impactos no seu estado de saúde, foi questionado “Com a reforma, mudou comportamentos relacionados com o seu estado de saúde, nomeadamente alimentação, a prática de exercício físico, na toma de medicação e na vigilância de saúde?”, o Sr. L. afirma “não mudou nada. O exercício que faço é a trabalhar na terra, antes era a trabalhar nas obras e agora é quando vou para o quintal. Eu nunca estou parado. De resto, eu já era hipertenso antes da reforma, não mudou nada com a reforma”.

O Sr. L. apresentou uma autoeficácia geral percecionada alta, com um score de 38 pontos na EAGP. Quando avaliado o Posicionamento Face à Adaptação à Reforma, este obteve um score de 103 pontos, sendo que não foi identificado nenhum problema nas diferentes dimensões avaliadas, mesmo na dimensão rede de apoio, este refere “eu conheço uma pessoa que trabalha na Universidade Sénior, já me convidou para ir para lá, mas eu gosto mais de passar o meu tempo no quintal e a tratar dos meus animais”. Deste modo, foram identificados os seguintes diagnósticos: **Autoestima Elevada, Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado e Sem Imagem Corporal Comprometida**, pelo que não foi identificada nenhuma necessidade a nível individual ao Sr. L.

Tendo por base a Teoria das Transições, podemos verificar que este está consciencializado e envolvido no processo de transição para a reforma, atribuindo significado positivo à mesma e satisfação com as mudanças impostas. Procurou manter-se ativo e ocupar o seu dia-a-dia com

aquilo que o satisfaz, na companhia da sua esposa, pelo que considera que a adaptação para a reforma se procedeu de forma facilitadora.

A D. P. sempre foi doméstica, afirmando “eu cheguei a trabalhar durante alguns anos, mas era sem descontos. Andei como jornaleira, ou seja, pediam ajuda para o campo eu ia e pagavam-me ao dia, também já cheguei a fazer limpezas, entre outras coisas”. Considera que a transição para a reforma não trouxe impactos na sua vida e quando questionada “O que significa para si estar na reforma?”, a mesma respondeu “significa ter um ordenado ao final do mês. Antes da reforma não recebia, o meu marido dava-me dinheiro para eu fazer as compras, pagar contas, basicamente ele trabalhava, mas era eu que geria o nosso dinheiro”. À questão “Foi desenvolvendo algum plano para quando fosse para a reforma?”, a D. P. relatou “não, a única coisa que fui fazendo era tentar ter um pé-de-meia para quando chegasse à reforma dos dois não sentíssemos muitas dificuldades monetárias”. Para a D. J. a idade ideal para a reforma seria entre os 60 e os 62 anos. No que diz respeito à rede de suporte social, a D. P. afirma também que não sentiu mudanças ao nível da interação familiar e amigos desde que transitou para a reforma. Quanto ao estado de saúde, a D. P. é portadora de Hipertensão Arterial, no entanto, também não considera que a transição para a reforma tenha alterado os cuidados que tem com a sua saúde, apresentando também o diagnóstico “sem gestão ao regime terapêutico comprometida”.

A D. P. apresenta uma autoeficácia geral percecionada alta, com um score de 36 pontos na EAGP e, quando avaliado o Posicionamento Face à Adaptação à Reforma, esta obteve um score de 106 pontos, não apresentando também alterações nas dimensões avaliadas. Deste modo, foram identificados os seguintes diagnósticos: **Autoestima Elevada, Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado e Sem Imagem Corporal Comprometida**, pelo que também não foi identificada nenhuma necessidade a nível individual à D. P.

Tendo por base a Teoria das Transições, a D. P. está consciencializada e envolvida no processo de transição para a reforma, atribuindo significado positivo à mesma. A transição não lhe impôs mudanças significativas, uma vez que, não alterou a sua rotina diária, considerando que a adaptação para a reforma se procedeu de forma facilitadora.

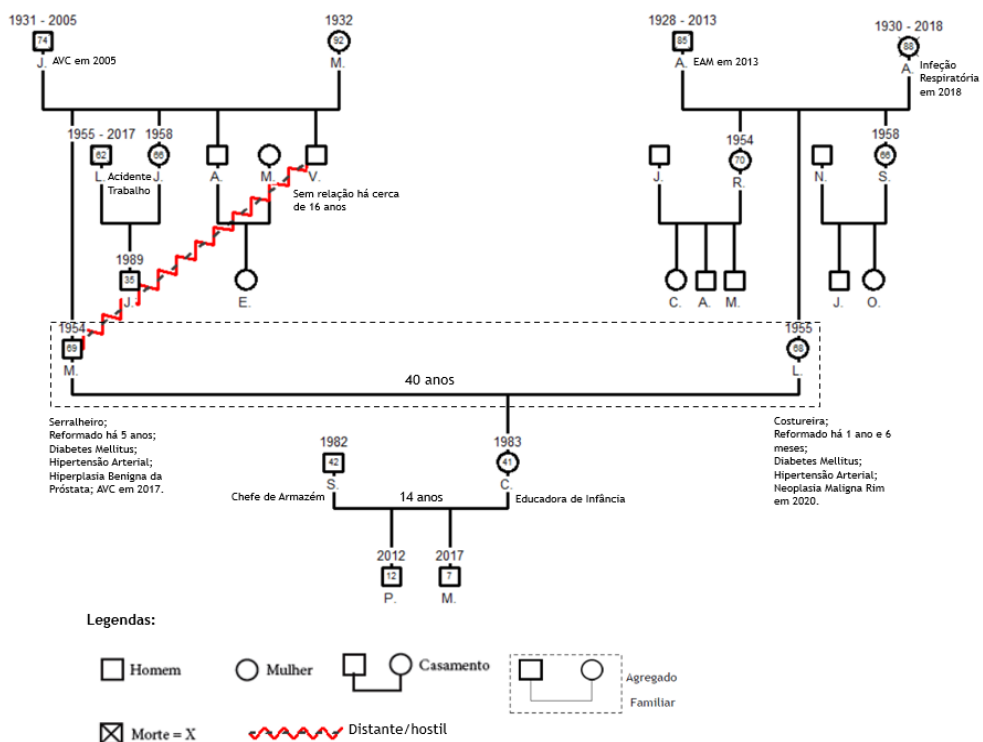
Após a realização das duas consultas com a Família 3 não foram planeadas mais consultas, uma vez que não foi possível identificar necessidades nesta família. Foi pertinente elogiar os recursos, as competências e pontos fortes da família favoráveis para o processo de transição.

3.1.4. Família 4

A Família 4 é constituída pelo Sr. M. de 69 anos e a D. L. de 68 anos, casados há 44 anos. O Sr. M. encontra-se reformado há cerca de cinco anos, trabalhava como serralheiro por conta de outrem, e a D. L. reformou-se há cerca de um ano e meio e trabalhava como costureira. Ambos são independentes nas atividades de vida diárias. O Sr. M. é portador de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Hiperplasia Benigna da Próstata e sofreu um AVC em 2017. A D. L. tem como doenças crónicas Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e teve uma Neoplasia Maligna num rim em 2020. Têm uma filha, a C. de 41 anos, que é casada há 14 anos com o Sr. S., de 42 anos, que têm dois filhos, o P. de 12 anos e o M. de 7 anos.

Foram desenvolvidas quatro consultas na USF, com duração média de 60 minutos. Em todas as consultas estiveram presentes os dois elementos do casal. Na figura abaixo (Figura 9), encontra-se representado o genograma com todos os dados colhidos relativamente à composição familiar, com ênfase na visualização da estrutura familiar nuclear e extensa, assim como a psicofigura de Mitchell.

Figura 9 - Genograma e psicofigura de Mitchell da Família 4



Esta família é do tipo nuclear, onde está presente o subsistema individual e conjugal, que inclui o Sr. M. e a D. L. individualmente, e como marido e mulher. Tendo em conta a família extensa, ambos os membros da família referem que têm contacto regular e pessoal, com a filha (C.) e com os netos (P. e M.), uma vez que é o casal que os vai buscar à escola todos os dias ao final do dia e depois a filha do casal vem buscá-los a casa dos pais. Apresenta contacto semanal com

o genro (S.), quando vai almoçar a casa do casal ao domingo. A filha (C.) tem como função na família companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos. Quanto aos sistemas mais amplos, a família apresenta vínculo intermédio com a equipa da USF. A D. L. tem um vínculo intermédio com a equipa de hidroginástica e vínculo forte com as amigas, “(...) normalmente vou tomar café com as minhas amigas todos os dias de manhã, foi um hábito que criei quando ia tomar conta da minha mãe. Eu parava todos os dias naquele café e agora continuo a ir”. O Sr. M. também tem um vínculo forte com os amigos, “gosto também de ir de vez em quando ao café jogar cartas com os amigos” e refere que tem um vínculo fraco com um dos irmãos (Sr. V.), “não tenho grande relação com o meu irmão, já não falo com ele há 16 anos, pouco depois do meu pai falecer. Ele vivia em casa dos meus pais e quando o meu pai faleceu não cuidava bem da minha mãe, estava sempre a pedir-lhe dinheiro. Nem sei por onde ele anda, a última vez que soube ele estava a viver nos Açores”.

Foram avaliadas as condições socioeconómicas, com recurso a Escala de Graffar, pelo que a família se situa na classe social média baixa (pontuação 10 em 3 itens de avaliação). A profissão que ambos exerciam é classificada em grau 3, o Sr. M. estudou até ao 4ºano e a D. L. até ao 9ºano, pelo que a instrução se encontra no grau 4. A origem do rendimento de ambos provém da reforma (grau 4). O tipo de habitação e o local de residência não foi classificado, uma vez que não foram realizadas visitas domiciliárias à família.

Tendo em conta a dimensão estrutural do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: rendimento familiar e abastecimento de água. O casal não possui animal doméstico.

O rendimento familiar, como já referido anteriormente, encontra-se no grau 4 e a família apresenta conhecimento e capacidade para gerir o rendimento de acordo com despesas familiares. A fonte de rendimento de ambos é a reforma e quando colocada a questão linear “O valor da reforma vai de encontro ao que estavam à espera?”, ambos responderam que sim. Ainda através do questionamento linear, “Onde sentem mais dificuldade após a entrada para a reforma?”, a D. L. respondeu “por agora temos conseguido gerir, não temos grandes dificuldades” e o Sr. M. afirmou “não podemos alargar muito, mesmo assim, vamos tentando guardar algum dinheiro todos os meses”. Relativamente à questão hipotética “Se daqui a um mês surgisse algum imprevisto, por exemplo, um pagamento com um valor elevado, acham que tinham alguém que vos pudesse ajudar?”, a D. L. relata “acho que não, tínhamos que ser nós a resolver” e o Sr. M. acrescenta, “isto agora não é como antigamente que as pessoas eram mais unidas, agora cada um tem que se safar como pode, nem com os filhos pode-se contar porque o que eles ganham também é pouco para eles”. Tendo em conta aos dados colhidos, foi formulado o seguinte diagnóstico: **Rendimento Familiar Não Insuficiente**.

O abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública, pelo que foi considerado o **Abastecimento de Água Adequado**.

No que se refere à dimensão de desenvolvimento, foi avaliada a área de atenção Satisfação Conjugal, nas dimensões operativas relativas à relação dinâmica e comunicação.

No que diz respeito à avaliação da dimensão operativa relação dinâmica, na satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas, foram utilizadas questões lineares e circulares, tal como “Costumam a definir tarefas domésticas para cada um?”, a D. L. respondeu “não, é tudo para mim” e o Sr. M afirmou “eu às vezes faço a cama, por exemplo, mas é mais quando ela não está em casa de manhã, custa muito fazer por causa da minha coluna”. Quando aplicada a questão de escala, “De 1 a 10, o quanto estão satisfeitos neste momento com a partilha das tarefas domésticas”, a D. L. respondeu 7 e o Sr. M. 9. Através de uma questão reflexiva, “Como acham que poderiam fazer para que esse valor pudesse subir para um 10?”, a D. L. relata “o meu marido tem que ajudar mais nas tarefas domésticas, ele praticamente só faz alguma coisa se eu não estiver em casa”, pelo que o Sr. M. acrescenta, “nunca fui habituado a participar nas tarefas domésticas, já considero que faço algumas coisas”. Tendo em conta o processo de transição, foi questionado “Consideram que a transição para a reforma alterou as vossas tarefas e rotinas domésticas?”, a D. L. refere que se mantém igual ao que era antes, no entanto, o Sr. M. considera que já faz mais algumas coisas em relação quando ainda trabalhava “como já disse às vezes se ela não estiver de manhã em casa, eu acabo por fazer a cama e antes não fazia nada”. Através do questionamento reflexivo, foi perguntado, “Se surgir alguma situação inesperada conseguem ser flexíveis e assumir as funções um do outro?”, ambos responderam que sim.

Relativamente ao tempo que passam juntos, foi utilizada também uma questão de escala para avaliar a satisfação do casal, de 1 a 10, relativamente ao tempo que passam juntos, pelo que ambos responderam com um 10. O casal considera que com a reforma, o tempo que passam juntos aumentou, e estão satisfeitos com o mesmo, pelo que o Sr. M. afirma “(...) apesar de estarmos mais tempo juntos, todos os dias são iguais, a rotina é sempre a mesma. Cada um faz o que tem a fazer, às vezes vamos os dois ao café após o almoço e depois vamos buscar os netos à escola. Eu gosto de estar mais por casa, gosto de estar na cama até mais tarde de manhã, se quero ver televisão vejo, ando à minha vontade, se tiver alguma coisa para fazer faço. A minha mulher sai mais do que eu”. A D. L. relata que gosta de aproveitar a vida, “(...) eu vim para a reforma, mas não preciso de estar sempre fechada em casa. Gosto de ir uma hora de manhã ao café com as minhas amigas, uma vez por semana vou à hidroginástica e depois passo o tempo a ver televisão, a fazer renda e a cuidar da casa”. Deste modo, de forma a refletir sobre o futuro do casal, foi questionado “O que gostariam de fazer que ainda não tiveram oportunidade? Ou o que gostavam de fazer em conjunto que ainda não fizeram?”, o Sr. M. respondeu “neste momento não idealizo nada, nesta idade eu gosto mais de estar por casa, já não gosto de fazer viagens, nem o dinheiro dá para isso”, a D. L. acrescentou “gosto de passear e gostava de fazer

mais passeios juntos, mas também considera que o dinheiro já não dá para passeios mais complexos”.

Quanto à satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos, através de questões lineares e circulares, como por exemplo, “O Sr. M. costuma conversar e expressar os seus sentimentos e emoções com a D. L.? E a D. L.?” , ambos responderam que sim. Não relataram diferenças na partilha de sentimentos após a reforma e estão satisfeitos com o modo como partilham os sentimentos um do outro.

Perante a comunicação entre o casal, foi avaliado se o casal conversa sobre expectativas e receios de cada um, se conseguem chegar a um acordo quando há discordância de opinião e se estão satisfeitos com o padrão de comunicação do casal. Para isso foram colocadas questões lineares, circulares, reflexivas e de escala, como por exemplo, “Quando existe algo que vos preocupa conversam sobre o assunto? Neste momento, têm receio de alguma coisa?”, o Sr. M. respondeu “sempre que temos um problema falamos sempre um com o outro, somos só nós os dois, nós temos que desabafar um com o outro”, ambos negam ter algum receio de momento. À questão “Consideram que a transição para a reforma levou a mais momentos de discussão? Se sim, sobre que assuntos?”, ambos responderam que talvez, a D.J. refere “talvez discutimos mais porque também estamos mais tempo juntos, mas não é nada de especial”, o Sr. M. acrescenta que “(...) discutimos por coisas banais, se for preciso é só por ter deixado uma luz acesa. Ou quando ela diz que uma coisa tem de que ser feita assim e eu digo que é de outra maneira, mas a gente deixa passar e já esquece, às vezes não chegamos a um consenso, fica apenas o assunto por ali. A minha mulher agora está muito teimosa, antes não era assim (risos)”. Com o objetivo de perceber o quão satisfeitos com o seu padrão de comunicação, foi utilizada uma questão de escala: “Numa escala, de 1 a 10, em que 10 é nada satisfeito e 10 muitíssimo satisfeitos, o quão estão satisfeitos com a forma como comunicam?”, ambos responderam com um 9. Tendo em conta os dados colhidos, foi identificado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional manifestada por não satisfação do casal com a partilha/divisão das tarefas domésticas.**

Deste modo, com o objetivo de promover a divisão/partilha das tarefas domésticas, foram planeadas intervenções, tais como, incentivar e motivar o Sr. M. para essa partilha e, para isso foi utilizado o ritual terapêutico, que permite criar novas regras na família que substituem delicadamente as regras já existentes (Figueiredo & Dias, 2023b). Primeiramente, foi utilizado o método criado por Eve Rodsky (2020) para que seja mais facilmente aceite a prescrição de um ritual. Desta forma, para cada membro da família foi criada uma lista de tarefas para realizar até à próxima consulta. Em conjunto com o Sr. M. foi criada a seguinte lista de tarefas que este não costuma realizar, mas que não se importaria de fazer. Sendo estas: “limpar e guardar a loiça do almoço”, “limpar e guardar a loiça do jantar”, “fazer a cama”, “aspirar/varrer o chão da cozinha”, “pôr a roupa a lavar”, “pôr a roupa a secar”, “lavar a loiça

do pequeno-almoço”, “lavar a loiça do almoço”, “lavar a loiça do jantar”, “apanhar a roupa do estendal”, “pôr a mesa ao almoço e jantar”, “recolher o lixo”, “hoje não tem tarefa planeada. Faça o que achar necessário”, “já tem alguma consulta médica/enfermagem agendada? Não se esqueça do dentista”, “compre um presentinho para a sua esposa”, “ir tomar café fora de casa com a esposa”, “dar uma caminhada com a esposa”, “hoje é dia de dar um beijo à sua esposa”, “ir tomar café com um familiar”, “planear um passeio com a sua esposa” e “planear um passeio em família”. O mesmo foi feito com a D. L., tendo como tarefas: “pagar as contas” (não sabe fazer pagamentos, pelo que era uma tarefa apenas realizada pelo marido), “ir tomar café com um familiar”, “planear um passeio com o marido”, “hoje não tem tarefa planeada. Faça o que achar necessário”, “compre um presentinho para o seu marido”, “já tem alguma consulta médica/enfermagem agendada? Não se esqueça do dentista”, “hoje é dia de dar um beijo ao seu marido”, “ir tomar café fora de casa com o marido”, “planear um passeio em família” e “dar uma caminhada com o marido”. Reforçando que todas estas tarefas foram planeadas com ambos os membros do casal, de forma que fossem consentidas por ambos, facilitando assim o contrato terapêutico com a família. Segundo Rebelo (2023, p. 426), “a equipa terapêutica promove a estrutura e a família toma a iniciativa”, para isso, é necessário criar espaço para que a intervenção familiar favoreça a dinâmica e o bem-estar da família.

Na consulta seguinte, foi avaliado se o casal conseguiu pôr em prática “o jogo” instituído. O Sr. M. revela que conseguiu pôr em prática todas as tarefas que foi tirando diariamente, exceto agendar consulta no dentista, “(...) algumas coisas a mulher teve que me ajudar, por exemplo, não sabia pôr a máquina de lavar a trabalhar. Isso foi ela que fez”. A D. L. afirma que também cumpriu as dela, “(...) já planeei com a minha filha um passeio em família e vamos em fevereiro à Serra da Estrela. Quanto ao pagar as contas, também ainda estou a aprender. Ainda só fiz uma vez com ele, mas essas tecnologias são difíceis para mim. O meu marido disse que em vez de ir ao multibanco posso ir ao café que tem *payshop* e lá é mais fácil de fazer o pagamento”. Ambos foram elogiados pelo esforço e empenho que tiveram na realização deste “jogo” e foram questionados “O que sentiram ao realizar estas tarefas que outrora não realizavam?”. O Sr. M. refere “(...) senti que também posso ajudar a fazer algumas coisas e assim ela não tem de fazer tudo. É menos tempo que também estou sentado no sofá porque estou ocupado a fazer alguma coisa”. A D. L. afirma que “algumas coisas ele não gosta muito de fazer, tal como eu. Mas alguém tem de fazer. Eu também não gosto de passar a ferro, mas alguém tem de passar. Se fizermos um bocadinho cada um, não custa nada”. Desta forma, foi sugerido um ritual que o casal mantivesse em prática o jogo instituído sem a necessidade de consultar os papéis com as tarefas. O Sr. M. tenta realizar uma tarefa por dia, contribuindo assim para uma melhor satisfação e, conseqüentemente, melhor comunicação entre o subsistema conjugal. Posto isto, foi modificado o estado do diagnóstico para **Satisfação Conjugal Mantida relacionada com Relação Dinâmica Funcional**.

No que se refere à dimensão do desenvolvimento, no que diz respeito ao Processo Familiar, foi avaliada a dimensão operativa *Coping* Familiar. Através do questionamento circular, o casal revela que ambos identificam e resolvem em conjunto os problemas que surgem na família, pelo que o Sr. M. afirma “se não formos nós a resolver, quem os vai resolver? Normalmente, não temos problemas com isso”. Quando questionados para descrever um exemplo de uma situação em que conseguiram resolver de forma positiva, ambos não se recordavam de nenhuma em específico. Foi também colocada a questão “Neste momento, o Sr. M. identifica algum problema na sua família? E a D. L.?”, ambos responderam que neste momento não. De forma linear, foi questionado ao casal se estão satisfeitos com a forma como discutem os problemas, pelo que responderam que sim. Referem que não costumam recorrer a recursos externos para resolver os problemas da família, o Sr. M. revela que resolvem sempre os dois e pensa que se precisar tem o apoio da filha, pelo que a D. L. também acrescenta que “(...) caso precise acho que a minha filha não me virava as costas. Tenho uma amiga também muito chegada que se precisasse acho que também podia contar com ela, mas até agora nunca foi preciso, nunca sabemos com quem podemos contar na hora da verdade”. Posto isto, foi identificado o diagnóstico **Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com *Coping* Familiar Eficaz**.

No âmbito da avaliação a nível individual, assim como definido para as restantes famílias, pretendeu-se avaliar a trajetória profissional e a relação do indivíduo com a reforma, com o objetivo de perceber o seu impacto, bem como a capacidade de adaptação à reforma de cada membro. Para isso, foram colocadas algumas questões que caracterizassem a sua trajetória profissional, a transição emprego-reforma, os impactos nas redes de suporte social e no estado de saúde, assim como também foram aplicadas duas escalas: a Escala de Autoeficácia Geral Percecionada (EAGP) e a Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR), a cada um dos membros.

O Sr. M. iniciou a atividade profissional com 11 anos de idade, era operador de máquina numa serralharia e estava satisfeito com as funções que exercia. Trabalhou durante nove anos na última empresa, concluindo até à reforma 48 anos de trabalho completos. Quando questionado “Que significado tinha para si o trabalho na sua vida?”, este respondeu “responsabilidade e ocupação”. Tendo em conta ao processo de transição para a reforma, o Sr. M. refere que não trabalhou mais após a transição para a reforma e quando questionado: “Quais as razões para se ter reformado?”, este relata “o trabalho andava pesado para mim, andavam a fazer pressão para ter o trabalho feito e não tinha horário definido as máquinas avariavam à uma da manhã e eu tinha que ir, então vim para a reforma mais cedo, se não, ainda continuava a trabalhar”. Relativamente aos sentimentos experienciados na passagem à reforma, o Sr. M. respondeu “foram sentimentos positivos, uma sensação de liberdade e poder viver da maneira que quero, sem regras”. Considera que se reformou na altura certa e quando questionado “Considera que há uma idade ideal para a reforma?”, este respondeu que na sua opinião seria aos 62 anos,

acrescentando “quanto mais tarde se for para a reforma mais nos aproximamos da idade em que aparecem os problemas de saúde e depois não conseguimos aproveitar a vida quando temos mais tempo para o fazer”. À pergunta “Desenvolveu algum plano que o ajudasse na transição para a reforma?”, este respondeu que não. No que diz respeito à rede de suporte social, foi questionado “A passagem para a reforma trouxe impactos ao nível da interação familiar e nas interações com amigos?”, o Sr. M. respondeu que não. Quanto ao estado de saúde, o Sr. M é portador de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e, apesar de já apresentar no seu processo clínico o diagnóstico “sem gestão ao regime terapêutico comprometido”, foi questionado “Com a reforma, mudou comportamentos relacionados com o seu estado de saúde, nomeadamente alimentação, a prática de exercício físico, na toma de medicação e na vigilância de saúde?”, o Sr. M. respondeu “a única coisa que tenha mudado ultimamente é na prática de exercício físico, devido a um problema que tenho num joelho, não consigo caminhar muito. De resto manteve-se, eu já sou diabético desde os 45 anos e hipertenso foi pouco tempo depois. Tomo sempre a medicação como me mandam e, pelo que a médica diz, tenho tudo controlado”.

O Sr. M. apresenta uma autoeficácia geral percecionada alta, com um score de 31 pontos na EAGP. Quando avaliado o Posicionamento Face a Adaptação à Reforma, este obteve um score de 98 pontos num total de 112, pelo que a única dimensão que pontou menos que três foi na dimensão relativa às redes de apoio, no que diz respeito a quantidade dos recursos que existem na comunidade, bem como na forma como os aceder. Nas restantes seis dimensões, o Sr. M. pontou sempre três a quatro pontos nas afirmações correspondentes. Deste modo, foram identificados os seguintes diagnósticos: **Autoestima Elevada, Sem Imagem Corporal Comprometida e Conhecimento sobre Serviço Comunitário Comprometido**. Foram planeadas intervenções, nomeadamente, ensinar sobre recursos comunitários e fornecer um panfleto sobre os mesmos e a forma como os aceder (Anexo VI). Na consulta seguinte, foi avaliado novamente o conhecimento sobre recursos comunitários, verificando que este já possuía mais conhecimento sobre os mesmos, pelo que foi possível alterar o diagnóstico para **Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado**.

Tendo por base a Teoria das Transições, podemos verificar que este está consciencializado e envolvido no processo de transição para a reforma, atribuindo significado positivo à mesma e satisfação com as mudanças impostas. Procurou ocupar o seu dia-a-dia com aquilo que o satisfaz, pelo que considera que a adaptação para a reforma se procedeu de forma facilitadora.

A D. L. iniciou a atividade profissional também com 11 anos de idade, sempre foi costureira e estava satisfeita com as funções que exercia. Trabalhou durante 17 anos na última empresa e quando questionada “Que significado tinha para si o trabalho na sua vida?”, esta respondeu “ocupação, interação com outras pessoas e ganhava mais dinheiro”. A idade foi a razão que levou a D. L. a reformar-se e refere que lhe provocou sentimentos positivos, “já andava muto cansada, tinha dores nas costas, nos braços, e desde que deixei de estar horas e horas na

máquina de costura melhorou nesse aspeto”. Considera que se reformou na altura certa e quando questionada “Considera que há uma idade ideal para a reforma?”, esta respondeu que na sua opinião seria aos 64 anos. A D. L. também não desenvolveu nenhum plano para a reforma, acrescentado “se fosse mesmo preciso ganhar mais algum tentava fazer mais alguns trabalhos de costura em casa”. No que diz respeito à rede de suporte social, foi questionada “A passagem para a reforma trouxe impactos ao nível da interação familiar e nas interações com amigos?”, esta respondeu que não. Quanto ao estado de saúde, a D. L. é também portadora de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e, quando consultado o seu processo clínico apresentava também o diagnóstico “sem gestão ao regime terapêutico comprometida”. No entanto, de forma a perceber se a transição trouxe algum impacto nesse aspeto, foi questionada “Com a reforma, mudou comportamentos relacionados com o seu estado de saúde, nomeadamente alimentação, a prática de exercício físico, na toma de medicação e na vigilância de saúde?”, esta respondeu “a nível de exercício físico aumentou, desde que vim para a reforma pelo menos uma vez por semana vou a hidroginástica, de resto manteve-se tudo igual, eu também já sou diabética e hipertensa desde os 51 anos”.

A D. L. apresenta também uma autoeficácia geral percecionada alta, com um score de 31 pontos na EAGP. Quando avaliado o Posicionamento Face a Adaptação à Reforma, esta obteve um score de 96 pontos, apresentando também desconhecimento sobre os recursos existentes na comunidade e a forma como os aceder. Nas restantes dimensões respondeu sempre “concordo” ou “concordo totalmente”. Desta forma, foram também identificados os seguintes diagnósticos: **Autoestima Elevada, Sem Imagem Corporal Comprometida e Conhecimento sobre Serviço Comunitário Comprometido**. Posto isto, as intervenções realizadas foram ensinar sobre recursos comunitários e fornecer um panfleto sobre os mesmos e a forma como os aceder (Anexo VI), mostrando, na consulta seguinte, um maior conhecimento sobre os mesmos, pelo que foi possível alterar o diagnóstico para **Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado**.

Tendo por base a Teoria das Transições, a D.L. também está consciencializada e envolvida no processo de transição para a reforma, atribuindo significado positivo à mesma. Procurou manter-se ativa e ocupar o seu dia-a-dia com aquilo que mais lhe satisfaz, desde tomar café com as amigas, ir a hidroginástica, fazer renda, considerando que a adaptação para a reforma se procedeu de forma facilitadora.

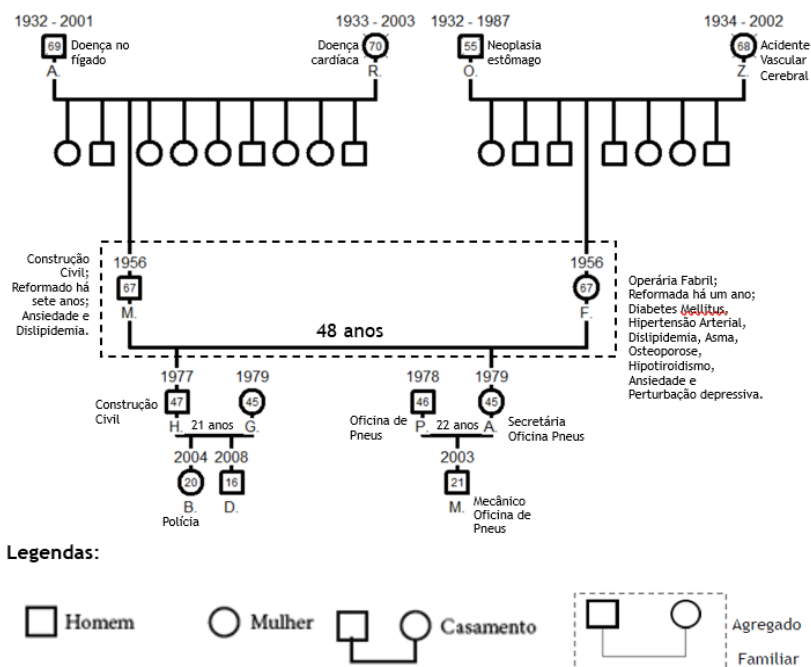
Em suma, na Família 4 foi possível modificar todos os diagnósticos para o estado positivo. A família melhorou a sua satisfação relativamente à partilha das tarefas domésticas e obteve maior conhecimentos sobre os recursos existentes na sua comunidade, assim como a forma como os aceder.

3.1.5. Família 5

A Família 5 é constituída pelo Sr. M. e a D. F., ambos com 67 anos. Estão casados há 48 anos e tiveram dois filhos, o Sr. H. de 47 anos e a D. A. de 45 anos. O Sr. H. é casado com a D. G., de 45 anos, tiveram dois filhos, a B., de 20 anos, e o D., de 16 anos. A D. A. é casada com o Sr. P, de 46 anos, e tiveram um filho, o M. com 21 anos. O Sr. M. encontra-se reformado há cerca de sete anos, trabalhava na construção civil por conta de outrem. A D. F. reformou-se há cerca de um ano, trabalhava como operária fabril numa fábrica de papel por conta de outrem, no entanto nos últimos três anos antes da reforma ficou desempregada. Ambos são independentes nas atividades de vida diárias. O Sr. M. é portador de Ansiedade e Dislipidemia. A D. F. é portadora de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Asma, Osteoporose, Hipotireoidismo, Ansiedade e Perturbação Depressiva.

Foi desenvolvida apenas uma consulta na USF com ambos os membros do casal, com duração média de 50 minutos. Na seguinte consulta agendada, apenas compareceu a D. F., que recorreu ao Centro de Saúde para tomar uma injeção, e avisou que o marido não queria vir mais a estas consultas afirmando “a Srª Enfermeira faz perguntas que ele não gosta e depois também não me quer ouvir, então ele disse que não vinha mais”. Na figura abaixo (Figura 10), encontra-se representado o genograma com todos os dados colhidos sobre a composição familiar.

Figura 10 - Genograma da Família 5



Esta família é do tipo nuclear, onde está presente o subsistema individual e conjugal, que inclui o Sr. M. e a D. F. individualmente, e como marido e mulher. Tendo em conta a família extensa,

o tipo de contacto é pessoal e telefónico com frequência semanal, com a filha A., o Sr. P. e o neto M., “pelo menos uma vez por semana vou até à oficina do meu genro, onde o meu neto e a minha filha também lá trabalham, e estou lá a ver eles a trabalhar. A minha mulher às vezes também vem, mas ela tem ido para os cursos”, refere o Sr. M., acrescentado a D. F. “eu às vezes não vou durante a semana, mas ligo todos os dias à minha filha”. Com o filho H., nora G., a neta B. e o neto D., o tipo de contacto é pessoal e frequência semanal. Todos apresentam como função das relações companhia social, contudo é a filha A. que representa como função de apoio emocional e guia cognitivo de conselhos para a D. F. Quanto aos sistemas mais amplos, a família apresenta vínculo intermédio com a equipa da USF. A D. F. apesar de se encontrar na reforma continua a frequentar um curso numa escola de formações, considera que assim consegue se manter ocupada e gosta de estar sempre aprender, apresentando um vínculo forte com a equipa de formações. O Sr. M. apresenta vínculo forte com os amigos e com a pesca.

De acordo com avaliação da Escala de Graffar, a família situa-se na classe social média baixa (pontuação 10 em 3 itens de avaliação). A profissão que ambos exerciam é classificada em grau 3, o Sr. M. estudou até ao 4ºano e a D. F. até ao 9ºano, pelo que a instrução se encontra no grau 3. A origem do rendimento de ambos provém da reforma (grau 4). O tipo de habitação e o local de residência não foi classificado, uma vez que não foram realizadas visitas domiciliárias à família.

Tendo em conta a dimensão estrutural do MDAIF, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: rendimento familiar e abastecimento de água. O casal não possui animal doméstico.

O rendimento familiar, como já referido anteriormente, encontra-se no grau 4 e a família apresenta conhecimento e capacidade para gerir o rendimento de acordo com despesas familiares. A fonte de rendimento de ambos é a reforma e quando colocada a questão linear “O valor da reforma vai de encontro ao que estavam à espera?”, ambos afirmam que sim, acrescentando o Sr. M. “já estávamos a espera que o nosso rendimento iria ser pouco, descontamos sempre o ordenado mínimo”. Ainda através do questionamento linear, “Onde sentem mais dificuldade após a entrada para a reforma?”, a D. F. relata que é na área da saúde “gasto muito dinheiro na farmácia, nem sempre é fácil, mas temos conseguido gerir”. Relativamente à questão hipotética “Se daqui a um mês surgisse algum imprevisto, por exemplo, uma varia no carro, tinham alguém que vos pudesse ajudar?”, a D. F. e o Sr. M. responderam que contam com ajuda dos filhos, “até agora nunca foi preciso nada”, disse o Sr. M. Tendo em conta aos dados colhidos, foi formulado o seguinte diagnóstico: **Rendimento Familiar Não Insuficiente.**

O abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública, pelo que foi considerado o **Abastecimento de Água Adequado.**

No que se refere à dimensão de desenvolvimento, foi avaliada a área de atenção Satisfação Conjugal, nas dimensões operativas relativas à relação dinâmica e comunicação.

No que diz respeito à avaliação da dimensão operativa relação dinâmica, na satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas, foram utilizadas questões lineares e circulares, tal como “Costumam a definir tarefas domésticas para cada um?”, o Sr. M. respondeu “sou eu que zelo pela casa. Nunca ninguém precisou vir lá, eu trato do jardim e se alguma coisa estiver desarranjada eu arranjo”, por outro lado, a D. F. refere que não há partilha das tarefas domésticas, acrescentando “sou eu que cozinho, passo a ferro, limpo a casa, trato das roupas”. Quando aplicada a questão de escala, “De 1 a 10, o quanto estão satisfeitos neste momento com a partilha das tarefas domésticas”, a D. F. respondeu 5 e o Sr. M. 8. Através de uma questão reflexiva, “Como acham que poderiam fazer para que esse valor pudesse subir para um 10?”, a D. F. respondeu “acho que já não há nada a fazer. Se não mudou até aqui não vai mudar agora, não é agora que ele vai começar a fazer as coisas”, o Sr. M disse “ela também não faz coisas que eu faço. Se fundir uma lâmpada sou eu que faço não é ela”. Tendo em conta o processo de transição, foi questionado “Consideram que a transição para a reforma alterou as vossas tarefas e rotinas domésticas?”, a D. F. afirma que não “ficou tudo igual, o que ele não fazia antes, agora também não faz. Ainda ontem mandei-te passar a ferro e tu disseste que isso era tarefa de mulher, só fazes mesmo se ninguém poder fazer”, por sua vez o Sr. M. respondeu “ela esteve deitada no sofá sem fazer nada toda a tarde, podia passar a ferro ela”. Através do questionamento reflexivo, foi perguntado, “Se surgir alguma situação inesperada conseguem ser flexíveis e assumir as funções um do outro?”, ambos responderam que sim, acrescentando o Sr. M. “eu desenrasco-me sozinho. Se tiver que cozinhar cozinho ou até, às vezes, paro num tasco e como lá”.

Relativamente ao tempo que passam juntos, foi utilizada também uma questão de escala para avaliar a satisfação do casal, de 1 a 10, relativamente ao tempo que passam juntos. O Sr. M. respondeu 7 e a D. F. 5. Após ser questionado o motivo para esse valor e não um mais acima, a D. F. relata “o meu marido gosta muito de sair, gosta de andar a fazer quilómetros, é muito passarinho andante, vai para a pesca, vai para os tascos. Às vezes também me meto no carro para ir com ele, senão estava sempre fechada em casa. Agora já comecei a frequentar um curso outra vez para ocupar o tempo, se não estou sempre em casa”, por outro lado o Sr. M respondeu “ela passa muitas vezes o dia no sofá. Eu muitas vezes digo para ela pegar no carro e ir visitar uma amiga ou a família para não estar sempre em casa”. De seguida, foi questionado, “Que tempo de qualidade estiveram juntos, a dois, na última semana?”, a D. F. afirma que foi no domingo, “ao domingo costumamos a passar o dia fora de casa, já saímos de manhã e almoçamos fora”. Tendo em conta ao processo da entrada para a reforma, “Consideram que este processo de transição para a reforma alterou relativamente ao tempo que passam juntos?”, o Sr. M. afirma “talvez, eu estou na reforma, mas durante o dia estou pouco em casa. Às vezes

vou a pesca, vou ao café, vou a oficina do meu genro, se o meu filho precisar de ajuda no trabalho eu também ajudo, porque ele também é da construção civil”, a D. F. considera que não mudou muito “ele anda sempre a passear. Não está em casa comigo”.

Quanto à satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos, através de questões lineares e circulares, como por exemplo, “O Sr. M. costuma conversar e expressar os seus sentimentos e emoções com a D. F.? E a D. F.?”, ambos responderam que sim. A D. F. relata “eu o que tiver que dizer digo, não guardo para mim. Ele é que às vezes não me percebe. Eu tive um acidente de carro aqui há uns anos, que até fiquei em coma, passado uns tempos caí e parti um braço e depois veio o Covid. Foram assim episódios que afetaram muito o meu psicológico, já tive uma depressão e tomo medicação para isso. Ele não me compreende e muitas vezes fala muito, não percebe o meu lado e também não gosto de sair sozinha”, o marido acrescenta “eu às vezes pergunto se queres vir e tu dizes que não”. Deste modo, de forma a perceber a satisfação do casal com a forma como partilham os seus sentimentos, numa escala de 1 a 10, ambos pontuaram com um 9, afirmando que a transição para a reforma não alterou esta partilha.

Tendo em conta a comunicação entre o casal, foi avaliado se o casal conversa sobre expectativas e receios de cada um, se conseguem chegar a um acordo quando há discordância de opinião e se estão satisfeitos com o padrão de comunicação do casal. Para isso foram colocadas questões lineares, circulares, reflexivas e de escala, como por exemplo, “Quando existe algo que vos preocupa conversam sobre o assunto? Neste momento, têm receio de alguma coisa?”, ambos responderam que costumam conversar e neste momento não se preocupam com nada, pelo que a D. F. disse “temos que viver um dia de cada vez e sem preocupações”. À questão “Consideram que a transição para a reforma levou a mais momentos de discussão? Se sim, sobre que assuntos?”, a D. F. afirma “antes também já discutíamos, mas posso dizer que com a reforma aumentou mais, porque ele na reforma acabou por sair mais, vai e às vezes só volta ao final do dia. As discussões são muitas vezes por causa disso”, o Sr. M. refere “tenho que aproveitar enquanto posso andar bem e ela não gosta que eu saia sem ela”. Através de uma questão reflexiva foi questionado ao casal, “Que expectativas têm para o futuro como casal?”, a D. F. respondeu “eu não sei, somos sempre o cão e o gato (risos)”, o Sr. M. acrescenta “para mim é continuar a aproveitar como casal e também ter a nossa individualidade”. Quando têm opiniões diferentes, o Sr. M. afirma que nem sempre conseguem chegar a um consenso, pelo que a D. F. afirma “quando pensamos de maneira diferente e se já tiver a causar discussão, vai para cada um para o seu lado para aliviar e depois falamos outra vez, mas acabamos por resolver”, o Sr. M. acrescenta “sim, de uma maneira ou outra temos que resolver”. Numa escala de 1 a 10, relativamente à qualificação da comunicação entre os mesmos, em que 1 é má e 10 excelente, ambos qualificaram num 7. Deste modo, através de uma questão reflexiva “O que consideram que devem alterar na forma como comunicam?”, a D. F. relata “eu tenho que ser menos

impulsiva, falar com mais calma, porque quando começo a falar muito ele vira-me as costas” e o Sr. M. afirma “eu acho que comunico bem, ela é que está sempre a dizer que ando sempre fora de casa e que não ajudo”, acrescentando a D. F. “se ele fosse daqueles homens que ajudasse a mulher e me compreendesse mais, nós dávamos melhor. A causa de não comunicarmos bem é porque ele deixa-me sozinha a fazer tudo e vai a vida dele. Ele tem que se preocupar mais na nossa vida como casal”. Tendo em conta os dados colhidos, foi identificado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional, manifestada por não satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas e com o tempo que passam juntos, e Comunicação Não Eficaz, manifestada por não satisfação do casal com o padrão de comunicação.**

Tendo em conta às necessidades identificadas no casal, podemos afirmar que a causa dos problemas do casal é o facto de o Sr. M. passar a maior parte do seu dia fora de casa, não ajudando a esposa nas tarefas domésticas, provocando descontentamento por parte da D. F. e, conseqüentemente, não satisfação com o padrão de comunicação. Deste modo, a fim de melhorar a satisfação do casal com a partilha das tarefas domésticas e com o tempo que passam juntos, foi utilizada a entrevista motivacional ao Sr. M., com o intuito de motivá-lo e incentivá-lo para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas e, conseqüentemente, aumentar o tempo que passam juntos. De acordo com Helms et al. (2010), a satisfação conjugal será maior quando ambos os membros estão de acordo com as suas atitudes em relação aos papéis e funções de provedores, bem como quando apresentam uma divisão mais semelhante e justa das tarefas domésticas. O Sr. M. encontra-se na fase de pré-contemplação, isto é, este não considera a mudança e não tem consciência que deve mudar, ou seja, nega a existência de um problema, minimizando-o ou atribui-o a causas externas (Silva, 2021), neste caso considera que a esposa é que deve também sair de casa e fazer o mesmo que ele. Desta forma, foi criada uma entrevista direcionada para a mudança, levando o Sr. M. a refletir sobre os seus pensamentos.

Quanto à dimensão do desenvolvimento, no que diz respeito ao Processo Familiar, foi avaliada a dimensão operativa *Coping* Familiar. Através do questionamento circular, o casal revela que ambos identificam os problemas e, quem costuma ter iniciativa para resolvê-los é o Sr. M. referindo, “quando surge alguma coisa eu tento sempre resolver. Ela é mais insegura e faz mais drama”, pelo que a D. F. acrescenta, “eu sou muito nervosa e isso às vezes faz com que eu nem consiga pensar”. De forma linear, foi questionado ao casal se estão satisfeitos com a forma como discutem os problemas, pelo que responderam que no geral sim, o Sr. M. afirma “se não chegarmos a um consenso num determinado dia, no outro dia acabamos por resolver”. Foi pedido ao casal para descreverem uma situação em que tiveram que recorrer a recursos externos para resolver o problema e, de momento, o casal não se recordou de nenhuma. Posto isto, foi

identificado o diagnóstico **Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com Coping Familiar Eficaz**.

Na consulta seguinte, apesar de o Sr. M não ter comparecido à consulta. Foi realizada avaliação individual à D. F., deste modo, procedeu-se à avaliação, tendo em conta à sua trajetória profissional e à sua relação com a reforma, com o objetivo de perceber o seu impacto, bem como a sua capacidade de adaptação à reforma. Para isso, foram colocadas algumas questões que caracterizassem a sua trajetória profissional, a transição emprego-reforma, os impactos nas redes de suporte social e estado de saúde, assim como também foram aplicadas duas escalas: a Escala de Autoeficácia Geral Percecionada (EAGP) e a Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR).

A D. F. iniciou atividade profissional com 13 anos, exercendo sempre funções como operária fabril numa fábrica de papel. Quando questionada se estava satisfeita com a última função que desempenhava, a D.F. afirma “sim, não aprendi a fazer mais nada, até gostava do que fazia”. Quando questionada “Que significado tinha para si o trabalho na sua vida?”, esta respondeu “ocupava a minha cabeça, convivía com outras pessoas, ...”. Tendo em conta ao processo de transição para a reforma, foi questionada “Quais as razões de ser ter reformado?”, a D. F. relata “eu estive desempregada durante três anos, frequentei alguns cursos, porque eu tenho que andar com a minha cabeça ocupada. E depois vi que já não perdia nada em pedir a reforma e pronto, tratei dos papéis”. À pergunta “Desenvolveu algum plano que o ajudasse na transição para a reforma?”, esta respondeu que não, “a única coisa que tentei manter e tentei procurar informação, foi acerca da realização das formações já como reformada. Só consegui num sítio, então fui-me lá inscrever. Neste momento, estou a frequentar um de informática”. Tendo em conta à idade ideal para a reforma, foi questionado “Considera que há uma idade ideal para a reforma?”, pelo que respondeu “depende das profissões, eu por exemplo aquilo que fazia não era muito desgastante. Então até me sentia bem em trabalhar, assim não estava fechada em casa”. No que diz respeito à rede de suporte social, foi questionada “A passagem para a reforma trouxe impactos ao nível da interação familiar e nas interações com amigos?”, a D. F. respondeu “não, manteve-se tudo como já era”. Relativamente ao estado de saúde, a D. F. é portadora de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, pelo que foi questionada “Com a reforma, mudou comportamentos relacionados com o seu estado de saúde, nomeadamente alimentação, a prática de exercício físico, na toma de medicação e na vigilância de saúde?”, esta respondeu que manteve tudo igual. Não foi avaliada a gestão ao regime terapêutico, uma vez que no seu processo clínico já apresentava o diagnóstico “sem gestão ao regime terapêutico comprometido”. Tendo em conta que ao diagnóstico de ansiedade e perturbação depressiva, foi também questionado “Considera com a transição para a reforma, aumentou o seu estado de ansiedade e sintomas depressivos?”, a D. F. afirmou “não, já sou assim há muitos anos. Não considero que a reforma tenha aumentado ou diminuído. Sempre fui assim...”

A D. F. apresenta uma autoeficácia geral percecionada média, com um score de 29 pontos na EAGP. Quando avaliado o Posicionamento Face a Adaptação à Reforma, a D. F. obteve um score de 81 pontos, onde foram identificadas alterações na dimensão acerca do estatuto de reformado, da saúde mental, saúde e envelhecimento e família e conjugalidade. A D. F. demonstrou dificuldade em conseguir identificar objetivos para vida atual e futura, como também concretizar projetos que tenha idealizado; discorda com a afirmação “sinto-me em harmonia com a vida atual” e com “consigo gerir o stresse do dia-a-dia”; relata que não se sente bem, muitas vezes não cuida de si, mostrando medo de envelhecer e mantém-se insatisfeita com a relação conjugal, afirmando que não há partilha entre ambos. Posto isto, foram identificados os seguintes diagnósticos: **Autoestima Baixa, Imagem Corporal Comprometida e Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado.**

Desta forma, foram planeadas intervenções, como promover autoestima da D. F., adequando a forma como esta olha para si própria e se valoriza em termos pessoais e interpessoais. De acordo com os estudos de Reitzes et al. (1996), Lee e Smith (2009) e Coe e Zamarro (2011), a consciencialização do envelhecimento anda muitas vezes a par de uma baixa autoestima, sintomas depressivos e ausência de esperança quanto ao futuro. A D. F. encontra-se na fase de contemplação, isto é, a D. F. compreende a existência de um problema, mas ainda não se encontra envolvida para a mudança. Deste modo, através da entrevista motivacional, foi possível devolver uma maior autoconfiança e autoestima, assim como a criação de objetivos de vida realistas. A par disso foi orientada para serviços, como a psicologia, no entanto, a D. F. afirmou que não queria, acrescentando “eu já tomo medicação e sou seguida em consultas no hospital”. No entanto, foi reforçada a importância deste acompanhamento, visto que no hospital apenas tem consultas de vigilância seis em seis meses. Contudo, foi possível modificar o estado do diagnóstico para **Autoestima Moderada e Sem Imagem Corporal Comprometida.**

Após três semanas, na consulta com a sua enfermeira de família, colocou a questão da possibilidade de ser referenciada para a psicologia, afirmando que “acho que me vai fazer bem falar e aconselhar o que devo de fazer e como agir em certas situações. Sinto que estou melhor na minha autoestima, mas como a enfermeira Juliana disse, tenho que manter e reforçar este pensamento e lutar contra a minha fragilidade psicológica”. Desta forma, a enfermeira cooperante procedeu à referência para psicologia.

Tendo por base a Teoria das Transições, podemos verificar que este está consciencializada e envolvido no processo de transição para a reforma, atribuindo significado positivo à mesma e, por forma a adaptar-se às mudanças impostas pela mesma, procurou manter-se ativa e ocupar o seu dia-a-dia com aquilo que a satisfaz, pelo que considera que a adaptação para a reforma se procedeu de forma facilitadora.

Apesar de o Sr. M. não ter comparecido à segunda consulta e não mostrar interesse neste processo, foi possível obter ganhos em saúde num dos membros da família. A D. F. melhorou a

sua autoestima e a imagem que tem de si própria e, através de um momento reflexivo da possibilidade de referenciação para a psicologia, acabou por aceitar e pedir à sua enfermeira de família essa referenciação.

3.1.6. Avaliação dos Ganhos em Saúde

A excelência dos cuidados de enfermagem rege-se pela qualidade destes e, para isso, é necessário proceder à respetiva avaliação, contribuindo assim para uma tomada de decisão mais segura e fundamentada. O EEECESF assume um papel fundamental no que diz respeito aos cuidados com as famílias, apresentando-se como responsáveis das transformações familiares, como também parceiros que potenciam mudanças positivas na família (Carvalho et al., 2012). Deste modo, face às necessidades encontradas, no âmbito da avaliação e intervenção nas diferentes famílias a vivenciar a transição para a reforma, serão expostos neste capítulo os resultados obtidos face às intervenções realizadas.

Considerando a matriz operativa do MDAIF, em todas as famílias procedeu-se avaliação nos diferentes domínios avaliativos, nomeadamente na dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional. No Quadro 2, encontram-se espelhados os resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos em saúde no que concerne à dimensão estrutural.

Quadro 2 - Resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos saúde relativamente à dimensão estrutural do MDAIF

Dado avaliativo	Indicador	Fórmula	Resultados obtidos (%)
Dimensão Estrutural	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas na dimensão estrutural /Nº total de famílias X 100	100
Composição Familiar	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas na composição familiar/Nº total de famílias X 100	100
Tipo de família	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas no tipo de família /Nº total de famílias X 100	100
Família extensa	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em família extensa /Nº total de famílias X 100	100
Sistemas mais amplos	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em sistemas mais amplos /Nº total de famílias X 100	100
Classe Social	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em sistemas mais amplos /Nº total de famílias X 100	100
Rendimento Familiar	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Rendimento familiar insuficiente/Nº total de famílias X 100	0
Edifício Residencial	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias X 100	0
Precaução de Segurança	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100	0

Abastecimento de Água	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Abastecimento de água não adequado/Nº total de famílias X 100	0
Animal Doméstico	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Animal doméstico negligenciado/Nº total de famílias X 100	20
	Modificação positiva no estado diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Animal doméstico/Nº total de famílias com Animal doméstico negligenciado x 100	100

Perante os dados apresentados, todas as famílias foram avaliadas às áreas de atenção Rendimento familiar e Abastecimento de água, perfazendo uma taxa de avaliação de 100%, e não se verificou necessidade de intervenção em nenhuma delas. A área de atenção Animal Doméstico foi avaliada apenas nas famílias que o possuíam, pelo que apenas uma delas apresentava diagnóstico de animal doméstico negligenciado, deste modo houve a necessidade de motivar para a vacinação e desparasitação do animal doméstico, ensinar sobre as consequências da não vacinação para a saúde da família e orientar para serviços na comunidade, nomeadamente veterinário municipal ou outras instituições. Com recurso a questões circulares, questões reflexivas e hipotéticas ocorreu a modificação positiva no estado de diagnóstico.

Quanto à dimensão do desenvolvimento, no Quadro 3, encontram-se descritos os resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos em saúde.

Quadro 3 - Resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos saúde relativamente à dimensão de desenvolvimento do MDAIF

Dado avaliativo	Indicador	Fórmula	Resultados obtidos (%)
Dimensão desenvolvimento	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias avaliadas na dimensão desenvolvimento/Nº total de famílias X 100	100
Satisfação Conjugal	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação conjugal /Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com subsistema conjugal com Satisfação Conjugal não mantida/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	80
	Modificação positiva no estado diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Satisfação Conjugal /Nº total de famílias com Satisfação Conjugal Não mantida x 100	50
Satisfação Conjugal - Relação Dinâmica	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em relação dinâmica/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	100

	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	80
	Modificação positiva no estado diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100	50
Satisfação Conjugal - Comunicação	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em comunicação/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com comunicação não eficaz/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	20
	Modificação positiva no estado diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação /Nº total de famílias com Comunicação não eficaz x 100	0
Satisfação Conjugal - Interação Sexual	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em interação sexual/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	0
Satisfação Conjugal - Função Sexual	Taxa de avaliação familiar	Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em função sexual/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	0

De acordo os dados do quadro acima, na dimensão do desenvolvimento, todas as famílias foram avaliadas na área da satisfação conjugal, no que se refere à relação dinâmica e comunicação, resultando num valor de 100% na taxa de avaliação familiar, respetivamente. Do total de cinco famílias, quatro destas revelou relação dinâmica disfuncional (80,0%) e apenas uma família foi identificada comunicação não eficaz (20,0%). Em 60,0% das famílias, houve a necessidade de motivar para a para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas, através da entrevista motivacional e do ritual terapêutico. Este facto pode ser explicado por questões de género, existindo uma dificuldade, por parte dos indivíduos do sexo masculino, na inserção das tarefas domésticas que, ao longo do tempo, pertenceram às suas esposas. Os mesmos assumem que, as funções de cuidado com a casa, é considerada atividade geralmente atribuída às mulheres (Antunes et al., 2015). E em 20,0% foi necessário intervir na forma como cada um expressa os seus sentimentos, utilizando o reenquadramento e a conotação positiva. Após intervenções realizadas, verificou-se que em duas famílias foi possível a modificação positiva no estado de diagnóstico, nas famílias com subsistema conjugal avaliadas em relação dinâmica, reduzindo a taxa de prevalência para 40,0%.

No que concerne à dimensão funcional, no Quadro 4, encontram-se igualmente descritos os resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos em saúde.

Quadro 4 - Resultados das taxas de avaliação, de prevalência e ganhos saúde relativamente à dimensão funcional do MDAIF

Dado avaliativo	Indicador	Fórmula	Resultados obtidos (%)
Dimensão Funcional	Taxa de avaliação familiar	N° de famílias avaliadas na dimensão desenvolvimento/ N° total de famílias X 100	100
Processo Familiar	Taxa de avaliação familiar	N° . de famílias avaliadas em Processo Familiar / N° total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	N° . de famílias com Processo Familiar Disfuncional / N° total de famílias X 100	0
Processo Familiar - <i>Coping</i> Familiar	Taxa de avaliação familiar	N° . de famílias avaliadas em <i>Coping</i> Familiar / N° total de famílias x 100	100
	Taxa de prevalência	N° de famílias com <i>Coping</i> Familiar Não Eficaz/ N° total de famílias X 100	0

Na dimensão funcional foram avaliadas em todas as famílias a área de atenção Processo Familiar, no que diz respeito ao *Coping* Familiar, apresentando assim uma taxa de avaliação familiar de 100%. Após avaliação familiar não foram identificadas necessidades de intervenção. A área de atenção Papel Prestador de Cuidados não foi avaliada, uma vez que nenhuma das famílias possuía um membro da família dependente.

No âmbito da avaliação individual, destacou-se o conhecimento dos recursos na comunidade, assim como a autoestima. Após avaliação do conhecimento sobre os recursos existentes na comunidade, perfazendo uma taxa de avaliação de 90,0%, em 60,0% foi necessário intervir ensinado sobre os recursos existentes na comunidade, entregue um panfleto com a informação descrita sobre os mesmos. Não foi avaliado apenas num indivíduo, uma vez que apenas foi possível realizar uma consulta com o mesmo. Foi possível a modificação positiva no estado de diagnóstico em todas os indivíduos intervencionados. No que diz respeito à autoestima, foi igualmente avaliada em 90% dos indivíduos, pelo que se verificou problema em dois indivíduos (20,0%), onde foi também possível a modificação positiva do estado de diagnóstico.

Em suma, verificou-se que a utilização do MDAIF se tornou uma mais-valia nos contextos clínicos, sendo uma referência na prestação de cuidados às famílias, apresentando um impacto positivo no modo como as famílias são avaliadas e intervencionadas. Os ganhos em saúde observados demonstraram que as intervenções de enfermagem de saúde familiar foram eficazes, permitindo assim o desenvolvimento de competências na área de competência “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento nº428/2018, de 16 de julho, p. 19357).

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

De acordo com o Regulamento nº428/2018, de 16 de julho, o EEESF lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Este “gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família”, seguindo-se pelas seguintes unidades de competência (Regulamento nº428/2018, de 16 de julho, p. 19358):

- “Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”, proporcionando a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que diz respeito aos cuidados de saúde à família e, sempre que necessário, referencia-a para outros profissionais de saúde; orienta a família com o objetivo de melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos e gere a continuidade dos cuidados de saúde através da parceria com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com o consentimento da família (Regulamento nº428/2018, de 16 de julho, p. 19358).
- “Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”, assegurando processos de mentorado e coaching aos membros da equipa interdisciplinar; envolve-se no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, no que toca à saúde familiar; proporciona uma cultura organizacional, de formação, de prática, como também de investigação interprofissionais; dispõe de sistemas de informação e tecnologias disponíveis com o intuito de melhorar os resultados obtidos; cria e suporta uma visão partilhada da ESF, aos diferentes níveis de prevenção; integra-se no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, no que se refere com a saúde e direitos da família e recorre a tecnologias de informação e comunicação para desenvolver e dar visibilidade ao conhecimento sobre ESF (Regulamento nº428/2018, de 16 de julho, p. 19359).

Tendo em conta o supracitado, de seguida, irá ser explanado todas as atividades desenvolvidas, que concretizam o desenvolvimento de cada unidade de competência, no decorrer do processo de aprendizagem.

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

Nos dias de hoje podemos verificar que, com a evolução tecnológica na área da saúde, a globalização da informação e o incentivo ao autocuidado e autorresponsabilidade pela saúde, conduzem cada vez mais para a necessidade de uma ajuda qualificada. Neste sentido, as

políticas de saúde atuais colocam cada vez mais desafios para a mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde (Guiomar, 2021).

As equipas interdisciplinares em saúde têm de responder a um conjunto de desafios, uma vez que implica a integração de diferentes profissionais e conhecimentos especializados, planejar e tomar decisões, e concomitantemente prestar cuidados em contextos complexos. É considerado um processo dinâmico constituído por dois ou mais profissionais com formação e competências complementares, porém, com objetivos comuns na avaliação e planeamento dos cuidados prestados ao indivíduo e família (Freitas, 2023).

Os enfermeiros são o grupo profissional que assume os mais diversos papéis, funções e responsabilidades, devendo ser capazes de gerir os problemas de saúde das famílias da maneira mais eficaz, tendo em conta, a situação local e os recursos disponíveis (*International Council of Nurses*, 2010). Estes atuam na sua área de competência e reconhecem a especificidade das outras equipas de saúde, prezando os limites impostos pela área de intervenção de cada equipa, trabalhando em articulação com os restantes grupos profissionais (Freitas, 2023).

No decorrer do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, após o término de cada consulta, foi sempre documentada toda a informação colhida, no sistema informático SClínico, para que ficassem visíveis para a restante equipa de enfermagem, como também para os restantes profissionais de saúde. A partilha de informação escrita, assim como oral, é fundamental sempre que existe a necessidade do envolvimento de vários intervenientes na prestação de cuidados, contribuindo assim para a continuidade de cuidados (Duarte, 2014).

No decurso da gestão de cuidados de enfermagem, foi realizada em conjunto com a enfermeira cooperante, a articulação com o serviço da URAP, no que diz respeito a consultas de psicologia para a D. F. (Família 5), uma vez que apresentava o diagnóstico de autoestima baixa. Nas restantes famílias não foi encontrada a necessidade de referência para uma determinada equipa de saúde.

Houve também a necessidade de informar as famílias sobre os recursos que existem na comunidade, como por exemplo os apoios sociais e universidades seniores. Na família 5, a D. F., como recurso para ocupar o seu tempo livre, já se encontrava a frequentar um curso num centro de formação profissional, que aceitou a sua inscrição mesmo já reformada. Três das cinco famílias não apresentavam conhecimento sobre a existência de universidades seniores, assim como a sua funcionalidade e a sua existência na sua área de residência. Deste modo, foi sentida a necessidade de realizar uma pesquisa sobre os recursos que existem na comunidade, visto que não havia um vasto conhecimento dos mesmos por parte dos utentes e dos profissionais de saúde da unidade, nomeadamente, a existência das universidades seniores. Na área de abrangência da USF existem duas universidades seniores próximas, que abarcam uma

diversidade de atividades, desde dança, pintura, tuna, costura, aulas de inglês, de informática, história e filosofia, natação, passeios, entre outras atividades. Estas destinam-se a pessoas com mais de 50 anos, contribuindo para a formação ao longo da vida e para satisfação com a vida, através do contacto com outras pessoas, com as trocas de experiências, de motivação e de afetos. Assim sendo, de forma, a partilhar esta informação com a equipa e os utentes, foi realizado um panfleto com o tema: “Estou reformado e agora? Saiba quais são os recursos existentes na comunidade” (Anexo VI). Este foi entregue, no momento da consulta, às famílias com diagnóstico de Conhecimento sobre Serviço Comunitário Comprometido.

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

Os sistemas de informação (SI) são definidos como um conjunto de componentes que se interrelacionam, permitindo a colheita, o processamento, o armazenamento e a distribuição de informações com o objetivo de apoiar a tomada de decisão, na coordenação e no controlo de uma organização (Brandi & Silva, 2017). Apresentam também um papel importante nos processos de comunicação (Araújo, 1995). Neste sentido, tornam-se uma mais-valia na sistematização da informação, uma vez que salvaguardam os dados sensíveis e garantem a interoperabilidade entre os diferentes níveis do sistema de saúde (Nascimento et al., 2021).

No âmbito da saúde, os SI representam um papel fulcral na reforma do sistema de saúde, apresentando como objetivos a melhoria da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados, como também o aumento da satisfação dos profissionais e utentes (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2018). Em enfermagem, os SI foram concebidos com o objetivo de extrair dados que permitissem o cálculo de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e, desta forma, um aumento da visibilidade dos mesmos, bem como da valorização profissional e da monitorização da atividade (Nascimento et al., 2021).

As Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) são utilizadas como ferramenta de partilha, inovação e melhoria, na procura de excelência dos cuidados prestados, assim como no aumento da qualidade e segurança dos mesmos (Santos, 2019). A partilha de conhecimentos depende unicamente dos indivíduos, isto é, do modo como passam o conhecimento a outro, como também da maneira como o recetor percebe, absorve e utiliza o conhecimento. Todo este processo torna-se enriquecedor e impulsionador de crescimento e desenvolvimento para cada um dos envolvidos e para a organização onde estão inseridos (Martins et al., 2016).

A avaliação e intervenção nas famílias foi documentada no sistema de informação disponível SClínico, no “processo familiar” em “programa de saúde da família”. Ao longo da documentação foi detetada a necessidade de acrescentar parameterização das intervenções, associadas à

atividade diagnóstica de enfermagem de saúde familiar, pois através desta será possível obter uma maior visibilidade dos cuidados prestados, mais indicadores e respetivos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde familiar. Neste âmbito, foi promovida uma cultura organizacional de formação e de prática na USF, onde foram desenvolvidas estratégias institucionais na área da governação clínica, promovendo o desenvolvimento profissional contínuo sobre o papel do EEECESF e a melhoria contínua da qualidade da prática clínica.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este “responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4749), quer com a Área “Formação Profissional” referente ao Índice de Desempenho Setorial do Índice de Desempenho Global (ACSS, 2022). O desenvolvimento profissional contribui para o conhecimento, reconstrução de competências, motivação, satisfação profissional, bem como para o prestígio dos enfermeiros e da instituição de saúde, mostrando-se capazes de enfrentar de maneira eficaz os novos desafios profissionais (Dias, 2004; Queirós & Fernandes, 2021). Este deve adotar uma atitude proativa, contribuindo assim para a sua valorização, como também deve apresentar uma postura reflexiva, isto é, refletir sobre a sua prática e identificar as necessidades de formação contínua, indispensáveis para o seu desenvolvimento profissional e de toda a equipa (Ferreira, 2015).

A formação contínua consiste num processo de aprendizagem ao longo da vida, considerada como um dever e uma responsabilidade profissional, que serve para aprofundar o conhecimento adquirido pela formação inicial, bem como adquirir novos conhecimentos, como forma de adaptação e aquisição de novas competências, face aos constantes progressos tecnológicos e científicos (Dewing & Dijk, 2016; Vázquez-Calatayud et al., 2021). Apresenta como objetivo a melhoria, igualmente contínua, da prestação de cuidados.

A formação em serviço baseia-se numa estratégia de atualização, que deve de ir ao encontro das necessidades dos enfermeiros enquanto equipa profissional, no entanto, esta deve também satisfazer as necessidades individuais de cada um. Deste modo, de forma a descrever e analisar a dinâmica do processo formativo realizado na USF, serão explanadas todas as etapas fundamentais que o compreende, desde o levantamento e diagnóstico das necessidades formativas, planeamento da formação, implementação do programa de formação, à avaliação do programa de formação (Chiavenato, 2005).

A primeira etapa constitui-se um elemento fundamental a ter em conta na elaboração do plano formativo. A identificação das necessidades reais da equipa, irá permitir a elaboração de um plano mais eficaz e eficiente, contribuindo para um melhor desenvolvimento pessoal, assim como a nível organizacional (Correia, 2020). Foi desenvolvido um questionário (Anexo VII) para a recolha de dados, tendo como o objetivo de identificar os conhecimentos e as necessidades, da equipa de enfermagem da USF, relativamente às potencialidades do SClínico para a

documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da Saúde Familiar, com base na matriz operativa do MDAIF. O questionário aplicado é composto por duas partes: a primeira, por questões relacionadas com aspetos pessoais e profissionais da equipa de enfermagem e a segunda parte por questões de avaliação de conhecimentos sobre a documentação de enfermagem no SClínico, no âmbito da Saúde Familiar, com base o modelo teórico e operativa do MDAIF. O questionário foi entregue a cada elemento de enfermagem da equipa da USF para o seu preenchimento e, posteriormente, devolvidos num envelope fechado, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos mesmos. A opção de abordar esta temática adveio da colheita de dados inicial, no Módulo I do Estágio de Natureza Profissional, pelo que foi sentida a falta de documentação na área de ESF.

Os resultados foram analisados (Anexo VIII) e, relativamente à caracterização dos seis elementos de enfermagem da USF, podemos verificar que a média de idades é de 50,3 anos e 100,0% corresponde ao sexo feminino. Todas possuem o grau de enfermeiras especialistas (uma especialista em Enfermagem Comunitária; três especialistas em ECESF e duas especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). A enfermeira com mais anos de exercício profissional nos cuidados de saúde primários tem 31 anos de serviço e a enfermeira que exerce há menos tempo neste contexto conta com 15 anos de serviço. Quando questionadas se detinham algum tipo de formação na área de enfermagem de saúde familiar todas responderam que sim, exceto uma enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. A origem destas formações foram sobretudo no decorrer da especialização e algumas delas em formação de serviço.

Procedendo à análise da identificação de conhecimentos sobre documentação de enfermagem no SClínico no âmbito da Saúde Familiar, todas as entrevistadas expressaram ser importante saber quem são os membros da família do utente, considerando a família como um todo, um sistema aberto de inter-relações e complexidade, que aglomera um sistema de valores, conhecimentos e práticas. Relativamente à importância que atribui à documentação de enfermagem na família para a sua prática clínica, 50,0% respondeu que acha importante e as restantes responderam muito importante. Quando questionadas se conheciam o programa “Saúde da Família” no sistema de informação SClínico, apenas uma respondeu que sim, sendo que as restantes gostavam de ter formação sobre o uso do mesmo. A enfermeira que respondeu que conhecia o programa de saúde, apesar de afirmar que conhece, esta não costuma abrir, não realizando documentação neste âmbito, justificando por falta de tempo.

Tendo em conta as áreas de atenção que têm por base o MDAIF, desde a dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional, a maior parte das entrevistadas conheciam todas. Apenas uma enfermeira não conhecia a área de atenção Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precauções de Segurança e Abastecimento de Água; duas não conheciam a área de atenção Animal Doméstico; as áreas de atenção da dimensão do desenvolvimento são conhecidas por

todos os elementos da equipa de enfermagem e, no que diz respeito à dimensão funcional, apenas uma enfermeira não conhecia a área de atenção Processo Familiar. Cerca de 50,0% das enfermeiras da USF, numa escala de 1 a 10, atribuíram nível 5 para a perceção sobre a sua capacidade na avaliação e intervenção na família enquanto cliente, as restantes atribuíram nível 6, 7 e 10. Todas consideram que é importante a realização da avaliação e intervenção nas famílias, sendo que as vantagens apontadas pelas mesmas são: conhecer melhor a família; conhecer melhor as condições habitacionais; conhecer os elementos e o seu papel na família; prestar cuidados de saúde familiar mais adequados e identificar diagnósticos e executar intervenções na família. Porém, as dificuldades mais sentidas na avaliação da família enquanto cliente foram: na aplicação dos instrumentos de avaliação; na avaliação do rendimento familiar e do edifício residencial; não ter conhecimento aprofundado sobre o tema; falta de tempo; dificuldade no contacto com todos os elementos da família e na abordagem a famílias com problemas complexos (surgimento de uma doença oncológica, famílias com membro dependente). Cerca de 83,3% das entrevistadas conhecem o MDAIF e todas consideram que é importante aprofundar os conhecimentos relativamente à documentação dos cuidados prestados à família no sistema de informação SClínico e sobre as dimensões que envolvem a avaliação e intervenção familiar segundo o MDAIF.

De acordo com Wright e Leahey (2012, p. 28): “Todas as enfermeiras devem ser instruídas na maneira de envolver as famílias nos cuidados de saúde em todos os domínios da prática de enfermagem”. Deste modo, tendo em conta aos dados colhidos e análise efetuada, foi desenvolvido um plano de formação (Anexo IX), que enquadra e contempla num documento as necessidades formativas identificadas, podendo ser composto por uma ou diversas ações de formação. A par do plano de formação, foi também desenvolvido um plano da sessão (Anexo X), que inclui informação relativa ao conteúdo programático, aos objetivos gerais e específicos da formação, ao número de horas, data e local da formação, os participantes, assim como os métodos/técnicas utilizadas na abordagem aos conteúdos programados, bem como os recursos utilizados, para a facilitação do processo de aprendizagem (Calado, 2012). A formação tem como objetivo central: liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. A equipa de enfermagem da USF apontou como dificuldade, no questionário de avaliação das necessidades formativas, a complexidade na abordagem às famílias com problemas complexos. Contudo, devido à escassez de tempo, tanto na formação realizada, bem como até ao final do estágio, não foi possível aprofundar esta necessidade, no entanto, na formação efetuada foi apresentada a temática desenvolvida ao longo do estágio, correspondendo esta a uma transição desenvolvimental do ciclo da família.

Na etapa seguinte, foi implementado o plano estabelecido, com a realização de uma ação de formação, com a temática: “Saúde Familiar e Documentação em Enfermagem” (Anexo XI), que contou com a participação de todos profissionais da equipa de enfermagem. Durante a execução

da ação de formação, foram tidos em conta os vários fatores que contribuem para o sucesso da mesma, nomeadamente a adequação dos conteúdos programáticos, de acordo com as necessidades dos formandos; a qualidade dos materiais didáticos; a qualidade do formador, no que diz respeito às características que um formador deve ter em conta para o sucesso ou não da formação, assim como, a qualidade dos formandos, nomeadamente a motivação dos mesmos ao longo da formação (Gomes et al., 2008).

Por último, a avaliação da formação constitui-se a última etapa do processo formativo, que consiste em analisar se a formação cumpriu ou não os objetivos estipulados. É considerada uma das etapas mais importantes da formação, permitindo identificar os pontos fortes e fracos da mesma, assim como o seu impacto na melhoria das competências dos formandos (Correia, 2020). Para avaliar a existência de uma real aprendizagem e, posteriormente, a sua aplicação no contexto de trabalho, é necessário iniciar este processo mesmo antes da realização da formação e não só no fim da mesma (Baraças, 2017). O modelo mais utilizado, nos dias de hoje, para a abordagem da avaliação da formação é o modelo do autor Donald Kirkpatrick, originalmente em 1959, e consolidado em 1994, e é constituído por quatro níveis de avaliação distintos (Noe, 2010).

O nível 1 é caracterizado pela “reação”, isto é, consiste em medir o nível de satisfação dos formandos ao processo formativo. Neste sentido, foram entregues questionários (Anexo XII), no final da formação, para recolha dessa informação. O questionário inclui questões relacionadas com os conteúdos formativos, desempenho da formadora, organização da ação, com cinco opções de resposta: “Nada”, “Pouco”, “Razoável”, “Bom” e “Excelente”, assim como foi dado espaço para acrescentar sugestões de melhoria. Face à análise dos resultados desta avaliação (Anexo XIII), 83,3% dos participantes responderam “Excelente” relativamente ao alcance dos objetivos da ação formação e 16,7% (um participante) respondeu “Bom”; todos responderam “Excelente” à utilidade dos conhecimentos proporcionados e à forma coerente e estruturada que os temas foram apresentados; 66,7% responderam “Excelente” comparativamente à proporção do conteúdo da formação entre a teoria e a prática e os restantes responderam “Bom”; perante aos métodos utilizados para compreensão dos temas, os meios audiovisuais utilizados de forma adequada, a documentação distribuída de forma estruturada e relevante, as condições da sala adequadas, a eficácia do apoio prestado durante a ação de formação, o tema abordado dominado pelo formador, exposição clara por parte do formador, intervenção do formador adequada ao grupo e o bom relacionamento desenvolvido entre o formador e o grupo, todos os participantes responderam “Excelente”. Quanto aos aspetos positivos apontados pelos participantes foram nomeadamente a importância/aplicabilidade da formação, os conteúdos programáticos e o desempenho do formador. Tendo em conta aos aspetos a melhorar, os participantes consideraram que o tempo dedicado à componente prática poderia ser maior e que gostavam de ver e saber que outras intervenções existem para além

das que já estão programadas. A reação à formação, no geral, foi positiva, no entanto estes resultados não garantem a aprendizagem do formando. Deste modo, depois de medir as reações dos formandos, é necessário proceder à avaliação objetiva da aprendizagem adquirida (Kirkpatrick, 1979).

É no nível 2, que se procede à avaliação dos conhecimentos dos participantes, sendo conhecido como o nível da aprendizagem, do conhecimento, das capacidades, atitudes e comportamentos (Gunderman & Chan, 2015). Geralmente, são aplicados dois instrumentos de avaliação, antes da formação (pré-teste) e após a formação (pós-teste), certificando que a aprendizagem foi obtida no momento da formação (Duke, 2017). Na ação de formação desenvolvida, foram aplicadas as mesmas questões do questionário realizado para o diagnóstico de necessidades formativas, três semanas após a formação, com o objetivo de comparar a evolução dos conhecimentos face aos conteúdos formativos. Perante a análise dos resultados (Anexo IV) foi possível verificar-se que: todas as formandas referem conhecer o MDAIF e o Programa “Saúde da Família”, considerando muito importante a documentação de ESF na sua prática clínica; 100,0% das formandas afirmam abrir o programa “Saúde da Família”, no processo da família, e costumam registar as áreas de atenção, sobretudo, no que diz respeito à dimensão estrutural; 100,0 % conhece todas as áreas de atenção da matriz do MDAIF; 80,0% classificou num 8 e as restantes no 7, no que toca à questão “Numa escala, de 1 a 10, em que 1 é não me sinto competente e 10 sinto-me muito competente, em como avalia a sua capacidade de avaliação e intervenção na família enquanto cliente?”; quanto às afirmações, de verdadeiros e falsos, relativas a matriz operativa do MDAIF, toda a equipa respondeu acertadamente. Deste modo, constatou-se que houve uma evolução positiva em todas as formandas, no que diz respeito, aos conhecimentos sobre a matriz operativa do MDAIF, assim como face à documentação dos cuidados de enfermagem na área de ESF, no programa da “Saúde da Família” no SClínico.

O nível 3 permite avaliar se o conhecimento e as capacidades adquiridas na ação de formação são aplicados no contexto de trabalho. Os instrumentos utilizados para esta avaliação são questionários, entrevistas, observação do desempenho, entre outros (Endres & Kleiner, 1990). Neste processo formativo, cinco semanas após a formação, foi realizada a observação direta a cada elemento da equipa de enfermagem da USF, de forma individualizada. Foi possível verificar que todas as enfermeiras, já tinham adotado, na sua prática clínica, a abertura do programa “Saúde da Família” no processo familiar, assim como a avaliação estrutural das famílias. Consideram que a abertura do programa facilita a abordagem das famílias, uma vez que sugere “intervenção de diagnóstico”, onde constam as áreas de atenção com base na matriz operativa do MDAIF. Em suma, verificou-se que todas as formandas abriram o programa “Saúde da Família” no processo da família; todas realizavam a avaliação da dimensão estrutural; 80,0% realizavam a avaliação da dimensão de desenvolvimento e 50,0% avaliavam a dimensão funcional.

O nível 4 é o nível mais desafiante do processo, visto que determina os resultados da ação de formação, tendo em conta as metas e os objetivos organizacionais (Bates, 2004). O impacto da ação de formação pode ser medido com base em indicadores específicos, contudo, os indicadores que integram a matriz de indicadores dos CSP não traduzem os cuidados prestados no âmbito da saúde familiar, tendo por base o MDAIF, assim como os respetivos ganhos. Desta forma, este nível não foi passível de avaliação.

Em síntese, de uma forma geral, a ação de formação desenvolvida demonstrou ser uma mais valia para a equipa de enfermagem da USF, permitindo o desenvolvimento de competências relativamente a avaliação e intervenção familiar, assim como na documentação devidamente realizada no processo da família, tendo em conta o programa “Saúde da Família”. Por uma questão de limite temporal, nem sempre foi possível um acompanhamento de excelência para cada elemento da equipa de enfermagem, contudo, foi possível mudar comportamentos e atitudes, dando relevância à documentação dos cuidados prestados às famílias.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se apresentar uma análise crítico-reflexiva de todo o processo de aprendizagem desenvolvido no decorrer das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório (Módulo I e II) e as competências adquiridas ao longo dos mesmos, no que concerne as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº428/2018, de 16 de julho).

A elaboração do presente relatório de estágio de natureza profissional resume o percurso formativo realizado ao longo de um ano e meio, que facultou a integração dos conhecimentos teóricos em contextos da prática clínica. Inicialmente, em contexto de aulas, foi proporcionada aprendizagem num contexto teórico, teórico-prática e prática, através de experiências simuladas, que posteriormente, permitiram a mobilização dos conhecimentos adquiridos, em contexto de estágio, ou seja, em experiências reais, que englobaram a prática de cuidados especializados à família, contribuindo assim para a promoção de conhecimento e do desenvolvimento de competências em ESF.

O desenvolvimento de competências centrado na prática reflexiva torna-se crucial na prática clínica, uma vez que promove e melhora a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Segundo Schön (2000), um profissional capaz de refletir na ação sobre a sua prática profissional, possui condições para tomar decisões melhores, assim como aperfeiçoar o seu desempenho. O mesmo autor evidencia a existência de três tipos de reflexão: reflexão sobre a ação, reflexão na ação e reflexão sobre a reflexão na ação. Oliveira et al. (2020, p. 429) acrescenta, “só a prática reflexionada é capaz de gerar transformação, gerar alternativas e novas aquisições cognitivas, relacionais e profissionais, facilitando a resolução de problemas, a complexidade que é cuidar da família enquanto alvo de cuidados”. Neste sentido, a prática reflexiva permite que o EEESF desenvolva competências, tornando-o capaz de agir de acordo com cada situação e fomentando um trabalho em parceria com a família, na identificação de recursos e potenciais, que lhes permitem encontrar as suas próprias soluções, dentro dos padrões de qualidade para alcançar ganhos em saúde.

A integração numa equipa de saúde de uma USF permitiu aprofundar a compreensão do sistema familiar tanto ao nível da avaliação, como na capacidade de intervir junto de famílias a vivenciar situações normativas ou não normativas do seu desenvolvimento vital, reconhecendo a família como um sistema complexo, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, conferindo-lhe uma organização específica (Regulamento nº126/2011, de 18 de fevereiro). Deste modo, o trabalho desenvolvido no período de estágio teve, como foco, o sistema familiar, numa perspetiva de abordagem sistémica, tendo como

objetivo a capacitação e o empoderamento das famílias a vivenciar a transição para a reforma, de acordo com as necessidades identificadas, bem como o reconhecimento dos recursos e potenciais que lhes permitissem encontrar as suas próprias soluções.

De acordo com o Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro (p. 4744), “a atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade em enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde”. Neste sentido, no contexto de prática clínica, apesar dos objetivos definidos serem direcionados ao desenvolvimento de competências do EESF, foram também consideradas as competências do enfermeiro de cuidados gerais, nomeadamente na responsabilidade profissional, ética e legal, na prestação e gestão dos cuidados e no desenvolvimento profissional (Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pretendeu-se desenvolver uma prática que envolva uma tomada de decisão responsável, tendo em conta os princípios éticos, valores e normas deontológicas com o objetivo de promover a proteção dos direitos humanos e, por conseguinte, a dignidade da pessoa. Foram utilizadas estratégias de resolução de problemas em colaboração com as famílias e os seus membros e a tomada de decisão foi baseada e sustentada no conhecimento científico. Em todas as consultas foi assegurada a confidencialidade e a segurança da informação clínica, assim como o respeito pela intimidade e a privacidade das famílias e dos seus membros, no que diz respeito ao ambiente físico da consulta. Os seus direitos e os deveres foram assegurados em todos os momentos, tendo sempre por base o código deontológico, assim como as intervenções realizadas tiveram sempre em conta o respeito pelos seus valores, costumes e crenças.

O domínio da melhoria contínua da qualidade realça a importância da avaliação das práticas de acordo com os resultados e, se necessário, uma eventual revisão das mesmas e a aplicação de programas de melhoria contínua (Marques, 2018). Foram utilizados indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas, tendo sempre em conta que os cuidados prestados fossem efetivos e seguros e que a utilização de recursos fosse eficiente. Um ambiente seguro e terapêutico, foi também assegurado ao longo do estágio, garantido uma prestação de cuidados equitativa, no momento apropriado para as famílias e os seus membros, no que diz respeito às suas necessidades e expectativas de modo a melhorar a igualdade de acesso aos cuidados de saúde, e a segurança e adequação dos cuidados prestados. A reflexão sobre a prática para promover prestação de cuidados de qualidade às famílias e aos seus membros, levou a concretização de uma ação de formação para a equipa de enfermagem, nomeadamente, a documentação de enfermagem no âmbito da saúde familiar. O planeamento desta formação proporcionou-me refletir antes da ação, consciencializando-me das minhas dificuldades, no que toca à construção de um instrumento de colheita de dados, assim como na análise e

interpretação dos resultados. A documentação dos cuidados de ESF foi relevada de extrema importância para a equipa de enfermagem da USF, vendo-a como um vetor para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No que concerne ao domínio da gestão de cuidados, o enfermeiro especialista tem um papel decisivo quando adequa os recursos às necessidades, sendo esta, uma área crucial para a melhoria na evolução da prestação de cuidados. Deste modo, foram analisados, com a equipa da USF, os recursos disponíveis para a realização de consultas de enfermagem com as famílias, assim como adequados os recursos existentes às situações e contextos, garantindo a segurança e promoção da qualidade dos cuidados prestados. O trabalho em equipa é fundamental para obter ganhos nos cuidados prestados, uma vez que enriquece a tomada de decisão e a qualidade das soluções. A avaliação e intervenção familiar, e de cada um dos membros das famílias, teve por base o uso de referenciais teóricos e de instrumentos de avaliação e intervenção familiar e individual, contribuindo para o desenvolvimento dos cuidados prestados. Através do julgamento clínico adequado e pelo conhecimento científico aplicado nos cuidados prestados à família, foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem, planear e executar as intervenções e analisar os resultados obtidos, centrando os cuidados de enfermagem na saúde da família como um todo e na saúde individual dos seus membros. O uso do MDAIF tornou-se uma mais-valia para a consolidação e disseminação das boas práticas em ESF, uma vez que contribuiu para a identificação das necessidades das famílias, permitindo avaliar a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiares, e orientar a tomada de decisão para a promoção, manutenção ou reavaliação da saúde familiar e obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. No âmbito da avaliação individual, a Teoria das Transições, de Afaf Meleis, foi utilizada tendo enfoque na facilitação da adaptação ao processo de transição para a reforma. Considerando as características das transições vivenciadas pelos indivíduos e, atendendo aos condicionantes facilitadores e inibidores, foi possível direcionar os cuidados aos membros das famílias, de forma individualizada, de modo a maximizar o seu potencial, conhecimento e capacidades e, conseqüentemente, obter ganhos em saúde.

Do ponto de vista do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, considera-se que é através deste que se alcança a excelência do cuidar (Marques, 2018). Neste sentido, para dar uma resposta em tempo útil às necessidades, com qualidade e segurança e de forma holística, é necessária uma constante atualização do conhecimento, pelo que foram realizadas pesquisas em bases de dados científicas, para encontrar as evidências mais atuais que permitissem sustentar a prática clínica. Ao longo do estágio procurei momentos de partilha de conhecimentos e práticas com a equipa de enfermagem da USF, uma vez que cada profissional carrega consigo a sua própria história, experiências, saberes e vivências, que contribuem para o crescimento pessoal e profissional, bem como para o aperfeiçoamento das competências. A formação desempenha também um papel preponderante na evolução dos cuidados prestados,

sendo indispensável para uma prática autónoma e responsável. Frequentei um evento organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, “NursID Spring School 2023”, realizado de 8 a 12 de maio de 2023 - “Seminário 7: Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar”, com duração de 8 horas (Anexo XV); “1º Encontro de Enfermagem Comunitária - (Re)Conhecer e (Trans)Formar, organizado pelo Núcleo de Enfermagem Comunitária do ACeS Douro I - Marão e Douro Norte, realizado no dia 15 de maio de 2023, com duração de 7 horas (Anexo XVI), e um *Webinar* - “Intervenção Sistémica à Família”, organizado pela Escola Superior de Saúde do Norte, realizado no dia 16 de janeiro de 2024, com duração de 2 horas (Anexo XVII). A participação nestes eventos, contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área de ESF, assim como, no auxílio na abordagem sistémica às famílias, nomeadamente, o evento “NursID Spring School 2023”, onde foram apresentados exemplos práticos de intervenção familiar sistémica a famílias nas diferentes fases do ciclo vital. Foram realizadas diversas reuniões com as professoras orientadoras e coorientadora do estágio, assim como com a professora coordenadora da UC e professora docente atribuída, onde foi possível discutir e refletir sobre na e sobre a prática, de forma crítica, assim como sobre a reflexão na ação. O contributo da enfermeira cooperante foi também incansável, ao longo do estágio, uma vez que esta era conhecedora de todas as famílias intervencionadas, facilitando no processo de tomada de decisão. Para além disso, é necessária também a reflexão sobre o que pode interferir na relação terapêutica com a família e nas relações multiprofissionais. Neste sentido, a análise pessoal, enquanto pessoa e enquanto enfermeira, é extremamente importante, permitindo reconhecer os próprios recursos e limites profissionais/pessoais, de forma a antecipar situações potenciais geradoras de stresse.

No que diz respeito às Competências Específicas do EEECESF, serão explanadas abaixo, de forma sistematizada, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, relativamente a cada uma delas:

1. “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19357).

1.1. “Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19357)

- Abordadas as famílias com disponibilidade e criatividade, para responder às suas necessidades, como um todo, e dos seus membros individualmente, perante situações complexas.

- Estabelecidos, com as famílias, objetivos para a mudança, sempre que identificada a necessidade, perspetivando novas formas de funcionamento ajustadas aos seus processos de transição.
- Estabelecida uma relação terapêutica, respeitando os valores, crenças e desejos, de forma a facilitar, capacitar e incentivar a família a definir objetivos de saúde e a alcançar os resultados desejados.
- Reforçados os pontos fortes das famílias em todas as consultas realizadas.
- Através de uma relação terapêutica e colaborativa com as famílias e os seus membros, foi desenvolvido um plano de cuidados, com o objetivo de obter ganhos em saúde, promovendo, mantendo e restabelecendo a saúde da família e dos seus membros.

1.2. “Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19357)

- Foram utilizadas fontes para a recolha de informação que fosse pertinente para o estado de saúde das famílias e dos seus membros, nomeadamente na consulta do processo clínico individual e no diálogo com a equipa de saúde (médico e enfermeiro de família).
- Colhidas informações, com as famílias, sobre a estrutura e dinâmica de cada uma, permitindo a construção do genograma, psicofigura de Mitchell e ecomapa e observados padrões transgeracionais de doença e comportamento, assim como as necessidades atuais das famílias e dos seus membros e o seu contexto ambiental, identificando possíveis fatores de risco.
- A observação, ao longo da entrevista, através da comunicação verbal e não-verbal dos membros das famílias e das interações familiares, contribuiu também para a colheita de dados. A expressão de sentimentos e emoções, permite identificar comportamentos, interações e padrões comportamentais, que complementam as narrativas das famílias.
- Identificados os subsistemas familiares, as relações e os vínculos entre os membros da família, assim como com a família extensa e a relação com os sistemas mais amplos.
- Utilizados instrumentos de avaliação familiar: Genograma, Psicofigura de Mitchell, Ecomapa, Escala de Graffar e Escala de APGAR Familiar de Smilkstein.
- Avaliadas as famílias utilizando a matriz operativa do MDAIF nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, seguindo os princípios da entrevista familiar sistémica.
- Identificadas crenças e cultura familiar, de forma a agilizar processos de mudança na resposta das famílias às transições complexas.
- Identificados os significados das famílias e, dos seus membros, a eventos e experiências anteriores e relativo à transição atual.
- Avaliada a coesão e a adaptabilidade nas famílias, sendo essenciais nos processos de mudança favorecendo o sistema familiar.

- Identificados os pontos fracos e os pontos fortes das famílias relativamente a transições anteriores e à transição atual.
- Realizada avaliação individual, assente na Teoria das Transições de Afaf Meleis, nomeadamente a consciencialização e o envolvimento em relação à transição.
- Utilizados instrumentos de avaliação individual: Escala de Autoeficácia Geral Percecionada e a Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma.
- Formulados diagnósticos relativos à dimensão estrutura, de desenvolvimento e funcional, segundo os critérios de diagnóstico do MDAIF.
- Formulados diagnósticos de enfermagem, individualmente, aos membros das famílias.

1.3. “Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19357)

- Mobilizados conhecimentos tanto de enfermagem na área de saúde familiar como de outras ciências, como a psicologia, sociologia e ciências da educação, que contribuíram para o raciocínio clínico e transpostos para o cuidado às famílias.
- Analisados dados, abordados na colheita de dados, referentes aos antecedentes familiares, bem como os relacionamentos entre os mesmos, o estado de saúde e padrões de resposta do sistema familiar perante transições complexas.
- Considerada a etapa do ciclo vital de cada família, as transições individuais do sistema familiar, assim como os recursos utilizados pelas mesmas, na resposta a situações complexas.
- Analisadas com as famílias estado de reciprocidade entre os indivíduos, do sistema familiar, a sua saúde e os fatores ambientais.

1.4. “Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19357)

- Desenvolvida prática alicerçada na melhor e mais recente evidência científica.
- Definido com as famílias objetivos de saúde, desenvolvendo plano de cuidados, a fim de capacitar as mesmas na maximização do seu potencial de saúde, tornando-as proativas na consecução do seu projeto de saúde, de forma a alcançar as metas e expectativas e os resultados desejados pela mesma.
- Abordados temas complexos e sensíveis às famílias, tendo por base a evidência científica, facilitando a criação de um ambiente seguro.
- Utilizado o modelo teórico, MDAIF, para facilitar o pensamento sistemático e crítico, permitindo uma abordagem mais abrangente, quer das famílias, quer dos focos de intervenções da ESF.

- Analisada, com as famílias, a implicação da transição para a reforma na dinâmica familiar, no binómio saúde/doença e nos fatores ambientais, tendo em conta a evidência científica.

1.5. “Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358)

- Planeadas e avaliadas as intervenções de enfermagem de saúde familiar, como promotoras da capacitação das famílias na resposta à transição para a reforma, proporcionando uma mudança co-evolutiva, com foco nas forças das famílias para que exista comprometimento por parte das mesmas.
- Utilizada intervenção sistémica colaborativa, assente nos pressupostos de circularidade, neutralidade e hipotetização, assim como a aplicação de técnicas ativas e interacionais específicas da ESF, permitindo a análise de padrões de funcionamento da família e de cada um dos seus membros, bem como criar alternativas para a mudança.
- Utilizada a entrevista motivacional na intervenção individual, com o objetivo de aumentar a motivação intrínseca do indivíduo para a mudança.
- Desenvolvido, com as famílias, meios de resolver conflitos e formas de lidar com emoções difíceis, no sentido de reduzir os efeitos negativos no funcionamento familiar.
- Interpretadas as intervenções de enfermagem da família e dos seus membros, incorporando respostas afetivas, cognitivas e comportamentais num sistema terapêutico, em que a mudança é definida pela coerência biopsicossocial da família como sistema.

1.6. “Facilita a resposta da família em situação de transição complexa” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358)

- Encorajadas as famílias a partilharem a sua história, aquando do momento da consulta de enfermagem na USF.
- Promovido um ambiente terapêutico assente no cuidar baseado nas forças, tentando contribuir para a identificação das mesmas e dos recursos individuais e familiares, e para uma visão mais positiva de oportunidades de crescimento e mudança, facilitando a consciencialização.
- Assegurado o trabalho em parceria com a família e com os seus membros, envolvendo-os no processo.
- Identificadas e analisadas dinâmicas entre indivíduo, família, comunidade e sistema de saúde que sustentavam, mantinham ou criavam dificuldades, promovendo estratégias adequadas para melhorar essas mesmas dinâmicas.

- Examinadas, com as famílias, as estratégias e os recursos para melhorar a dinâmica familiar, como também na identificação de formas de aquisição destes, com o intuito de atender às suas necessidades de saúde e alcançar os objetivos definidos.
- Dado feedback às famílias, de forma sistematizada, focando-se nos seus pontos fortes.
- Utilizado o elogio, permitindo à família a criação de uma nova visão, um contexto para a mudança e motivação para a descoberta das próprias soluções.
- Abordado e analisado, com as famílias, o seu progresso para alcançar os seus objetivos, tendo em conta os desafios que enfrenta, incentivando o feedback familiar.

1.7. “Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358)

- Auscultada orientação da enfermeira tutora, das professoras e enfermeiras envolvidas do contexto de estágio, de forma a melhorar a prática em ESF.
- Realizada uma avaliação contínua da prática, bem como autoavaliação, com o intuito de melhorar o desempenho em ESF, bem como a efetividade ao longo do progresso das famílias, no sentido de atingir os objetivos definidos.
- Prestados cuidados de enfermagem, no âmbito da saúde familiar, de acordo com os padrões preconizados e sustentados na prática baseada em evidência.
- Promovido o desenvolvimento pessoal e profissional de forma contínua, através da frequência de ações de formação na área de enfermagem de saúde familiar.
- Demonstrada competência no que diz respeito ao processo de pensamento e análise crítica, no âmbito dos cuidados prestados às famílias.

1.8. “Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358)

- Promovidos momentos para avaliação da satisfação sobre a relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados, de forma a que as famílias dessem a sua opinião acerca da importância das intervenções realizadas.
 - Documentados todo o processo de cuidados, desde a colheita de dados à avaliação dos resultados, no processo familiar no SClínico.
 - Avaliada a eficácia dos cuidados de enfermagem prestados às famílias, permitindo tanto a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, como a formulação de novos diagnósticos e novas estratégias de intervenção, quanto se apresenta necessária a reformulação colaborativa do plano de cuidados, de acordo com os objetivos familiares.
2. “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358).

2.1. “Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358)

- Promovida a colaboração interdisciplinar no que se refere aos cuidados de saúde às famílias no sentido da capacitação das mesmas (psicólogo).
- Referenciadas as famílias com necessidades de intervenção de outros profissionais de saúde (psicólogo).
- Com vista a orientar as famílias para os recursos existentes na comunidade, foi fornecida informação (oral e escrita) através de um panfleto sobre o assunto.
- Gerida a continuidade dos cuidados de saúde das famílias com outras unidades funcionais, sempre com o consentimento da família.

2.2. “Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19359)

- Assegurados processos de mentoria e coaching aos membros da equipa de enfermagem, com o objetivo de melhorar os resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar através de uma melhor documentação dos mesmos.
- Utilizado o sistema de informação SClínico, com vista à documentação dos cuidados realizados e os resultados atingidos.
- Utilizado o sistema de informação SClínico para promover e dar visibilidade aos cuidados prestados às famílias, melhorar o conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar da equipa de enfermagem da USF, assim como melhorar os resultados.
- Realizada uma ação formativa sobre: “Saúde Familiar e Documentação em Enfermagem”, com vista a capacitar a equipa de enfermagem da USF para a documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar no sistema de informação o SClínico no programa “Saúde da Família”.
- Avaliados os resultados da ação de formação, assegurando que a mesma contribuiu para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar da equipa de enfermagem da USF.

Em suma, a realização deste estágio permitiu o desenvolvimento de competências, enquanto futura EEECESF: estabelecer relações interpessoais, avaliar e intervir com famílias, assim como desenvolver a capacidade para a resolução de problemas. A gestão e o planeamento das entrevistas familiares tornaram-se igualmente uma mais-valia no desenvolvimento das competências comunicacionais, de relacionamento interpessoal e de uma visão holística e sistémica das famílias. A necessidade de desenvolver habilidades comunicacionais, contribuiu para a criação de uma atmosfera de “segurança psicológica”, para uma relação terapêutica e colaborativa e, conseqüentemente, para aproximação mais favorável das famílias aos cuidados

de saúde. Para isso, o EEESF deve procurar compreender a família como um todo, e os seus membros individualmente, num contexto específico, e ter em atenção o significado das experiências vividas pelas famílias e pelos seus membros, pois só assim pode tomar decisões adequadas (Paiva, 2019). Este deve privilegiar uma “postura atenta, disponível e compreensiva e a capacidade de ajuda desinteressada, responsável e auto consciente” (Carvalho et al., 2010, p. 528).

O contributo dos conhecimentos adquiridos previamente ao estágio, bem como o treino e a motivação pessoal, possibilitaram um melhor trabalho com as famílias, realçando a importância da visão sistémica e contextualizada de cada família para uma abordagem adequada, considerando as transições geradas pelos seus processos de desenvolvimento. A abordagem individual aos membros das famílias foi também desafiadora, uma vez que permitiu compreender que esta implica não só a avaliação e intervenção do indivíduo como um elemento singular e único, mas também é necessário ampliar o foco do indivíduo para a família, considerando que todos os membros da família influenciam os outros, e que este estabelece relações dentro e fora da família, assim como assumem diferentes papéis. Deste modo, ao refletir sobre a minha prática e com as famílias a vivenciar a transição para a reforma exigiu, empenho e destreza, desenvolvendo a minha capacidade na prática colaborativa com as famílias, do individual para o familiar, contribuindo assim, de forma consistente e com qualidade, as unidades de competência de EEESF requeridas.

CONCLUSÃO

A experiência ocorrida ao longo dos estágios tornou-se num dos passos fundamentais e necessários para a consolidação dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico e teórico-prático, permitindo o desenvolvimento de competências específicas na área de ESF.

No Módulo I foi possível caracterizar o contexto de estágio, tornando-se essencial para conhecer a estrutura e a dinâmica da equipa da USF, e a caracterização geral e específica do ficheiro da enfermeira tutora. Através da caracterização de uma amostra de 60 famílias, foi selecionada uma amostra de cinco famílias com características em comum: com membro (s) da família com idade entre os 64 e 68 anos, a vivenciar a transição para a reforma há três ou menos anos e sem atividade laboral. No Módulo II englobou-se a prática de cuidados especializados às cinco famílias selecionadas. Todas as consultas foram realizadas na USF, com a presença de todos os elementos que constituíam as famílias.

Cada família apresenta uma organização estrutural específica, constituindo-se como sistemas dinâmicos e complexos, encontrando-se em transformação constante ao longo do seu ciclo vital. As transições familiares são acontecimentos que exigem uma adaptação dos seus membros para a funcionalidade familiar (Figueiredo, 2012). Deste modo, a avaliação e intervenção das famílias e dos seus membros, teve por base referenciais teóricos, nomeadamente o MDAIF, assim como a Teoria das Transições, que sustentaram a avaliação das famílias, assim como dos seus membros individualmente, concebendo intervenções que respondessem de forma fiel às necessidades identificadas.

Assim sendo, pode-se constatar que as intervenções realizadas se mostram eficazes, uma vez que permitiram, no geral, a modificação positiva do estado dos diagnósticos formulados. Foi possível apoiar as famílias, mantendo uma relação de proximidade, durante as atividades desenvolvidas, pois só assim, é possível compreender o seu contexto, as suas crenças, valores, atitudes, assim como padrões de comportamento. Através de uma visão holística da família, a par de uma relação terapêutica e colaborativa, foi possível identificar as necessidades das famílias e dos seus membros, os seus pontos fortes e recursos, facilitando a sua adaptação às mudanças impostas pela transição para a reforma.

A avaliação e intervenção familiar exige uma prática constante, sendo necessária uma aprendizagem contínua em a busca de mais conhecimento e capacidades. As dificuldades sentidas ao longo dos estágios foram, sobretudo, na gestão do horário laboral com o de estágio, exigindo alguma sobrecarga e número reduzido de horas para todas as atividades a realizar neste contexto. Outra dificuldade sentida, foi na intervenção com as famílias e os seus membros, nomeadamente na escolha mais adequada das técnicas de intervenção familiar, de modo a obter ganhos em saúde. A documentação de enfermagem no sistema de informação do SClínico permite dar visibilidade aos cuidados de enfermagem realizados, contudo, existem

ainda lacunas no que diz respeito à documentação de ESF. Estes não estão ajustados à documentação relativa à ESF, por exemplo, não permite registar o genograma, a família extensa, assim como o ecomapa; após avaliação da área de atenção satisfação conjugal, não é possível demonstrar as intervenções realizadas neste âmbito, pelo que teve que ser tudo documentado em notas associadas à intervenção avaliativa. Estes constrangimentos tornam-se dificultadores, impedindo demonstrar todo o trabalho realizado com as famílias e os seus membros. Desta forma, revela-se essencial que para futuros estágios os alunos possam ter acesso às intervenções já formalizadas no âmbito da ESF.

Em suma, considera-se que todo o percurso realizado, enquanto aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, conduziu para uma reflexão sobre a minha prática diária como enfermeira de família, proporcionando uma evolução na tomada de decisão e juízo crítico, no que diz respeito a adoção de estratégias direcionadas para a concretização dos objetivos definidos, assim, como na prestação de cuidados às famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adão, M. C. V. F. D. (2020). *As Perspetivas de Família sob o olhar de pais e filhos com Incapacidade Intelectual* (Trabalho de Projeto, Instituto Politécnico de Viseu). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6435/1/Projeto%20Final%20de%20Mestrado.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2022). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022*. Ministério da Saúde. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao_CSP_2022_VF.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2023). *Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização*. <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=380&clusters=5>
- Afonso, C., & Gomes, R. (2021). «Valorização da Enfermagem de Saúde Familiar é necessária e imperativa!». <https://justnews.pt/artigos/valorizacao-da-enfermagem-de-saude-familiar-e-necessaria-e-imperativa>
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Alarcão, M. (2015). Famílias e sistemas envolventes. In Fernandes, O. e Maia, C. *A família portuguesa no século XXI*. (pp. 121-132). Lisboa: Parsifal.
- Amoah-Mensah, A., & Darkwa, P. (2016). Pre-Retirement Planning And Satisfaction Of Prospective Retirees In The Hotel Industry. *Romanian Economic Business Review*, 11(3), 15-33. <https://EconPapers.repec.org/RePEc:rau:journl:v:11:y:2016:i:3:p:15-33>
- Antunes, M. H., Soares, D. H. P., & Moré, C. L. O. O. (2015). Repercussões da Aposentadoria na Dinâmica Relacional Familiar na Perspectiva do Casal. *Psico*, 46(1), n. 4, pp. 432-441. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.19495>
- Apouey, B. (2020). Conditions of existence and subjective perceptions of retirement: quantitative evidence from France. *Ageing and Society*, 42(3), 564. <https://doi.org/10.1017/s0144686x20001002>
- Araújo, V. M. R. H. (1995). Sistemas de informação: nova abordagem teórico-conceitual. *Ciência da Informação*, 4(1), 1-39. <https://doi.org/10.18225/ci.inf.v24i1.610>
- Azevedo, L. (2022). Este país é para velhos? Migrações e envelhecimento em Portugal [A country for old people? Migrations and ageing in Portugal]. *Sociológico*, 40(1), 73-84. <https://doi.org/10.4000/sociologico.10567>

- Baraças, A. R. C. (2017). *Avaliação da formação segundo o modelo de Kirkpatrick* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/14473>
- Bates, R. (2004). A critical analysis of evaluation practice: the Kirkpatrick model and the principle of beneficence. *Evaluation and Program Planning*, 27(3), 341-347. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.04.011>
- Bértolo, A. R. (2021). *Importância da Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria). Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/7252>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2023). <https://bicsp.min-saude.pt/>
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 2(1), 5-12. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/101321/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202001%20-%20vol%20tematico2a01%20-%20p5-12.pdf>
- Brandi, L. S. N., & Silva, A. M. (2017). Contribuições para estudo comparado Brasil e Portugal: gestão de sistemas e tecnologias da informação. *Prisma.com*, 33, p. 3-32. <https://doi.org/10.21747/16463153/33a1>
- Bratun, U., Asaba, E., & Zurc, J. (2022). Motives of retirement-aged workers and the importance of doing, being, becoming, and belonging: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Occupational Science*, (30)1. <https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2057574>
- Bratun, U., & Zurc, J. (2022). The motives of people who delay retirement: An occupational perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(6), 482. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1832573>
- Brunello, G., & Rocco, L. (2016). Is childcare bad for the mental health of grandparents? Evidence from SHARE. *IZA Discussion Paper*, 1(10022). <https://www.iza.org/publications/dp/10022/is-childcare-bad-for-the-mental-health-of-grandparents-evidence-from-share>
- Bushfield, S., Fitzpatrick, T., & Vinick, B. (2008). Perceptions of “impingement” and marital satisfaction among wives of retired husbands. *Journal Women Aging*, 20(3-4), 199-213. <https://doi.org/10.1080/08952840801984469>
- Calado, A. (2012). *Caracterização das práticas de formação profissional: factores que influenciam o acesso à formação* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal). Repositório Científico Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/15328>

- Carstensen, L. L., Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1995). Emotional Behaviour in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10(1), 140-149. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.10.1.140>
- Carter, B., & McGoldrik, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Carvalho, I. P., Silva, R. R., Pais, V. G., Braga, M. F., Vale, I. C., Teles, A., Almeida, S. S., & Cardoso, R. M. (2010). O ensino da comunicação na relação médico-doente - Uma Proposta em Prática. *Acta Med Port*, 23(3), 527-532. <https://doi.org/10.20344/amp.623>
- Carvalho, J. C., Barbieri-Figueiredo, M. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Andrade, L., Santos, M. R., Figueiredo, M. H., Martinho, M. J., Martins, M. M., & Oliveira, P. (2012). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN 978-989-96103-6-1.
- Chiavenato, I. (2005). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações* (2ª Ed). Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda.
- Coe, N., & Zamorro, G. (2011). Retirement effects on health in Europe. *Journal of Health Economics*, 30(1), 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.11.002>
- Cohen, G. (1987). Introduction: the economy, the family, and the life course. In Cohen, E. (ed.) *Social Change and the Life Course*. London: Tavistock
- Cordeiro, M. (2015). *Crianças e famílias num Portugal em mudança*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cordova, J. V, Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional skilfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skilfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218 - 235. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.2.218.62270>
- Correia, I. C. G. (2020). *Gestão da formação como estratégia dos recursos humanos: estudo de caso na autarquia de Lisboa e na autarquia da Praia em Cabo Verde* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências Lisboa). Repositório Científico Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34190>
- Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Um Estudo Caso. *Egitania Ciencia*, 1(28), 187-203. <https://doi.org/10.46691/es.v1i28.93>
- Costa, E. M., Louro, A., Marques da Costa, N., Dias, M., & Barata, M. (2022). Walking Accessibility to Primary Healthcare Services: An Inequity Factor for Olders in the Lisbon Metropolitan Area (Portugal). In A. Klimczuk (Ed.), *Social Aspects of Ageing: Selected*

Challenges, Analyses, and Solutions (ahead-of-print). IntechOpen.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.106265>

Costa, L. F., & Penso, M. A. (2008). *A transmissão geracional em diferentes contextos*. São Paulo: Summus Editorial.

Cruz, M. F. F. (2021). *O Funcionamento Familiar das Famílias com Filho Adulto com Deficiência* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico da Guarda). Repositório Científico do Politécnico da Guarda. <https://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/5357>

Cullin, J. (2005). The Ethics of Paradox: Cybernetic and Postmodern Perspectives on Non-Direct Interventions In Therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 26(3), 138-146. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2005.tb00661.x>

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. *Diário da República, n.º38/2008 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei n.º118/2014, de 5 de agosto. *Diário da República, n.º149/2014 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Decreto-Lei n.º73/2017, de 21 de junho. *Dário da República, n.º118/2017 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>

Despacho n.º1225/2018 do Ministério da Saúde. *Diário da República, n.º25 - II Série*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1225-2018-114627297>

Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro. *Diário da República, n.º240/2021 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>

Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. *Diário da República, n.º215/2023 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Dewing, J., & Dijk, S. (2016). What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia*, 15(1), 106- 124. <https://doi.org/10.1177/1471301213520172>

Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures. Lusociência.

- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). *Programa nacional para a saúde mental: 2017*. Lisboa, Portugal. http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>
- Domingues, A. C. R. V. A. S. (2020). *O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde: O modelo ACP - Assertividade (A), Clareza (C) e Positividade (P) na relação terapêutica* (Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/20901>
- Domingues, C. R. (2023). *Reforma e Envelhecimento Ativo: Estudo sobre Boas Práticas no Concelho de Mira* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Politécnico de Coimbra). Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44747/1/CATARINA_DOMINGUES.pdf
- Duarte, S. L. (2014). *Partilha de dados na prestação de cuidados de saúde - análise têmporo-espacial* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). Repositório Institucional da Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/6410/1/3380_6777.pdf
- Duke, P. L. (2017). How to Evaluate Training - Using the Kirkpatrick Model. *Professional Safety*, 62(8), 20-21. <https://www.proquest.com/docview/1928996197?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Scholarly%20Journals>
- Duvall, R., & Miller, B. (1985). *Marriage and family Dvelopment*. New York: Harper & Row.
- Eibich, P. (2015). Understanding the effect of retirement on health: Mechanisms and heterogeneity. *J. Health Econ.*, 43(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.05.001>
- Endres, G. J., & Kleiner, B. H. (1990). How to Measure Management Training and Development Effectiveness. *Journal of European Industrial Training*, 14(9), 3-7. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/03090599010137102/full/html>
- Esperança, O., Leite, M., & Gonçalves, P. (2013). Prestação de cuidados a netos e suas implicações na qualidade de vida dos avós. *Journal of aging and innovation*. <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume2-edicao3-julho2013/netos-avos/>
- Feldner, C. B., Cussolim, F. D., Martins, L. C. N., Felicidade, P. J., & Camargo, F. C. (2018). La práctica del enfoque familiar en el contexto de la atención primaria: estudio de caso comparado. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 142-152. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.13>

- Ferreira-Grau, C. (2023). Entrevista familiar sistêmica. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 40, pp. 403-406). Lidel
- Ferreira, C. I. S. R. A. (2015). *Gestão Em Enfermagem E A Formação Em Serviço: Tecnologias De Informação E Padrões De Qualidade* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/9756>
- Ferreira, S. M. G. (2022). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em saúde familiar* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Politécnico de Leiria). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/7990/1/Relat%c3%b3rio%20Final%20de%20Est%c3%a1gio%202022%2006%2001.pdf>
- Figueira, D. A. M., Haddad, M. C. L., Gvozd, R., & Pissinati, P. S. C. (2017). A tomada de decisão da aposentadoria influenciada pelas relações familiares e laborais. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 20(2), 207-2015. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160127>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2023c). Ecomapa. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 37, Subcapítulo 37.3, pp. 350-352). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023a). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 38, subcapítulo 38.4, pp. 383-391). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023b). Princípios da entrevista familiar sistêmica. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 40, Subcapítulo 40.1, pp. 407-416). Lidel.
- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023a). Conotação Positiva. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 41, Subcapítulo 41.2.2, pp. 438-439). Lidel.
- Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023b). Rituais Terapêuticos. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 41, Subcapítulo 41.2.4, pp. 443-444). Lidel.
- Figueiredo, M. H., & Fonseca, I. (2023). Conceito de Cuidados de Enfermagem à Família. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 14, subcapítulo 14.1, pp. 140-143). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023c). Escala de APGAR familiar de Smilkstein. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 37, subcapítulo 37.6, pp. 359-360). Lidel.

- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023b). Escala de Graffar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 37, subcapítulo 37.4, pp. 353-356). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023a). Genograma e psicofigura de Mitchell. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 37, subcapítulo 37.1, pp. 344-346). Lidel.
- Fonseca, A. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra, Portugal: Almedina
- Fonseca, A. (2014). *Envelhecimento, saúde e doença*. Coisa de Ler. ISBN 9789898659354
- Fonseca, A. (2018). *Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar: Guia de Boas Práticas em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. (2021). *Meia-Idade* (1ª ed.) Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda.
- Frade, J. M., Henriques, C. M., & Frade, M. F. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Freitas, C. (2023). Trabalho em equipa na saúde. *Açoriano Oriental*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28716/30_04_2023-21883-p%C3%A1gina-1-geral.pdf
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice*. Stamford: Appleton&Lange
- Gomes, J. F., Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cardoso, C., & Marques, C. (2008). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano* (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Guerreiro, C. S. R. (2018). *Transições para a reforma: Uma abordagem biográfica* (Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve). Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/12206>
- Guiomar, C. G. (2021). *Relatório de Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional* (Relatório de estágio, Escola Superior de Saúde o Instituto Politécnico da Guarda). Biblioteca Digital do Instituto Politécnico da Guarda. [Biblioteca Digital do IPG: Relatório de Ensino Clínico - Integração à Vida Profissional](#)
- Gunderman, R. B., & Chan, S. (2015). Kirkpatrick's Evaluation of Educational Programs and its Relevance to Academic Radiology. *Academic Radiology*, 22(10), 1323-1325. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2015.07.005>

- Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., Van Der Schans, C., & Luttik, M. L. (2017). Aspects of family caregiving as addressed in planned discussions between nurses, patients with chronic diseases and family caregivers: A qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 16(1), 1-10. DOI:[10.1186/s12912-017-0231-5](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0231-5)
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família* (2ª ed). Loures: Lusociência.
- Helms, H. M., Walls, J. K., Crouter, A. C., & McHale, S. M. (2010). Provider role attitudes, marital satisfaction, role overload and housework: A dyadic approach. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 568-577. <https://doi.org/10.1037/a0020637>
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: Programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Hyde, M., Cheshire-Allen, M., Damman, M., Henkens, K., Platts, L., Pritchard, K., & Reed, C. (2018). *The experience of the transition to retirement: Rapid evidence review*. Centre for Ageing Better. <https://ageing-better.org.uk/sites/default/files/2018-12/Transition-to-retirement.pdf>
- Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. (2023). *Doenças mentais comuns nos cuidados de saúde primários*. https://ispup.up.pt/wp-content/uploads/2022/12/Curso_Doencas-mentais-comuns-nos-cuidados-de-saude-primarios-3.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). *Censos 2021 - População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e Grupo etário*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609>
- International council of nurses (ICN). (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/die-2010-servir-a-comunidade-e-garantir-qualidade-os-enfermeiros-na-vanguarda-dos-cuidados-na-doen%C3%A7a-cr%C3%B3nica/>
- Internacional Council Nurses (ICN). (2019). *Navegador CIPE*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Internacional Council of Nurses (ICN). (2020). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>

- International Family Nursing Association (IFNA). (2015). *Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice*. <https://internationalfamilynursing.org/2015/07/31/ifna-position-statement-ongeneralist-competencies-for-family-nursing-practice/>
- Kaakinen J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2015). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (5th ed.). Philadelphia.
- Kholiaf, S. N., Nursalam, M. N., Merruana, A., Ahsan, B. N., & Tantut, S. (2018). Structural model for public health nurses' performance in the implementation of family nursing based on nursing relational capital. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 914-926. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/33_1-susanto_original_10_2.pdf
- Kirkpatrick, D. (1979). Techniques for Evaluating Training Programs. *Training and Development Journal*, 33(6), 78 - 92.
- Kraus, T., & Silva, M. M. (2023). Enfermagem baseada nas forças. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 38, subcapítulo 38.5, pp. 392-397). Lidel.
- Lai, D. W. L., Ruan, Y., Wang, J. J., Liu, E. H. S., & Zhou, J. (2023). Experience of Chinese Recent Retirees on the Effects of Retirement on Healthy Ageing in Shenzhen and Hong Kong. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20(4), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042820>
- Lanchman, M. (2001). *Handbook of midlife development*. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Lee, J., & Smith, J. (2009). Work, retirement, and depression. *Journal of Population Ageing*, 2(1-2), 57-71. <https://doi.org/10.1007/s12062-010-9018-0>
- Lei Constitucional nº1/2005, de 12 de agosto. *Diário da República, nº 155/2005 - I-A Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>
- Leopold, T. & Skopek, J. (2016). Retirement and changes in housework: A panel study of dual earner couples. *SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research*, 837, 1-27. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.532869.de/diw_sp0837.pdf
- Loureiro, H. (2011). *Cuidar na entrada na reforma: Uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias* (Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro). Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. https://ria.ua.pt/handle/10773/4159?locale=pt_PT
- Loureiro, H. (Coord.) (2014b). *A Transição para a Reforma em Casais Portugueses*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

file:///C:/Users/Asus/Downloads/A_Transi%C3%A7%C3%A3o_para_a_Reforma_em_Casais_Portugueses.pdf

Loureiro, H. (Coord.) (2014a). *A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. https://www.researchgate.net/publication/268148582_A_Transicao_para_a_Reforma_em_Reformados_Portugueses

Loureiro, H. (Coord.) (2015a). *Construção de um Programa Promotor do Envelhecimento Ativo: O Protótipo do Programa Reativa*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. https://rr.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2524&id_revista=32&id_edicao=82

Loureiro, H. (Coord.) (2015b). *Reativa: Programa Promotor de um Envelhecimento Ativo*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2542&id_revista=32&id_edicao=86

Loureiro, H. (2016). Qualidade de vida na aposentação que desafios? In Formasau, Formação e Saúde, Promoção da saúde no ciclo vital ... contributos dos Enfermeiros no processo do nascer ao morrer. *Sinais Vitais: enfermagem em revista*, 121, 41-44. Disponível em: http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV121_s.pdf

Loureiro, H. (2023). Famílias e transição para a aposentação. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 19, pp. 194-199). Lidel.

Loureiro, H., Ângelo, M., Silva, M., & Pedreiro, A. (2015a). Como as famílias portuguesas percecionam a transição para a aposentação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6), 45-54. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14073>

Loureiro, H., Pedreiro, A., Silva, M., Camarneiro, P., & Loureiro, I. (2017). Retrato do Ajustamento Conjugal à Transição para a Aposentação: Estudo Qualitativo com Casais Portugueses. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2(1), 447-456. https://www.researchgate.net/publication/322421214_Retrato_do_Ajustamento_Conjugal_a_Transicao_para_a_Aposentacao_Estudo_Qualitativo_com_Casais_Portugueses

Loureiro, H., Silva, M., Camarneiro, A. P., Pedreiro, A. T., & Mendes, A. (2022). REATIVA: An Efficient Health Promotion Program during Retirement Transition. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ.*, 12, 1358-1368. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12090095>

Macedo, A. F. (2023). *A Entrevista Motivacional como intervenção do Enfermeiro Especialista na Pessoa com Perturbação depressiva* (Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Saúde do Norte). Repositório Científico da CESPU. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/4521>

- Marques, D. A. G. (2018). *O papel do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados* (Relatório de estágio, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://www.google.com/search?q=repositorio+ucp&rlz=1C1GCEA_enPT1032PT1032&oeq=repositorio+ucp&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQABiABDIHCAIQABiABDIICAMQABgWGB4yCAgEEAAYFhgeMgYIBRBFGDwyBggGEEUYPDIGCAcQRRg80gEIMjk4NmowajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Martins, O. (2022). *Relatório da Prática Especializada em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria). Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7554>
- Martins, P. A., Araújo, M. S. G., & Simões, A. M. B. (2016). Tecnologias da informação e comunicação e liderança: a realidade da e-liderança. *Páginas a&b, Série 3*, nº especial, 118-135. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/paginasaeb/article/view/1455>
- McGoldrick, M. & Shibusawa, T. (2016). O ciclo vital familiar. In F. Walsh, (Org). *Processos normativos da família: Diversidade e complexidade*. Artmed.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Meleis, A. I., Hall, J. M., & Stevens, P. E. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: Promoting diversity and collaborative mentorship. *The Journal of Nursing Scholarship*, 26(3), 177-180. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00309.x
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. Doi: 10.1016/0029-6554(94)90045-0
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (3ª ed.). New York: Guildford Press.
- Ministério da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de todos para todos*. https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf

- Mintzer, D., & Taylor, R. (2012). Working with Couples in “Retirement Transition”. *Career Planning and Adult Development Journal*, 28(2), 46-57. <https://www.jstor.org/stable/3090150>
- Minuchin, S. & Fischman, H. (2007). *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmeds Editora.
- Miranda-Duro, M. C., Nieto-Riveiro, L., Concheiro-Moscoso, P., Groba, B., Carracedo-Vázquez, M., Pousada, T., & Pereira, J. (2021). Mixed Study on the Impact of a TechnologyBased Retirement Preparation Program: Tech-Retired. Protocol Study. *International Journal of Qualitative Methods*, 20. <https://doi.org/10.1177/16094069211003437>
- Moreira, J. M. T. (2012). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Que Impacto?* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72098/2/28818.pdf>
- Murteiro, A. M., & Figueiredo, M. H. (2023). Prescrições paradoxais. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 41, Subcapítulo 41.2.3, pp. 440-442). Lidel.
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-1232021262.40802020>
- Noe, R. A. (2010). *Employee Training and Development* (5ª ed.). New York: McGraw-Hill/Irwin.
- Nunes, R., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Auto-eficácia geral percebida*. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/auto.htm>
- Oliveira, P., Figueiredo, 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. <http://hdl.handle.net/10400.26/31676>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada de posição n.º 01/2023 da mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de 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

- Organização das Nações Unidas (ONU). (2017). *World Population Ageing 2017. Department of Economic and Social Affairs: Population Division*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/May/un_2017_worldpopulationageing_report.pdf
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2020). *World Population Ageing 2019. Department of Economic and Social Affairs: Population Division*. ISBN: 978-92-1-148326-0. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2023). *ONU quer mais apoio para população em envelhecimento. ONU News*. <https://news.un.org/pt/story/2023/01/1807992>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Saúde 21 - Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base - Resumo*. ISBN: 978-92-75-72675-4. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56991/9789275726754_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paiva, M. L. O. M. (2019). *Estratégias de comunicação entre o enfermeiro e o utente com demência* (Projeto de Graduação, Universidade Fernando Pessoa). Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/8773>
- Pedreiro, A., Loureiro, L. M. J., Loureiro, M. I. G., & Loureiro, H. M. A. M. (2021). Escala de Posicionamento Face a Adaptação a Reforma: avaliação da validade e fiabilidade. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20191. <https://doi.org/10.12707/RV20191>
- Pires, D. F. (2020). Prevenção Primordial, Envelhecimento Ativo e Reforma Faseada: Um Triângulo Saudável? *Gazeta Médica*, 1(7). <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/download/275/186/1844>
- Pires, E. I. F. (2016). *A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: a visão do enfermeiro de família* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Bragança). Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14030>
- Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da medicina familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1197-1204. doi: 10.1590/1413-81232020254.31222019
- Pocinho, R., Belo, P., Silva, C., Pardos, E., & Muñoz, J. (2017). Bem-estar psicológico na reforma: a importância da preparação dos trabalhadores para a transição. *Revista*

Lusófona de Educação, 37(37), 11-25. <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle37.01>

Pordata (2022). *Proteção Social - Segurança e pensões*. <https://www.pordata.pt/portugal/media+de+idades+dos+novos+pensionistas+de+velhice+e+invalidez+da+seguranca+social+total+e+por+sexo-1121-9076>

Pordata. (2023). *Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001)*. [https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-419](https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-419)

Portaria nº1368/2007, de 18 de outubro. *Diário da República*, nº201/2007 - II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123>

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Loures: Edição Lusociência.

Queirós, C., & Fernandes, O. (2021). Desenvolvimento Profissional Contínuo no Contexto da Enfermagem Gerontogeriatrica. In M. L. F. Almeida, J. P. A. Tavares, & J. S. S. Ferreira (Coord.), *Competência em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (Capítulo 8, pp. 155-164). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) /Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38026/1/Compet%3%aancia%20em%20Enfermagem%20Gerontogeri%3%a1trica_cap.8.pdf

Rebello, B. P. A. (2021). *Reformados e modos de relação com a reforma* (Tese de doutoramento, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa). Repositório do Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/23081>

Rebello, H. (2023). Sistema e contrato terapêutico. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 40, Subcapítulo 40.4, pp. 426-427). Lidel.

Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro. *Diário da República*, nº35/2011 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2011/02/035000000/0866008661.pdf>

Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril. *Diário da República*, nº79/2015 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho. *Diário da República*, nº124/2015 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

- Regulamento nº428/2018, de 16 de julho. *Diário da República, nº135/2018 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República, nº26/2019 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. *Diário da República, nº184/2019 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Reitzes, D., Mutran, E., & Fernandez, M. (1996). Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers. *The Gerontologist*, 36(5), 649-656. <https://doi.org/10.1093/geront/36.5.649>
- Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. (4ª ed). Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023). Reenquadramento. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 41, Subcapítulo 41.2.1, pp. 436-437). Lidel.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2018). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Rocha, A., Silva, A., Araújo, C., Peneda, L., Felícia, P., Gonçalves, S., Quesado, A., & Ferreira, A. (2020). Fatores que Influenciam a Transição Saudável para a Reforma: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 79-89. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.72>
- Rodsky, E. (2020). *Fair Play. Share The Mental Load, Rebalance Your Relationship And Transform Your Life*. Quercus Publishing.
- Sabbath, E.L., Lubben, J., Goldberg, M., Zins, M., & Berkman, L.F. (2015). Social engagement across the retirement transition among “young-old” adults in the French GAZEL cohort. *Eur. J. Ageing*, 12(4), 311-320. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0348-x>
- Saint-Exupéry, A. (2005). *O Príncipezinho*. Editorial Presença.
- Santinha, G., Soares, C., & Forte, T. (2023). Strategic Planning as the Core of Active and Healthy Ageing Governance: A Case Study. *Sustainability*, 15,1959. <https://doi.org/10.3390/su15031959>
- Santos, A. F. C. S. B. (2018). *A transição da vida ativa para a reforma* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa). Repositório

da universidade Técnica de Lisboa.
<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/16705/1/Trabalho%20final%20de%20tese%20-%20Ana%20Filipa%20Santos.pdf>

Santos, M. A. (2019). *Utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos enfermeiros gestores* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do porto). Repositório Científico Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29473/1/TESE%20Maiara%20Santos.pdf>

São José, J., & Teixeira, A. R. (2014). Envelhecimento Ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, 49(210), 28-54. <https://doi.org/10.31447/AS00032573.2014210.02>

Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Seidl, J., Neiva, E. R., & Murta, S. G. (2021). Planning and Reasons for Retirement: Focus Groups with Brazilian Workers. *Trends in Psychology*, 29(3), 456-473. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00063-5>

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

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2018). *Sistemas de Informação 2018|2019*. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/04/NEWSLETTER_DSI.pdf

Shiba, K., Kondo, N., Kondo, K., & Kawachi, I. (2017). Retirement and mental health: dose social participation mitigate the association? A fixed-effects longitudinal analysis. *BMC Public Health*, 17(1), 1-10. <http://doi.org/10.1186/s12889-017-4427-0>

Silva, I. F. P. (2017). *A Arte do Voluntariado: Processo de Transição da “Vida Ativa” para a Reforma. “A Experiência dos Voluntários da Entrajuda e do Banco Alimentar de Lisboa”* (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10437/8750>

Silva, M. M., Kraus, T., & Figueiredo, M. H. (2023). Ciclo vital da família. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 15, pp. 151-158). Lidel.

Silva, T. R. P. (2021). *A avaliação da eficácia do Programa Motivacional Breve em agressores de violência doméstica* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa). Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/10313>

- Simões, J., & Rosendo, I. (2018). Estudar a família de um paciente em Medicina Geral e Familiar. Quando, como fazê-lo e porquê? In Rebelo, L. *A família em Medicina Geral e Familiar - conceitos e práticas* (pp. 93-103). Coimbra: Almedina.
- Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar. (s.d.). *História: Enfermagem Saúde Familiar*. <https://spesf.pt/quem-somos-3-3/>
- Sohier, L., Ootegem, L. V., & Verhofstadt, E. (2021). Well-Being During the Transition from Work to Retirement. *Journal of Happiness Studies*, 22(1), 263-286. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00228-6>
- Sousa, F. G. (2022). Sousa, F. G. (2022). *Relatório de Estágio da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, em contexto USF/UCSP* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria). Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/8051>
- Souza, L., Leal, M., Bezerra, A., Silva, I., Souza, L., & Santo, A. (2020). Fatores de postergação da aposentadoria de idosos: Revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(10), 3889-3900. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.25702018>
- Tato, M. B. V. F. (2019). *Estudo de Validação da Escala de Devolução em Terapia Familiar (EDEV)* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Repositório Científico da Universidade de Coimbra. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/94791/1/TESE_Maria%20Beatriz%20Tato.pdf
- Varge, S. M. (2023). *O envelhecimento ativo e a transição para a reforma. Representações, projetos e expectativas: um estudo de caso na Universidade do Porto* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Letras da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/154074>
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 50(1), 102963. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>
- Vickerstaff, S., & Van der Horst, M. (2021). The Impact of Age Stereotypes and Age Norms on Employees' Retirement Choices: A Neglected Aspect of Research on Extended Working Lives. *Front Sociol*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.686645>
- Vidal, D., Pontes, M., Barreira, E., Oliveira, G., & Maia, R. (2019). Differential Mortality and Inequalities in Health Services access in Mainland Portugal. *Finisterra - Revista Portuguesa de Geografia*, LIII(109), 53-70. <https://doi.org/10.18055/Finis14118>
- 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, Escola Superior de Enfermagem da universidade do Minho).

- Walker A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21(s1), S117-S130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x>
- Wang, C. D., Hayslip Jr, B., Sun, Q., & Zhu, W. (2019). Grandparents as the Primary Care Providers for Their Grandchildren: A Cross-Cultural Comparison of Chinese and US Samples. *The International Journal of Aging and Human Development*, 0(0), 1-25. <http://doi.org/10.1177/0091415018824722>
- Weeks, G. R., & D'Aniello, C. (2017). Teaching Reframes in a Master's Level Marriage and Family Therapist Program. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(4), 303-316. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1297068>.
- Weeks, G. R., & Fife, S. T. (2014). *Couples in treatment: Techniques and approaches for effective practice*. Routledge.
- West, J. & Zarski, J. (2011). The counselor's use of the paradoxical procedure in family therapy. *The Personnel and Guidance Journal*, 62(1), 34-37. <https://doi.org/10.1111/j.2164-4918.1983.tb00114.x>
- World Health Organization. (2019). *Cuidados de saúde primários*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>
- World Health Organization. (2020). *World health statistics 2020: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Lisboa: Roca.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca.
- Zanatta, E. & Arpini, D. (2017). Conhecendo a imagem, o papel e a relação avó-neto: a perspectiva de avós maternas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 17(1), 343-363. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812017000100019&script=sci_abstract
- Zordan, E., Dellatorre, R. & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistémica: pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspetiva (Erechim)*, 36(136), 133-142. https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_314.pdf

ANEXOS

ANEXO I - Carteira Básica de Serviços da USF

CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS

Em todas as Unidades de Saúde Familiar (USF) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente do seu modelo e dos diversos enquadramentos jurídico-institucionais que a cada uma possa ser atribuído, existe um compromisso assistencial nuclear, denominado carteira básica de serviços definida no Anexo I da Portaria 1368/07 de 18 de outubro.

Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença	Geral	<ul style="list-style-type: none"> a) Identificação das necessidades de saúde individuais e familiares nas situações selecionadas consoante as prioridades e critérios adequados à prossecução dos objetivos do plano da USF e do Plano Nacional de Saúde 2004 -2010; b) Intervenção personalizada de informação e de educação para a saúde nomeadamente, as áreas relacionadas com a promoção e proteção da saúde nas diversas fases da vida; c) Assegurar o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação;
	Planeamento Familiar (PF)	<ul style="list-style-type: none"> a) Promoção do PF e fornecimento gratuito de métodos anticoncecionais. b) Introdução de dispositivo intrauterino quando essa for a opção da mulher. c) Prevenção e tratamento de infeções sexualmente transmissíveis. d) Rastreio do cancro do colo do útero e da mama. e) Identificação e encaminhamento de situações de violência.
	Cuidados pré-concecionais	<ul style="list-style-type: none"> a) Avaliação inicial e aconselhamento geral pré-concecional a pedido dos casais, ou oferecidos de forma pró-ativa pela equipa. b) Referenciação a cuidados pré-concecionais especializados, quando indicado, e acompanhamento da situação, em continuidade e articulação de cuidados.
	Saúde Materna	<ul style="list-style-type: none"> a) Vigilância da gravidez normal. b) Promoção do diagnóstico pré-natal, com referência a unidades especializadas, segundo as normas em vigor. c) Referenciação de gravidez de risco e acompanhamento da situação, em continuidade e articulação de cuidados. d) Promoção de comportamentos saudáveis durante a gravidez, nomeadamente quanto ao consumo de tabaco, álcool e alimentação.
	Saúde Infantil e Juvenil	<ul style="list-style-type: none"> a) Oferta pró-ativa da primeira consulta do recém-nascido, na sequência de receção de notícia de nascimento. b) Cuidados de saúde integrados, de forma a garantir a vigilância de saúde da criança nos 2 primeiros anos de vida, na idade pré-escolar (2-6 anos) e escolar (6-10 anos). c) Exame global de saúde à criança de 5 anos e 12-13 anos. d) Cuidados de saúde integrados, de forma a garantir a vigilância aos adolescentes e jovens (11-19 anos), promovendo o atendimento sem barreiras e oferecendo exames de saúde oportunistas. e) Promoção do papel parental e paternidade eficaz. f) Referenciação a cuidados especializados e acompanhamento paralelo da situação em continuidade de cuidados. g) Identificação, encaminhamento e acompanhamento de crianças vítimas de negligência, maus-tratos e abusos sexuais. h) Identificar e promover o acompanhamento das crianças com problemas de desenvolvimento, de aprendizagem e jovens com problemas de aprendizagem e risco de abandono escolar.

	<p>Saúde do Adulto e do Idoso</p>	<p>a) Cuidados promotores de saúde e preventivos da doença, aos adultos (20-69 anos), selecionando as intervenções comprovadamente “custo-efetivas” em cada fase da vida e evitando os “check-up” genéricos e inespecíficos.</p> <p>b) Cuidados preventivos aos adultos mais idosos (com 70 e mais anos) organizando estes cuidados de acordo com uma identificação estruturada das necessidades específicas de cada pessoa e da família orientada para atuar sobre os determinantes de autonomia e independência.</p> <p>c) Cuidados que promovam o bem-estar e a autonomia da pessoa adulta e idosa, dirigidos prioritariamente aos grupos vulneráveis, aos grupos de risco e aos grupos com necessidades especiais.</p> <p>d) Abordagem de todas as situações pessoais tendo em conta avaliações do seu estado global de saúde e os contextos familiares, socioculturais e sócio ocupacionais.</p>
<p>Cuidados em Situação de Doença Aguda</p>	<p>a) Atendimento/resposta no próprio dia (que se poderá traduzir ou não em consulta) e com a máxima celeridade possível para todas as situações de doença aguda ou de sofrimento, na USF, ou no domicílio do doente, quando justificado.</p> <p>b) Reconhecimento, sinalização e intervenção apropriada, orientando as situações urgentes ou emergentes que necessitem de cuidados e suporte tecnológico hospitalares.</p> <p>c) Apoio ao doente/família/cuidador, no sentido da estabilização da situação e da adesão ao plano terapêutico.</p> <p>d) Execução dos planos terapêuticos, nomeadamente pela administração de medicamentos, realização de tratamentos, educação e apoio na reabilitação.</p> <p>e) Educação do doente/família/cuidador para a recuperação e a promoção da saúde.</p>	
<p>Acompanhamento clínico das situações de doença crónica</p>	<p>a) Vigilância, aconselhamento e educação do doente, familiares e outros cuidadores em situações de doença crónica em que são necessários cuidados por período longo de tempo.</p> <p>b) Abordagem sistémica e planeamento de cuidados, periodicamente revistos, em todas as situações de patologia múltipla, com avaliação regular dos riscos de polimedicação.</p> <p>c) Referenciação com relatório atualizado e mobilização de cuidados especializados, sempre que necessário, com acompanhamento simultâneo da situação e receção de retorno, em continuidade de cuidados.</p>	
<p>Visita Domiciliária</p>	<p>a) Consultas programadas aos doentes com dependência física e funcional que necessitem cuidados médicos e de enfermagem e não possam deslocar-se à USF, em colaboração com os recursos de cuidados na comunidade.</p> <p>b) Consultas não programadas, após acordo com o profissional, a pedido dos doentes ou seus familiares, em situações que incapacitem a deslocação do doente à USF, nomeadamente quando existe dependência física e funcional do doente.</p>	
<p>Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação</p>	<p>a) Interligação com os cuidados hospitalares, nomeadamente na referenciação de doentes da lista de inscritos da USF garantindo a melhor continuidade de cuidados possível e evitando falhas por deficiente comunicação entre serviços.</p> <p>b) Comunicação aos serviços apropriados do agrupamento de centros de saúde da informação referente à atividade assistencial da USF ou outra indispensável ao planeamento e administração da saúde da comunidade.</p> <p>c) Comunicação e colaboração com os serviços de saúde pública e autoridade de saúde, tanto nos casos de doenças de declaração obrigatória, como em todos os casos em que a informação detida pelos profissionais da USF seja relevante para a proteção da saúde pública.</p> <p>d) Certificação de estados de saúde e de doença que surgirem como sequência dos atos médicos praticados e emissão de declarações específicas pedidas pelos utentes, desde que inseridas no estrito cumprimento da resposta ao direito à saúde dos cidadãos.</p>	

ANEXO II - Processos Assistenciais Integrados (PAI) em vigor na USF e os respetivos indicadores

PAI	Indicadores Médicos	Indicadores Enfermagem	Indicadores de secretariado clínico
PAI da pré-obesidade no adulto	<ul style="list-style-type: none"> • 2013.034.01 - Proporção de obesos \geq 14A, com consulta vigilância de obesidade 2 Anos (aceitável = 60/100 e esperado = 72/100); • 2013.053.01 - Proporção de utentes com idade \geq 14 anos com registo do consumo de álcool (aceitável = 46/100 e esperado = 70/100); • 2013.054.01 - Proporção de utentes com consumo álcool, com consulta 3 Anos (aceitável = 40/100 e esperado = 60/100); • 2013.047.01 - Proporção de utentes com idade \geq 14 anos com registo de hábitos tabágicos (aceitável = 60/100 e esperado = 66/100); • 2013.395.01 – Proporção utentes \geq 15 anos, com registo de hábitos tabágicos a 3 Anos (aceitável = 55/100 e esperado = 71/100). 	<ul style="list-style-type: none"> • 2013.033.01 – Proporção de utentes com idade \geq 14 anos com IMC nos últimos 3 anos (aceitável = 60/92 e esperado = 66/88) – enfermagem; • 2013.098.01 – Proporção de utentes \geq 25 anos com vacina do tétano (aceitável = 85/100 e esperado = 93/100) – enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação inequívoca em cada contacto - avaliação observacional do atendimento presencial do Secretário Clínico (SC), realizada por outro elemento da equipa multiprofissional que não o SC, analisando dois critérios: um primeiro, o pedido cartão de identificação do utente (cartão de cidadão, carta de condução, passaporte), um segundo, na eventualidade do doente não apresentar um cartão de identificação com fotografia, a confirmação da identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação (nomeadamente o primeiro e último nome, a data de nascimento ou número de utente). • Registo de morada do utente; • Registo de telefone (entre os quais telemóvel) do utente; • Registo de correio eletrónico. • Registos de moradas, telefones e telemóveis - em RNU em população adulta, obtida

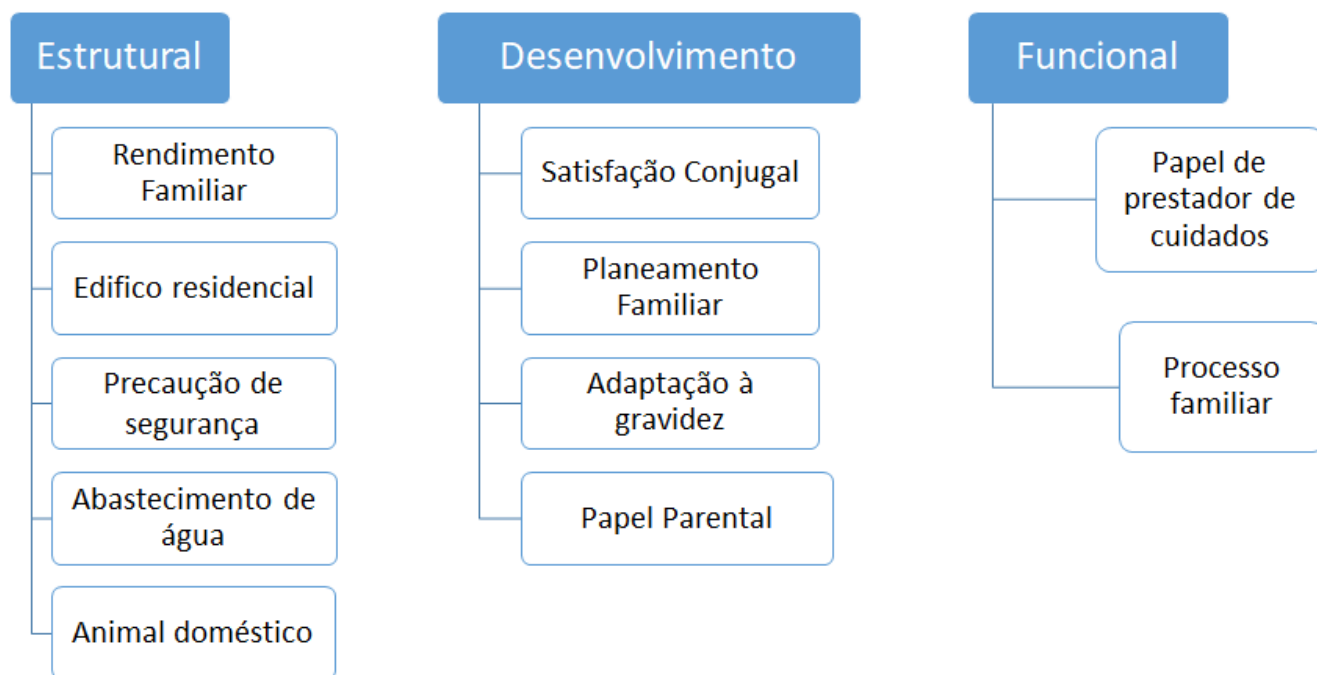
			aleatoriamente, com o diagnóstico de obesidade ou excesso de peso.
PAI da Diabetes Mellitus tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> • 2013.035.01 - Proporção de DM2 com exame dos pés no último ano • 2013.097.01 - Proporção de DM2 com avaliação e registo de microalbuminúria no último ano • 2013.271.01 - Índice de acompanhamento adequado de utentes com DM 		<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de utentes com registo de morada em sede de RNU; • Proporção de utentes com registo de telefone em sede de RNU; • Proporção de utentes com registo de telemóvel em sede de RNU; • Proporção de utentes com registo de correio eletrónico em sede de RNU.
	<ul style="list-style-type: none"> • 2013.262.01 - Proporção de utentes com avaliação do risco de DM (3A) • 2013.038.01 - Proporção de DM2 com uma HbA1c por semestre • 2013.039.01 - Proporção de DM 2 com última HbA1c <= 8,0% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2013.037.01 - Proporção de DM2 com consulta de vigilância de DM de enfermagem no último ano • 2013.261.01 - Proporção de DM2 com avaliação de risco de úlcera pé no ano • 2013.036.01 - Proporção de DM 2 com registo de gestão do regime terapêutico 	
PAI do Risco Vascular no Adulto	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de HTA com IMC (12 meses) 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de HTA com TA por semestre • Proporção HTA < 65A, com TA < 150/90 • Proporção de HTA com RCV em 3 anos • Proporção de utentes ≥ 14 anos com registos hábitos tabágicos • Proporção utentes ≥ 14 anos com registos hábitos alcoólicos • Proporção utentes ≥ 14 anos com registos hábitos alcoólicos • Índice de acompanhamento adequado de HTA • Proporção de fumadores com consulta de tabaco a 1 ano • Proporção de HTA [18;65[anos com pressão arterial < 140/90 • Proporção utentes ≥ 15 anos com registos hábitos tabágicos 3 anos • Proporção de fumadores com intervenção breve/ muito breve por ano 		
PAI Acesso – Rastreio do Cancro do Colo do Útero no âmbito do SIIMA Rastreios	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de adesão (proporção de mulheres rastreadas) da população elegível ano: $[\text{N}^\circ \text{ de mulheres rastreadas} / \text{N}^\circ \text{ de mulheres elegíveis para rastreio } [25,60[\text{ anos} \times 100$ • Proporção de mulheres convocadas: $[\text{N}^\circ \text{ de mulheres convocadas} / \text{N}^\circ \text{ de mulheres elegíveis para rastreio}] \times 100$ 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de mulheres rastreadas com resultado de colpocitologia anormal: $[\text{N}^\circ \text{ de mulheres doentes} / \text{N}^\circ \text{ de mulheres rastreadas}] \times 100$ • Proporção de colpocitologias normais entre as efetuadas: $[\text{Citologias normais} / \text{N}^\circ \text{ de mulheres rastreadas}] \times 100$ • Proporção de mulheres [25;60 [anos com rastreio do cancro do colo do útero (indicador 2013.045.01) 	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de mulheres que aderiram ao rastreio e que tenham peso, altura, IMC e TA: $[\text{N}^\circ \text{ de mulheres que no plano de trabalho têm monitorização de peso, altura, IMC e TA} / \text{N}^\circ \text{ de mulheres que vieram ao rastreio}] \times 100$ • Proporção de mulheres com vacina do tétano-difteria (Td) atualizada: $[\text{N}^\circ \text{ mulheres com Td atualizada que realizaram citologia} / \text{N}^\circ \text{ de mulheres}]$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de mulheres convidadas e que faltaram às convocatórias ano: $[\text{N}^\circ \text{ de mulheres que faltaram} / \text{N}^\circ \text{ de mulheres convidadas}] \times 100$ • Proporção de mulheres a quem foi confirmada a morada e o n.º de telefone: $[\text{N}^\circ \text{ de mulheres a quem foi confirmada a morada e n.º de telefone} / \text{N}^\circ \text{ de mulheres convocadas}] \times 100$

		elegíveis que compareceram para rastreio] x 100	• [Nº de mulheres que faltaram à 1ª convocatória / Nº de mulheres convocadas] x 100
--	--	---	---

ANEXO III - Matriz Operativa do MDAIF versão reduzida

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



A - DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)

Área reservada para a avaliação da Composição da Família (Genograma).

Dado avaliativo: Tipo de Família*(eliminar o que não se adequa)*

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

Dado avaliativo: Família Extensa

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

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

--

	Trabalho	Escola	Inst.Saude	Religião	IPSS	Lazer/ Cultura	Amigos	Outros
Vínculo forte								
Vínculo intrermédio								
Vínculo fraco								

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

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

CrITÉRIOS relativos ao Tipo de Habitação

(eliminar o que não se adequa)

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

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

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

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

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

FOCOS/ ÁREAS DE ATENÇÃO

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	<i>(colocar resultados/dados)</i> - Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) [(no caso de ORF superior a 3) ou (no caso de ORF igual ou inferior a 3 e enfermeiro considere que deve ser avaliado)] ↓ - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <i>(eliminar o que não se adequa)</i> <i>(colocar texto livre, se adequado)</i>
Critérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Rendimento Familiar Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Rendimento Familiar Insuficiente

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)
	Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)
	Promover a gestão do rendimento familiar
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	

Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
Foco	A.2- Edifício Residencial
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	<i>(colocar resultados/dados)</i> <i>(eliminar o que não se adequa)</i> <i>(colocar texto livre, se adequado)</i> - Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar) - Conhecimento <u>Demonstrado /Não Demonstrado</u> sobre riscos de edifício <i>(no caso de TH 4 ou 5)</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene da Habitação Presente/Não Presente - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre governo da casa <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i> - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional <i>(no caso de Higiene da Habitação Não Presente)</i>
Critérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício residencial Negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Edifício Residencial Negligenciado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Requerer serviço social (técnica de serviço social)	
	Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia)	
	Orientar a família para serviços sociais	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	



Se Edifício Residencial Não Seguro

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

Foco	A.3- Prevenção de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Prevenção de Segurança	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i> - Existência / Ausência de <u>Barreiras arquitetônicas</u> Se Existência especificar: - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas - Existência / Ausência de <u>Aquecimento</u> Se Existência, especificar: <u>tipo de aquecimento (central, lareira, ar condicionado, etc.)</u> e <u>conhecimento</u> sobre utilização de equipamento. Se Não tiver conhecimento, especificar <i>(colocar texto livre)</i> - Existência / Ausência de <u>Abastecimento de gás</u> Se Existência, especificar: <u>tipo de abastecimento (canalizado ou botija)</u> e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás. Se Não tiver conhecimento, especificar <i>(colocar texto livre)</i>
Crterios diagnósticos	<u>Prevenção de Segurança Não Demonstrada</u> , se: (Existência de Barreiras arquitetônicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)
Diagnóstico	Prevenção de Segurança Demonstrada / Prevenção de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Prevenção de Segurança Não Demonstrada

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Ensinar sobre utilização de equipamento de gás
	Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico
	Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Negociar sobre utilização de equipamento de gás
	Negociar sobre utilização de equipamento elétrico
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas
	Orientar para serviços da comunidade
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Prevenção de Segurança Demonstrada / Prevenção de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica	<i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado)</i> - Existência / Ausência de <u>Abastecimento de água</u> <i>(colocar texto livre, caso não tenha abastecimento de água)</i>

Avaliar Abastecimento de Água	<p><i>Se Existência, especificar: tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou mista). Se rede privada ou mista, especificar (furo, poço, ...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - No caso de rede privada ou rede mista: <ul style="list-style-type: none"> • Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano - No caso da utilização da água da rede privada para consumo humano: <ul style="list-style-type: none"> • Com / Sem Controlo da qualidade da água - No caso de não ser efetuado o controle da qualidade da água: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre o controlo da qualidade • Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e NÃO é efetuado o controle da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Abastecimento de Água Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água
	Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
	Orientar para serviços de controlo da qualidade da água
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	<p><i>(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência / Ausência de <u>Animal doméstico</u> <i>(especificar espécie/raça)</i> - Existência / Ausência de Vacinação - <u>Se Ausência de vacinação</u> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - Existência / Ausência de Desparasitação - <u>Se ausência de desparasitação</u> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico

	<p>(colocar texto livre, se não demonstrado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <p>(colocar texto livre, se não demonstrado)</p> <p>- <u>Outros dados:</u> (colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)</p>
Crítérios diagnósticos	<p>Animal doméstico negligenciado, se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(Animal não desparasitado) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]</p>
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Animal Doméstico Negligenciado

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

B - DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

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

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
	Atividade diagnóstica	Resultados

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

<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Não eficaz / Comunicação eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
<u>Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade	
<u>Conhecimento do casal sobre sexualidade</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não	
Subdiagnóstico	Interação Sexual Adequada / Interação Sexual Não Adequada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.1.3- Função Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
<u>Disfunções Sexuais</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
	Atividade diagnóstica e resultados	Resultados

<u>Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim <u>ou</u> Item 1: Sim e Item 2: Não	
Subdiagnóstico	Relação Sexual Comprometida / Relação Sexual Não Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.1. Satisfação Conjugal
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: <ul style="list-style-type: none"> • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação dinâmica disfuncional / Comunicação Não Eficaz / Interação Sexual Não Adequada / Relação Sexual Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Satisfação Conjugal Não Mantida

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas	
	Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas	
	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Promover a comunicação do casal	
	Planear rituais familiares	
	Motivar para atividades em conjunto	
	Ensinar sobre sexualidade	
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
	Orientar para serviços médicos	
	Orientar para terapia familiar	
	Orientar para serviços (psicologia)	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):		
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.2- Planeamento Familiar
Dimensão	B.2.1- Fertilidade

Atividade Diagnóstica do item <u>O casal planeia ter filhos/ mais filhos</u>	B.2.1.1- O casal planeia / não planeia ter filhos ou mais filhos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Alterações na fertilidade do casal</u>	B.2.1.2- <u>Alterações / Sem alterações na fertilidade do casal</u>	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial</u>	B.2.1.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos de fertilização artificial	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade</u>	B.2.1.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Fertilidade Comprometida se: O casal deseja ter filhos e tem alterações na fertilidade e/ou um dos itens seguintes se situar no Não demonstrado	
Subdiagnóstico	Fertilidade comprometida / Fertilidade Não Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.2- Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional</u>	B.221.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre consulta pré-concepcional	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	B.2.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Crítérios diagnósticos	Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.3- Uso de Contracetivo	
Atividade Diagnóstica do item <u>Uso de Contracetivo</u>	B.2.3.1- Uso / Não uso de Contracetivo <i>Se Uso qual?</i>	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Interrupção do uso de contracetivo</u>	B.2.3.2- Não interrupção / Interrupção do uso de contracetivo <i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o contracetivo adotado</u>	B.2.3.3- Satisfação / Não Satisfação com o contracetivo adotado	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre métodos contracetivos</u>	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos contracetivos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre contraceção de emergência	
<u>Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre uso de contracetivos	
<u>Conhecimento do casal sobre uso de contracetivos</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Uso de contracetivo Não adequado Se: Uso de contracetivo e Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Uso de contracetivos adequado / Não adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.4- Conhecimento sobre Reprodução	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.4.1- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre o ciclo sexual da mulher	
<u>Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.4.2- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino <i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>	
<u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.4.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino	
<u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>reprodutor masculino</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre fecundação e gravidez	
<u>Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes	
<u>Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas	
<u>Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Reprodução demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.2- Planeamento familiar
Critérios diagnósticos	Planeamento Familiar Ineficaz <ul style="list-style-type: none"> • Se Fertilidade Comprometida e/ou; • Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado e/ou; • Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado • Se o casal tem uso de contraceptivo e uso de contraceptivo não adequado e/ou; • Conhecimento sobre reprodução não demonstrado
Diagnóstico:	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz por Fertilidade Comprometida / Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado / Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado/ Se o casal tem uso de contraceptivo e este não adequado / Conhecimento sobre reprodução não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Planeamento Familiar Ineficaz

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
	Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos

Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar/ Instruir o casal sobre contraceção de emergência
	Orientar Antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência
	Ensinar/ Instruir/ Treinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado
	Motivar para o uso do contraceptivo
	Providenciar contraceptivo
	Providenciar material de leitura
	Informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional
	Ensinar o casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino
	Ensinar o casal sobre fecundação e gravidez
	Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada
	Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes
	Orientar o casal para serviços médicos
Informar o casal sobre métodos de fertilização artificial	
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.3- Adaptação à Gravidez	
Dimensão	B.3.1- Conhecimento	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre direitos sociais da gravidez</u>	B.3.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da gravidez.	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre direitos sociais da maternidade /paternidade.</u>	B.3.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da maternidade /paternidade.	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez.</u></p>	<p>B.3.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez.</p>	
<p><u>Conhecimento sobre as alterações fisiológicas na gravidez.</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento sobre novo ciclo vital</u></p>	<p>B.3.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as alterações fisiológicas na gravidez.</p>	
<p><u>Conhecimento sobre novo ciclo vital</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez</u></p>	<p>B.3.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre novo ciclo vital.</p>	
<p><u>Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez</u></p>	<p>Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.</u></p>	<p>B.3.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde na gravidez.</p>	
<p><u>Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento sobre</u></p>	<p>B.3.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre curso de preparação para o parto.</p>	
<p><u>Conhecimento sobre</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento sobre</u></p>	<p>B.3.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre desenvolvimento fetal.</p>	
<p><u>Conhecimento sobre</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		

<u>desenvolvimento fetal</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre o processo psicológico associado ao puerpério.	
<u>Conhecimento sobre o processo psicológico associado ao puerpério</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre vigilância de saúde do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre exoval da mãe e do bebê.	
<u>Conhecimento sobre exoval da mãe e do bebê</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre alimentação do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre alimentação do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Critérios diagnósticos	Conhecimento Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Adaptação à gravidez demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.1- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à gravidez	
<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.2- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à parentalidade	
<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.3- Os elementos do casal apoiam-se / não se apoiam mutuamente nas tarefas desenvolvimentais	
<u>Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz / não eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.3- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.3.1- A grávida/ casal é assídua (o) / não é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia	
<u>A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.3.2- O casal está / não está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.3.3- O casal está / não está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebê	
<u>O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebê</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamentos de adesão Não Demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamentos de adesão demonstrado / não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.3. Adaptação à gravidez
Critérios diagnósticos	Adaptação à Gravidez Não Adequada Se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento Não demonstrado e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Comportamentos de adesão Não Demonstrado
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada por Conhecimento Não demonstrado / Comunicação Não Eficaz / Comportamentos de adesão Não Demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Adaptação à Gravidez Não Adequada

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez
	Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade
	Ensinar o casal sobre etapas de adaptação á gravidez
	Ensinar o casal sobre alterações fisiológicas na gravidez
	Ensinar o casal sobre a nova etapa do ciclo vital
	Informar/ orientar o casal sobre curso de preparação para o parto
	Informar o casal sobre vigilância de saúde na gravidez
	Ensinar o casal sobre desenvolvimento fetal
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
	Informar o casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido
	Informar o casal sobre enxoval da mãe e do bebê
	Ensinar o casal sobre cuidados de higiene ao recém-nascido
	Ensinar o casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre alimentação do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério

	Orientar para serviços de saúde
	Facilitar o suporte familiar
	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover a comunicação do casal
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)	
Dimensão	B.4.1- Conhecimento do papel (recém-nascido)	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.2- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento materno	
<u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item <u>Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno</u>	B.4.1.4- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial</u>	B.4.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento artificial	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido</u>	B.4.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre choro do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido</u>	B.4.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica</u>	B.4.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre perda de peso fisiológica	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u></p>	<p>B.4.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</p>	
<p><u>Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u></p>	<p>B.4.1.10- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</p>	
<p><u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre a vigilância de saúde</u></p>	<p>B.4.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</p>	
<p><u>Conhecimento dos pais sobre a vigilância de saúde</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u></p>	<p>B.4.1.12- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</p>	
<p><u>Conhecimento dos pais sobre a vigilância de saúde</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>Conhecimento dos pais sobre a vigilância de saúde</u></p>	<p>B.4.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a vigilância de saúde</p>	
<p><u>Conhecimento dos pais sobre a vigilância de saúde</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p><u>Fundamentação</u></p>		

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

<u>padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</u>	<i>e a identificação do(s) cônjuge(s)</i>	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</u>	<i>e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
<u>Fundamentação</u>		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</u>	B.4.2.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Fundamentação</u>		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</u>	B.4.2.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Fundamentação</u>		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	B.4.2.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Fundamentação</u>		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação</u>	B.4.2.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais vigilância de saúde/vacinação	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
<u>Fundamentação</u>		
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	B.4.2.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

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

Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança	
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança	
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança	
Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança	
Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança	
Os pais promovem a socialização da criança	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas	
<u>Os pais definem regras entre subsistemas</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança	
<u>Os pais interagem positivamente com a criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (de recém-nascido até á infância escolar) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (de recém-nascido até á infância escolar) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.4 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.4-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.5 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.5-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.6 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.6- Saturação SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Saturação do papel</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado / Comportamentos de adesão Não demonstrado / • Consenso do papel Não / Conflito do papel Sim / Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	<p>(Recém-nascido)</p> <p>Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical Ensinar os pais sobre aleitamento materno Instruir/ Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno Ensinar os pais sobre aleitamento artificial Instruir/ treinar os pais sobre técnica de aleitamento artificial Ensinar os pais sobre características das dejeções do recém-nascido Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre posicionamento do recém-nascido Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido Ensinar os pais sobre vigilância de saúde Ensinar os pais sobre características do recém-nascido Ensinar os pais sobre competências do recém-nascido Ensinar os pais sobre processo de vinculação</p> <p>(De recém-nascido até à infância escolar)</p> <p>Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes</p> <p>Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança Motivar os pais para higiene adequada à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado à criança</p>

	<p>Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança</p> <p>Motivar os pais para a socialização da criança</p> <p>Motivar os pais para a importância de regras estruturantes</p> <p>Orientar para serviços sociais</p> <p>Orientar para serviços comunitários</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais de papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);</p> <p>Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel;</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.5- Papel parental - Família com filhos na escola (da infância escolar ao início da adolescência)	
Dimensão	B.5.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	

<p><u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</p>	
<p><u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre higiene oral</p>	
<p><u>Conhecimento dos pais sobre higiene oral</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária</p>	
<p><u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</p>	
<p><u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</p>	
<p><u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequado à criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>


	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação	
<u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
<u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre importância de regras estruturantes	
<u>Conhecimento dos pais sobre importância de regras estruturantes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.5.2- Adaptação da família à escola	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.1- Reorganização funcional para adaptação aos novos horários	
<u>Reorganização funcional para adaptação aos novos horários</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.2- Criação de espaço para a criança estudar	
<u>Criação de espaço para a criança estudar</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.3- Participação dos pais nas atividades de estudo da criança	
<u>Participação dos pais nas atividades de estudo da criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.4- Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares	
<u>Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.5- Promoção da socialização/autonomia da criança	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Promoção da socialização/autonomia da criança</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Não Eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Eficaz / Não Eficaz (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.3- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	
<u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança	
<u>Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança	
<u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança	
<u>Os pais promovem uma higiene adequada à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<p><u>Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança</u></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança</p>	
<p><u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança</p>	
<p><u>Os pais promovem a socialização da criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</p>	
<p><u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas</p>	
<p><u>Os pais definem regras entre subsistemas</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p>	<p>B.5.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança</p>	
<p><u>Os pais interagem positivamente com a criança</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Critérios diagnósticos</p>	<p>Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO</p>	
<p>Subdiagnóstico</p>	<p>Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i></p>	
<p>Dimensão</p>	<p>B.5.4 Consenso do Papel</p>	

Atividade Diagnóstica do item	B.5.4-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.5 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.5-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.6 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.6- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.5- Papel parental - Família com filhos pequenos (da infância escolar ao início da adolescência)	
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou - Adaptação da família à escola Não Eficaz e/ou • Consenso do papel Não demonstrado e/ou • conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim 	
	 <i>Se Papel Parental Não Adequado</i>	
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado / Adaptação da família à escola Não Eficaz / Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim / Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa) 	

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança

	<p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p> <p>Ensinar os pais sobre socialização</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil</p> <p>Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</p> <p>Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes</p>
	<p>Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários</p> <p>Advogar criação de espaço para a criança estudar</p> <p>Motivar os pais para a participação nas atividades de estudo da criança</p> <p>Motivar os pais para a participação nas reuniões e atividades escolares</p> <p>Promover a socialização/autonomia da criança</p>
	<p>Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança</p> <p>Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança</p> <p>Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança</p> <p>Motivar os pais para higiene adequada à criança</p> <p>Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança</p> <p>Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado à criança</p> <p>Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança</p> <p>Motivar os pais para a socialização da criança</p> <p>Motivar os pais para a importância de regras estruturantes</p> <p>Orientar para serviços sociais</p> <p>Orientar para serviços comunitários</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais de papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar as dimensões conflituais no papel</p> <p>Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);</p> <p>Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel;</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>

Atividades que concretizam as intervenções (ACI):

Fundamentação (ACI) *(Se adequado)*

Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.6- Papel parental - Família com filhos na escola (da adolescência até ao início da idade adulta)	
Dimensão	B.6.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente</u>	B.6.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente</u>	B.6.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente</u>	B.6.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	B.6.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente</u>	B.6.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente	
<u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	
<u>Conhecimento dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a importância de regras estruturantes	
<u>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Crítérios diagnósticos	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
Dimensão	B.6.2- Comportamentos de adesão
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente</u>	B.6.2.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Fundamentação
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente</u>	B.6.2.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada ao adolescente Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Fundamentação
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente</u>	B.6.2.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de atividades de lazer adequado ao adolescente Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Fundamentação
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente</u>	B.6.2.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização/autonomia do adolescente Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Fundamentação
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais definem regras entre os subsistemas</u>	B.6.2.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de regras entre subsistemas Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i> Fundamentação

Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da interação com o grupo de amigos	
<u>Os pais promovem a interação com o grupo de amigos</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na discussão com o adolescente sobre o seu projeto de vida	
<u>Os pais discutem com o adolescente o seu projeto de vida</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na partilha de dúvidas e experiências do adolescente	
<u>O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.9-Comportamentos de adesão / Não da família sobre aceitação do padrão de comportamento social do adolescente	
<u>A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente	
<u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item	B.6.2.11-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com o adolescente	
<u>Os pais interagem positivamente com o adolescente</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.3 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.3-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	

Dimensão	B.6.4 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.4-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.5 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.6.5- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.6- Papel parental - Família com filhos pequenos (da adolescência até ao início da idade adulta)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	<p>Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral</p> <p>Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes</p> <p>Ensinar os pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</p> <p>Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</p> <p>Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturante</p> <p>Motivar os pais para as consultas de vigilância do adolescente</p> <p>Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada ao adolescente</p> <p>Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente</p> <p>Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente</p> <p>Motivar os pais para a importância de regras estruturantes</p> <p>Informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de amigo</p>

	<p>Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente</p> <p>Promover a comunicação familiar</p> <p>Elogiar as forças da família e dos indivíduos</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar as dimensões não consensuais de papel</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar as dimensões conflituais no papel</p> <p>Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
	<p>Promover a comunicação expressiva das emoções;</p> <p>Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);</p> <p>Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel;</p> <p>Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;</p> <p>Promover o envolvimento da família alargada</p>
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Atividade Diagnóstica do item <u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o contacto mantido</u>	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Consenso do Papel</u>	B.7.3- Existência / Não existência de consenso do papel	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.7.4 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conflitos do Papel</u>	B.7.4- Existência / Não existência de conflitos de papel	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.7.5 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Saturação do Papel</u>	B.7.5- Existência / Não existência de saturação do papel	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>	
<u>Papel parental não adequado por Conhecimento do papel não demonstrado e/ou Comportamentos de adesão não demonstrado</u>	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Facilitar a comunicação familiar	
	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
<u>Consenso Não</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar as dimensões não consensuais de papel	
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
<u>Conflito SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar as dimensões conflituais no papel	
	Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família	
	Promover o envolvimento da família alargada	
<u>Saturação SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)	
	Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel	
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Promover o envolvimento da família alargada	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	
Diagnóstico	Papel parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

C- DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>							
SIM							
NÃO							
Dados avaliativos se membro da família dependente <u>SIM</u> <i>(eliminar se não se adequa)</i>							
Autocuidados	Dependência		Prestador de Cuidados (PC)				
	Sim	Não	Membro da família	Membro da família extensa	Vizinho	Auxiliar de saúde	Outros (especificar)
Autocuidado Higiene							
Autocuidado Vestuário							
Autocuidado Comer							
Autocuidado Beber							
Autocuidado Ir ao sanitário							
Autocuidado Comportamento sono-reposo							
Autocuidado Atividade de lazer							
Autocuidado Atividade Física							
Gestão do regime terapêutico							
Autovigilância							
Autoadministração de medicamentos							
Se o prestador de cuidados não for membro da família:				Instruído ou iletrado			
				Profissão			
				Contacto			

Dados avaliativos se membro da família dependente <u>SIM</u>		
Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene	SIM	NÃO
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes		
Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés		
Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados	
Dimensão	C.1.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.1- Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados Demonstrado / Não demonstrado sobre Autocuidado Higiene	
<u>Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.2- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Vestuário	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre o Autocuidado Vestuário</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.3- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Comer	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Comer</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.4- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Beber	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.5- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Ir ao sanitário	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

<u>Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.6- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.7- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade recreativa	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.8- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade física	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados Demonstrado/ Não Demonstrado sobre Gestão do Regime terapêutico	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do Regime terapêutico</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

<u>Habilidades sobre Autovigilância</u>		
Atividade Diagnóstica do item	C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos	
<u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.2- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.1- Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra estimular a independência do membro da família dependente	
<u>Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.2- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Higiene adequada ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica	Resultados

<p><u>O Prestador de cuidados promove a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</u></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p><i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</u></p>	<p>C.1.2.5- A família Demonstra/ Não demonstra ter adquirido equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</u></p>	<p>C.1.2.6- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da</u></p>	<p>C.1.2.8- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</p>	
<p>Atividade Diagnóstica do item</p> <p><u>O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da</u></p>	<p>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>	<p>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></p>
<p>Fundamentação</p>		

<u>família dependente</u>			
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.9- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância		
<u>O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>		
	Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Comportamentos de Adesão Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO		
Subdiagnóstico	Comportamentos de Adesão Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>		
Dimensão	C.1.3- Consenso do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	C.1.3.1-Consenso SIM/ NÃO		
<u>Consenso do papel</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>		
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO <i>(eliminar o que não se adequa)</i>		
Dimensão	C.1.4- Conflito do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	C.1.4.1-Conflito SIM/ NÃO		
<u>Conflito do papel</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>		
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>		
Dimensão	C.1.5- Saturação do Papel		
Atividade Diagnóstica do item	C.1.5.1- Saturação SIM/ NÃO		
<u>Saturação do papel</u>	<table border="1"> <tr> <td>Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> <td>Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i></td> </tr> </table>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>		
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não <i>(eliminar o que não se adequa)</i>		

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados
Critérios diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim

Diagnóstico:



- **Papel Prestador de Cuidados Não Adequado** por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim *(eliminar o que não se adequa)*

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (<i>elii Se Papel Prestador de Cuidados Não Adequado</i>)	Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre a Técnica do Banho Ensinar PC sobre a Técnica do Banho Ensinar PC sobre a Técnica do Banho Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem dos dentes Instruir PC sobre a técnica de lavagem dos dentes Treinar PC sobre a Técnica de Lavagem dos dentes Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário Instruir PC sobre a utilização do fio dentário Treinar PC sobre a utilização do fio dentário Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem dos dentes Ensinar PC sobre higiene do cabelo Instruir PC sobre higiene do cabelo Treinar PC sobre a higiene do cabelo Ensinar PC sobre a técnica de fanerotomia Instruir PC sobre técnica de fanerotomia Treinar PC sobre a técnica de fanerotomia Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação) Promover estratégias de coping para o papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Prestador de Cuidados Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR**Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe**

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

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças**200-300:** 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica

> 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.

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

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

DADOS AVALIATIVOS DA COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA						
FACES II						
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)						
N.º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					

14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.																		
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.																		
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.																		
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.																		
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.																		
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.																		
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.																		
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.																		
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.																		
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros																		
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.																		
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros																		
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.																		
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.																		
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.																		
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.																		
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros																		

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

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

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

Coesão		Adaptabilidade				Tipo de Família (Coesão+Adaptabilidade)/2	
8	80 74	Muito ligada	8	70 65	Muito flexível	8	Equilibrada
7	73 71		7	65 55		7	
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Intermédia

3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida	2	Extrema
1	34 15		1	29 15		1	

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – PERCEÇÃO DOS MEMBROS						
Apgar Familiar De Smilkstein						
APGAR		Quase sempre (2 pts)	Algumas vezes (1 pt)	Quase nunca (0 pts)		
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.						
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 encetar 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:						
7 a 10 Família altamente funcional		4 a 6 Família com moderada disfunção			0 a 3 Família com disfunção acentuada	
Resultado	Membros da família					
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Família altamente funcional						
Família com moderada disfunção						
Família com disfunção acentuada						

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – CRENÇAS FAMILIARES	
Religiosas	
Espirituais	
Valores	
Culturais	

Intervenção dos profissionais de saúde	
--	--

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Emocional</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Comunicação Circular</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)	
Subdiagnóstico	Comunicação Familiar Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
<u>Solução de Problemas</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver e os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel provedor</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel gestão financeira</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel Cuidado Doméstico</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel Recreativo</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
<u>Papel de Parente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	<p align="center">Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Ppel SIM</p> <p align="center">Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM</p>	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i> Interação de Papéis Conflitual/ Não Conflitual <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Influência e Poder</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Alianças e Uniões</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Funcionalidade da Família</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamento dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional (eliminar o que não se adequa)	

Foco	C.2- Processo Familiar
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação Não Eficaz e/ou • Coping Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional
Diagnóstico:	<ul style="list-style-type: none"> • Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz e/ou Coping Familiar Não Eficaz e/ou Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou Relação Dinâmica Disfuncional (eliminar o que não se adequa)



Se Processo Familiar Disfuncional

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Planejar rituais familiares Otimizar padrão de assertividade Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Colaborar na identificação dos papéis familiares Avaliar as dimensões não consensuais do papel Avaliar saturação do papel Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família

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

ANEXO IV - Escala de Autoeficácia Geral Percecionada (EAGP)

Escala de Autoeficácia Geral Percecionada

Versão Portuguesa de Renato Nunes, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1999

Posicione-se nas seguintes afirmações, assinalando de acordo com a seguinte correspondência:

1 = De modo nenhum é verdade	2 = Dificilmente é verdade	3 = Moderadamente verdade	4 = Exactamente verdade
------------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------

n.º	Afirmação	1	2	3	4
1	Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante.				
2	Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.				
3	É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.				
4	Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.				
5	Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.				
6	Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário.				
7	Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações.				
8	Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.				
9	Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.				
10	Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo.				

ANEXO V - Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

Loureiro, Helena (IP REATIVA/ hloureiro@esenfc.pt); Mendes, Aida; Fernandes, Ana; Camarneiro, Ana; Fonseca, António; Veríssimo, Manuel; Carvalho, Madalena; Silva, Margarida; Rodrigues, Rogério; Pedreiro, Ana.

Posicione-se nas afirmações, assinalando de acordo com a seguinte correspondência:

1 = Discordo totalmente	2 = Discordo	3 = Concordo	4 = Concordo totalmente
-------------------------	--------------	--------------	-------------------------

n.º	Afirmação	1	2	3	4
1	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a				
2	Consigo identificar objetivos para a minha vida atual				
3	Consigo identificar objetivos para a minha vida futura				
4	Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado				
5	Sinto-me em harmonia com a vida atual				
6	Sinto que passei a ter mais tempo para os meus afazeres				
7	O tempo que disponho é utilizado de forma útil				
8	Consigo gerir o stresse no dia-a-dia				
9	Sinto apoio da minha família				
10	Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes				
11	Sei como aceder aos recursos da minha comunidade				
12	Sinto que tenho o apoio necessário quando necessito				
13	Realizo um planeamento mensal dos meus gastos				
14	Sei gerir o meu dinheiro				
15	Consigo estabelecer prioridades nas compras que realizo				
16	Sei resistir à pressão da publicidade do consumo				
17	Gosto de mim tal como eu sou				
18	Sinto-me bem				
19	Cuido de mim				
20	Tenho medo de envelhecer				
21	Estou satisfeito com a minha relação conjugal				
22	Quando decido em casal consigo mais e melhor				
23	Na minha relação há diálogo e partilha				
24	Sinto-me bem sexualmente				
25	Sinto que posso contar com os meus filhos				
26	Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos				
27	Sinto que os meus netos contam comigo				
	Os meus netos fazem-me feliz				

Entre na reforma e agora?

A reforma pode implicar uma perda gradual de rendimentos que, pode acentuar-se quando existem despesas significativas ao nível da saúde, com familiares ou quando valor da reforma é baixo, influenciando a vida pessoal e social, como a participação em atividades, aquisição de medicamentos (Fonseca, 2011; Loureiro, 2014).

Sabia que existem vários apoios sociais para idosos a que é possível aceder?

- Complemento Solidário para Idosos
 - Idosos com mais de 66 anos e 4 meses com baixos recursos.



- Benefícios Adicionais de Saúde
 - Pessoas que recebem o complemento solidário para idosos;
 - Desconto na compra de medicamentos, óculos e lentes e compra ou reparação de próteses dentárias removíveis. Consultas de medicina dentária gratuitas através do cheque dentista.
- Pode também ter descontos na tarifa de eletricidade, gás natural, água e internet.

INFORME-SE SOBRE OS SEUS DIREITOS NA SEGURANÇA SOCIAL MAIS PERTO DE SI!

Segurança Social - Balcão

Morada: Avenida

Contacto: 300 000 000

Outras Respostas Sociais

- Centro de convívio
- Apoio domiciliário
- Centro de dia

- Centro de noite
- Acolhimento familiar
- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)
- Centro de férias e lazer

Entrar na reforma não significa necessariamente deixar um estilo de vida ativo.



Quer manter-se ativo? Inscreva-se numa Universidade Sénior perto de ti!

- Destinam-se a cidadãos com mais de 50 anos;
- Valor médio da mensalidade ronda os 12 euros;

ANEXO VII - Questionário de diagnóstico das necessidades formativas

QUESTIONÁRIO - Instrumento de Avaliação de Necessidades Formativas

O meu nome é Juliana Magalhães Ferreira. Estou neste momento a desenvolver um estágio de natureza profissional no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação das professoras Maria Henriqueta Figueiredo, Maria José Peixoto e Ana Vilar.

Durante o meu período de estágio pretendo prestar cuidados de enfermagem a “Famílias Nucleares com Membro da Família a Vivenciar a Transição para a Reforma”, tendo como objetivo compreender o referido. Este tema surgiu após uma avaliação do ficheiro da enfermeira tutora, numa amostra convencional, de 60 famílias que recorriam ao centro de saúde para consultas ou atos de enfermagem. Ao longo deste processo de colheita de dados com as 60 famílias apercebi-me que não existia documentação de enfermagem no processo das famílias, bem como nenhuma das famílias apresentava o programa “Saúde da Família” ativo. Desta forma, o presente questionário tem como objetivo identificar os conhecimentos dos enfermeiros da USF relativamente às potencialidades do SClínico para a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da Saúde Familiar, tendo por base o modelo de referência, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

Este questionário é constituído por duas partes. A primeira parte é constituída por questões relacionadas com aspetos pessoais e profissionais da equipa de enfermagem e a segunda parte por questões de avaliação de conhecimentos sobre a documentação de enfermagem no SClínico no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, bem como o modelo de referência, o MDAIF.

Agradeço a sua colaboração e o seu contributo. As respostas e dados pessoais dos entrevistados são anónimos e é garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos, sendo que os dados serão apenas utilizados para o presente trabalho que se encontra a ser desenvolvido.

Muito obrigada pela colaboração,

Juliana Magalhães Ferreira

Parte I - Dados pessoais e profissionais:

Dados Pessoais:

Idade: _____

Sexo: Feminino___ Masculino___

Grau Acadêmico: _____

Categoria Profissional: _____

Área de Especialização: _____

Dados Profissionais:

Tempo de exercício profissional: _____

Tempo de exercício profissional em USF/UCSP: _____

Tem formação na área da Enfermagem de Saúde Familiar: Sim___ Não___

Em que contexto teve essas formações:

Contexto Acadêmico: _____

Formação em serviço: _____

Autoformação: _____

Outros contextos: _____

Parte II - Identificação de conhecimentos sobre documentação de enfermagem no SClínico no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

Responda às questões colocando uma cruz (X) no círculo (o).

1. Refira como define o conceito de Saúde Familiar.

- É um estado subjetivo e um processo dinâmico de ajustamento, que integra a saúde de cada membro de forma individual, assim como os aspectos do funcionamento familiar.
- Consiste na capacidade da família em desenvolver as suas funções, apresentando uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros.
- Ambas estão certas.

2. É importante saber quem são os membros da família, considerando-a como um todo, um sistema aberto de inter-relações e complexidade, que aglomera um sistema de valores, conhecimentos e práticas. Concorda com esta afirmação?

Sim

Não

3. Segundo a sua perspectiva, qual a importância que atribui à documentação de enfermagem na família para a sua prática clínica?

Pouco importante

Importante

Muito importante

4. De todos os programas de saúde disponíveis no *SCLínico* conhece o programa “Saúde da Família”?

Sim

Não

4.1. Se NÃO, gostaria de ter formação sobre o uso do mesmo?

Sim

Não

5. Se não conhece o programa “Saúde da Família” pode avançar para a questão 9. Caso tenha respondido SIM à questão 3, costuma abrir esse programa?

Sim

Não

5.1. Se NÃO, porque razão nunca o abriu?

Tenho conhecimento do programa, mas sinto que não tenho competências para a sua utilização.

Falta de tempo.

Registo muito limitado, muitas vezes tenho que recorrer ao registo em texto livre por não existir atividades diagnóstico parametrizadas (como por exemplo, relação dinâmica não efetiva, não é possível identificar qual o dado com compromisso).

Outro motivo: _____

6. Caso tenha respondido SIM à questão 5, costuma abrir o programa no utente ou na família? Se respondeu Não, pode avançar para a questão 9.

Utente

Família

7. Acha mais pertinente que a documentação seja realizada no utente ou na Família?

Utente

Família

8. Quando abre o programa o que costuma documentar?

Escala de Graffar

Tipo de Família

Fase do Ciclo Vital

Características da habitação

Formulação de diagnósticos

Outro: _____

9. Quais são os focos de atenção de Saúde Familiar que conhece?

Rendimento Familiar

Edifício Residencial

Precauções de Segurança

Abastecimento de água

Animal doméstico

Satisfação conjugal

Planeamento familiar

Adaptação à gravidez

Papel parental

Papel prestador de cuidados

Processo familiar

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11. Acha importante essa avaliação e intervenção na família?

Sim

Não

12. Refira duas vantagens da avaliação e registo no Programa Saúde da Família.

13. Na sua perceção, indique duas dificuldades sentidas na avaliação da família enquanto cliente?

14. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico que permite a identificação das necessidades, das forças e recursos das famílias, sendo utilizado em processos de formação contínua dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Figueiredo, 2012). Conhece este referencial teórico?

Sim

Não

15. Se respondeu SIM à questão anterior preencha o quadro selecionando com um X se afirmação é verdadeira ou falsa.

	V	F
O MDAIF é considerado um referencial teórico e operativo, que pretende dar as respostas as necessidades dos enfermeiros, responsáveis pelos cuidados de saúde familiar e desenvolvimento de práticas de enfermagem relacionados com a família.		
A enfermagem de saúde familiar tem como foco os cuidados de enfermagem nos membros da família individualmente.		
A avaliação e intervenção colaborativa da família é fundamental para identificar as necessidades da família, realçar as forças e o potencial da família para a evolução, através da ligação dos membros da família com os enfermeiros de saúde familiar.		
O MDAIF, com os seus princípios e postulados, centra-se nas áreas de atenção familiar por domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões de avaliação e intervenção familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional.		
As áreas de atenção referentes à dimensão estrutural são: Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precauções de Segurança, Animal Doméstico e Processo Familiar.		
O genograma, o ecomapa e a escala de Gaffar são instrumentos de avaliação familiar.		
As áreas de atenção satisfação conjugal, papel prestador de cuidados e adaptação à gravidez inserem-se na dimensão de desenvolvimento.		
A avaliação e intervenção que determina a forma de como os membros da família interagem uns com os outros e que se centra nas atividades do quotidiano da vida da família está presente na dimensão funcional.		

16. Considera que era importante aprofundar os seus conhecimentos relativamente à documentação/registos dos cuidados prestados à família no sistema de informação *SClínico* e sobre as dimensões que envolvem a avaliação e intervenção familiar segundo o MDAIF?

Sim

Não

Grata pela colaboração!
Juliana Magalhães Ferreira

ANEXO VIII - Análise dos resultados obtidos após aplicação do questionário

QUESTIONÁRIO - Instrumento de Avaliação de Necessidades Formativas

O meu nome é Juliana Magalhães Ferreira. Estou neste momento a desenvolver um estágio de natureza profissional no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação das professoras Maria Henriqueta Figueiredo, Maria José Peixoto e Ana Vilar.

Durante o meu período de estágio pretendo prestar cuidados de enfermagem a “Famílias Nucleares com Membro da Família a Vivenciar a Transição para a Reforma”, tendo como objetivo compreender o referido. Este tema surgiu após uma avaliação do ficheiro da enfermeira tutora, numa amostra convencional, de 60 famílias que recorriam ao centro de saúde para consultas ou atos de enfermagem. Ao longo deste processo de colheita de dados com as 60 famílias apercebi-me que não existia documentação de enfermagem no processo das famílias, bem como nenhuma das famílias apresentava o programa “Saúde da Família” ativo. Desta forma, o presente questionário tem como objetivo identificar os conhecimentos dos enfermeiros da USF relativamente às potencialidades do SClínico para a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da Saúde Familiar, tendo por base o modelo de referência, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

Este questionário é constituído por duas partes. A primeira parte é constituída por questões relacionadas com aspetos pessoais e profissionais da equipa de enfermagem e a segunda parte por questões de avaliação de conhecimentos sobre a documentação de enfermagem no SClínico no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, bem como o modelo de referência, o MDAIF.

Agradeço a sua colaboração e o seu contributo. As respostas e dados pessoais dos entrevistados são anónimos e é garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos, sendo que os dados serão apenas utilizados para o presente trabalho que se encontra a ser desenvolvido.

Muito obrigada pela colaboração,

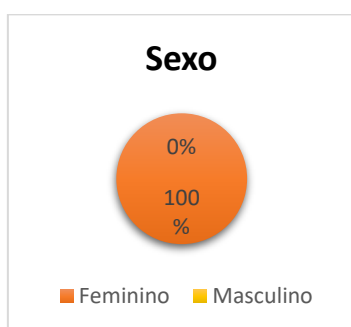
Juliana Magalhães Ferreira

Parte I - Dados pessoais e profissionais:

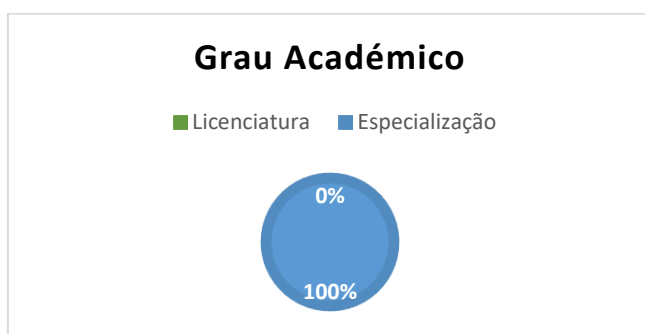
Dados Pessoais:

Idade Pessoal de Enfermagem	Número de Enfermeiros
40 anos	1
42 anos	1
50 anos	1
51 anos	1
56 anos	1
63 anos	1

Sexo:



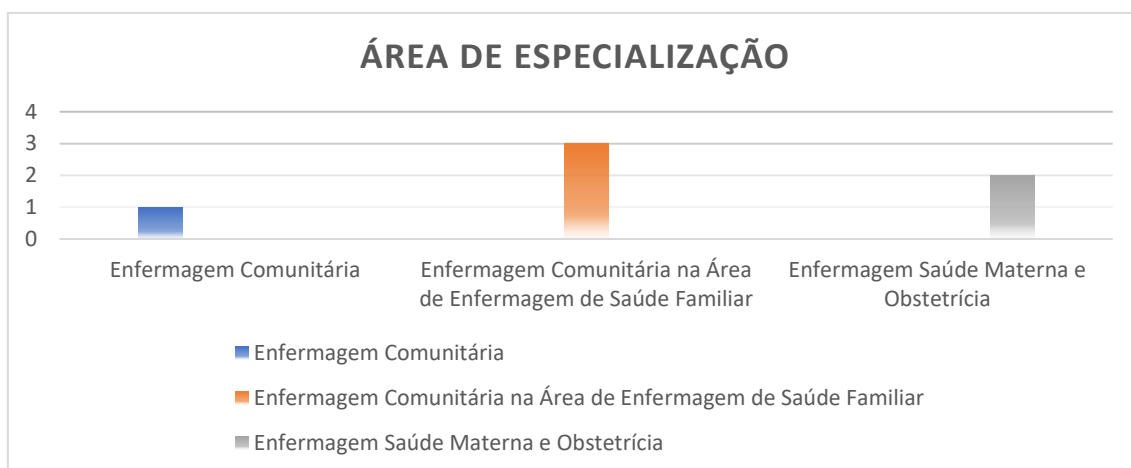
Grau Académico:



Categoria Profissional:



Área de Especialização:



Dados Profissionais:

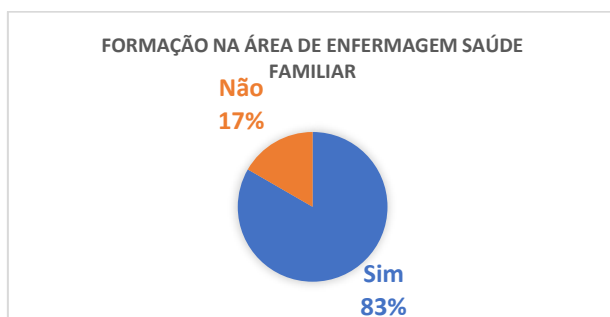
Tempo de exercício profissional:

Tempo de exercício profissional	Número de Enfermeiros
17 anos	1
18 anos	1
22 anos	1
26 anos	2
42 anos	1

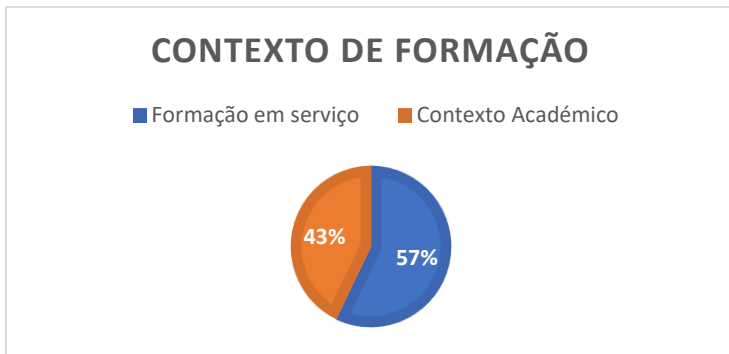
Tempo de exercício profissional em USF/UCSP:

Tempo de exercício profissional	Número de Enfermeiros
15 anos	1
16 anos	1
17 anos	1
20 anos	1
22 anos	1
31 anos	1

Tem formação na área da Enfermagem de Saúde Familiar:



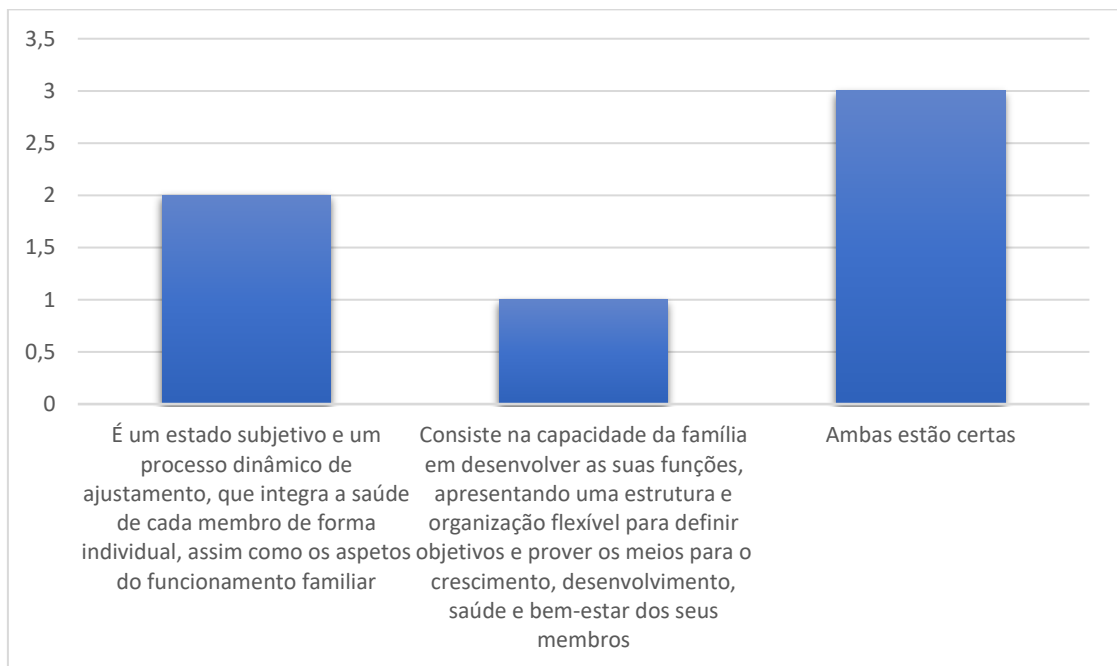
Em que contexto teve essas formações:



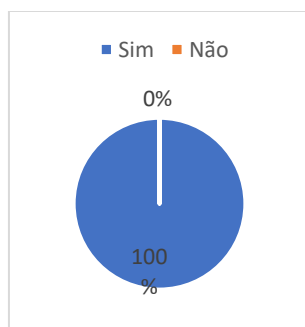
Parte II - Identificação de conhecimentos sobre documentação de enfermagem no SClínico no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

Responda às questões colocando uma cruz (X) no círculo (o).

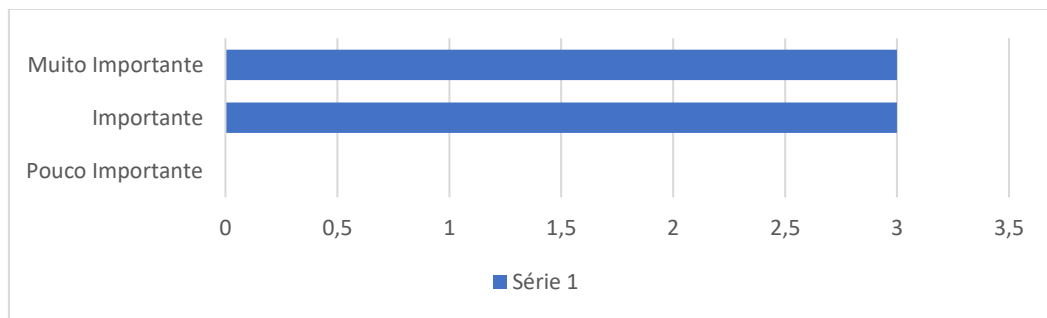
17. Refira como define o conceito de Saúde Familiar.



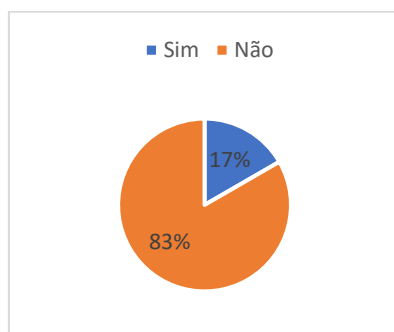
18. É importante saber quem são os membros da família, considerando-a como um todo, um sistema aberto de inter-relações e complexidade, que aglomera um sistema de valores, conhecimentos e práticas. Concorda com esta afirmação?



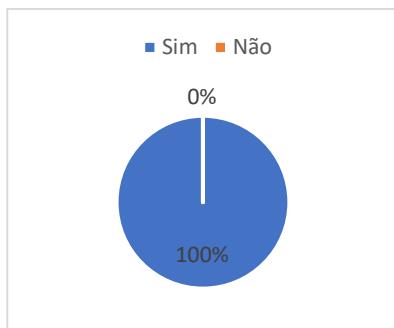
19. Segundo a sua perspectiva, qual a importância que atribui à documentação de enfermagem na família para a sua prática clínica?



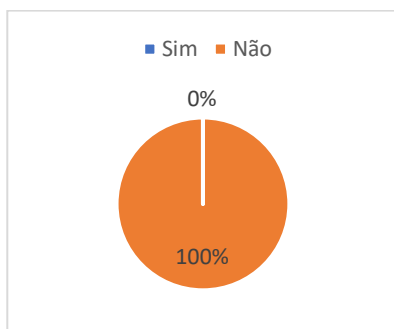
20. De todos os programas de saúde disponíveis no SCLínico conhece o programa “Saúde da Família”?



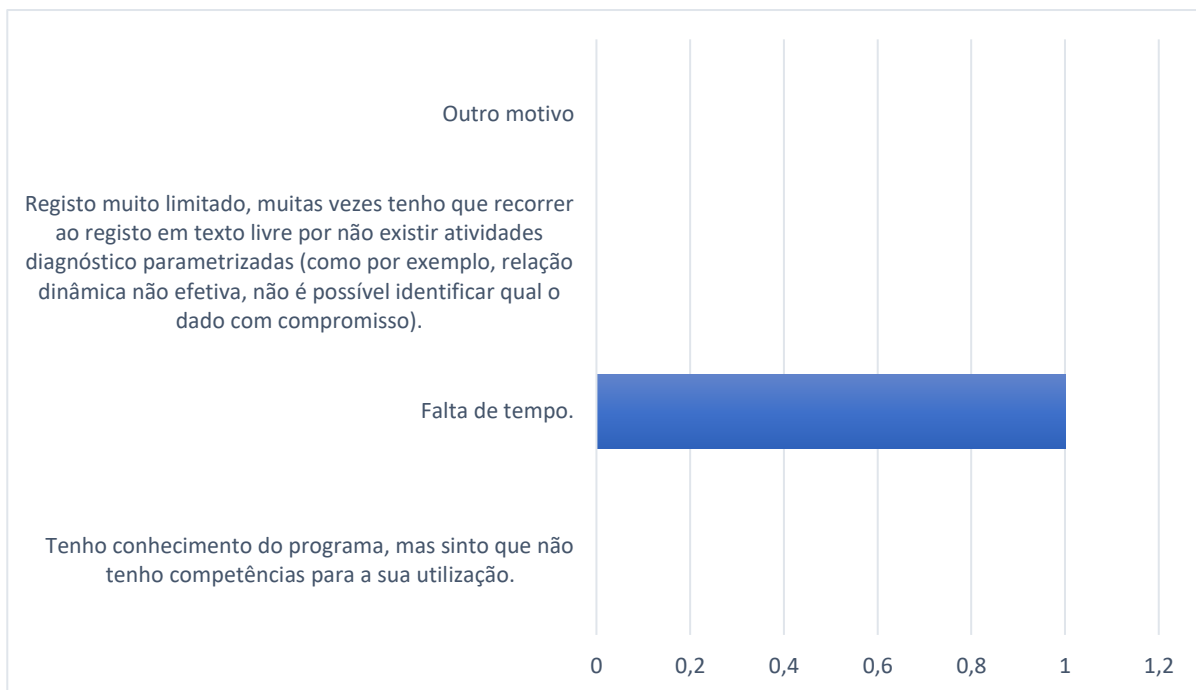
4.1. Se NÃO, gostaria de ter formação sobre o uso do mesmo?



21. Se não conhece o programa “Saúde da Família” pode avançar para a questão 9. Caso tenha respondido SIM à questão 3, costuma abrir esse programa?



5.1. Se NÃO, porque razão nunca o abriu?



22. Caso tenha respondido SIM à questão 5, costuma abrir o programa no utente ou na família? Se respondeu Não, pode avançar para a questão 9.

Sem resultados, resposta NÃO à questão 5.

23. Acha mais pertinente que a documentação seja realizada no utente ou na Família?

Sem resultados, resposta NÃO à questão 5.

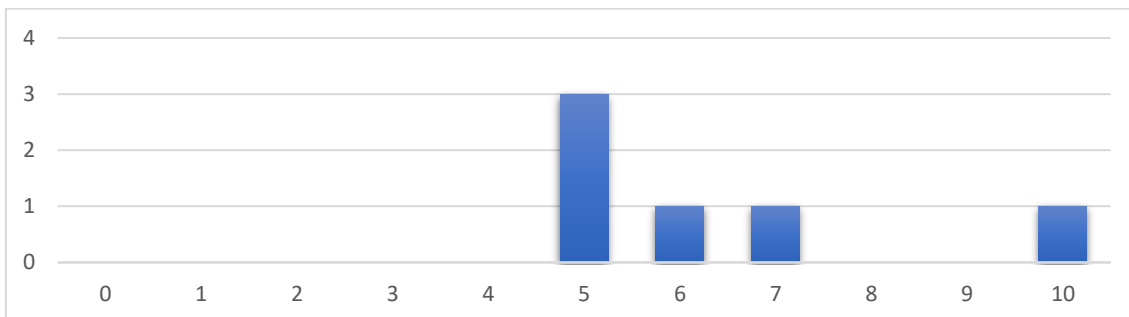
24. Quando abre o programa o que costuma documentar?

Sem resultados, resposta NÃO à questão 5.

25. Quais são os focos de atenção de Saúde Familiar que conhece?



26. Numa escala de 1 a 10, em que 1 não me sinto competente e 10 sinto-me muito competente, em como avalia a sua capacidade de avaliação e intervenção na família enquanto cliente?



27. Acha importante essa avaliação e intervenção na família?



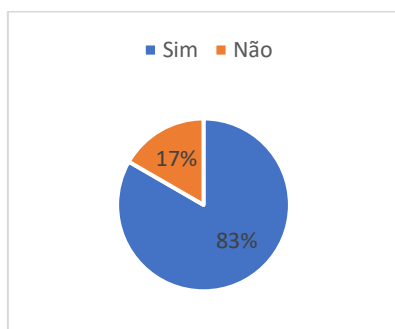
28. Refira duas vantagens da avaliação e registo no Programa Saúde da Família.

- Conhecer melhor a família;
- Conhecer melhor as condições habitacionais;
- Conhecer os elementos e o seu papel na família;
- Prestar cuidados de saúde familiar mais adequados;
- Identificar diagnósticos e executar intervenções na família.

29. Na sua perceção, indique duas dificuldades sentidas na avaliação da família enquanto cliente?

- Aplicação dos instrumentos de avaliação;
- Avaliação do rendimento familiar e do Edifício residencial;
- Abordagem de famílias com problemas complexos (surgimento de uma doença oncológica, famílias com membro dependente);
- Não ter conhecimento aprofundado sobre o tema;
- Falta de tempo;
- Dificuldade no contacto com todos os elementos da família.

30. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico que permite a identificação das necessidades, das forças e recursos das famílias, sendo utilizado em processos de formação contínua dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Figueiredo, 2012). Conhece este referencial teórico?



31. Se respondeu SIM à questão anterior preencha o quadro selecionando com um X se afirmação é verdadeira ou falsa.

	V	F
O MDAIF é considerado um referencial teórico e operativo, que pretende dar as respostas as necessidades dos enfermeiros, responsáveis pelos cuidados de saúde familiar e desenvolvimento de práticas de enfermagem relacionados com a família.	100%	0%
A enfermagem de saúde familiar tem como foco os cuidados de enfermagem nos membros da família individualmente.	20%	80%
A avaliação e intervenção colaborativa da família é fundamental para identificar as necessidades da família, realçar as forças e o potencial da família para a evolução, através da ligação dos membros da família com os enfermeiros de saúde familiar.	100%	0%
O MDAIF, com os seus princípios e postulados, centra-se nas áreas de atenção familiar por domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões de avaliação e intervenção familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional.	100%	0%
As áreas de atenção referentes à dimensão estrutural são: Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precauções de Segurança, Animal Doméstico e Processo Familiar.	100%	0%
O genograma, o ecomapa e a escala de Gaffar são instrumentos de avaliação familiar.	100%	0%

As áreas de atenção satisfação conjugal, papel prestador de cuidados e adaptação à gravidez inserem-se na dimensão de desenvolvimento.	80%	20%
A avaliação e intervenção que determina a forma de como os membros da família interagem uns com os outros e que se centra nas atividades do quotidiano da vida da família está presente na dimensão funcional.	100%	0%

32. Considera que era importante aprofundar os seus conhecimentos relativamente à documentação/registos dos cuidados prestados à família no sistema de informação *SClínico* e sobre as dimensões que envolvem a avaliação e intervenção familiar segundo o MDAIF?



Grata pela colaboração!
Juliana Magalhães Ferreira

ANEXO IX - Plano da formação

Plano da Formação

Título da formação: Saúde Familiar e Documentação em Enfermagem

Formadora: Juliana Magalhães Ferreira

Local: Unidade de Saúde Familiar

Morada:

Enquadramento

A procura de cuidados de qualidade que satisfaçam as necessidades do indivíduo e da família deve ser o objetivo primordial dos enfermeiros (DGS, 2017). O processo de enfermagem permite sistematizar a avaliação clínica, mostra o raciocínio clínico, a tomada de decisão e o julgamento clínico sobre as respostas do utente/família aos problemas e processos de vida (Dal Sasso et al., 2013). DGS (2017) afirma que uma das estratégias que garante uma comunicação eficaz é através da utilização de uma ferramenta segura que possibilite a uniformização da mesma, favorecendo uma diminuição de informação omissa, promove a continuidade de cuidados e a visibilidade dos mesmos.

Podemos constatar que quando existe um registo de enfermagem bem realizado irá permitir uma boa visibilidade aos cuidados prestados pelo enfermeiro, como também à sistematização e estandardização da documentação da informação, respeitando assim a individualidade de cada utente/família (DGS, 2017). Contudo, existem fatores que condicionam o registo, nomeadamente o facto de valorizar a documentação dos cuidados de enfermagem, como também possuir conhecimento sobre a importância da mesma (Ribeiro, 2018). O tempo despendido para a documentação é também, muitas vezes, motivo que interfere na qualidade da mesma (Tareco, 2015).

Finalidade: Com esta formação pretende-se maximizar a qualidade da documentação de enfermagem no âmbito da Saúde Familiar da equipa de enfermagem da USF.

Porquê?	Para quê?	Quem?	O quê?	Quando?	Como?
<p>Através da análise de levantamento das necessidades formativas verificou-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipa de Enfermagem composta por 6 enfermeiras (1 especialista em Enfermagem Comunitária; 3 especialistas na em EC na área ESF e 2 especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). - Inexistência de registos de enfermagem no processo das famílias (nenhuma enfermeira realizava registos no processo da família); - Programa “Saúde da Família” não ativo, tanto no utente como nas famílias (apenas uma enfermeira conhecia o programa, mas não o aplicava por falta de tempo); - Questionamento por parte da equipa de enfermagem da USF como realizava a documentação de enfermagem às famílias entrevistadas (todos os elementos da equipa sentiram necessidade de formação a cerca da documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família). 	<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender a importância da Avaliação e Intervenção Familiar nas Unidades de Saúde Familiares, tendo por base o MDAIF; - Conhecer as potencialidades do <i>SCLínico</i> para a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da Saúde Familiar. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de definir os conceitos de Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família; - Conhecer as dimensões de avaliação familiar, tendo por base o MDAIF; - Distinguir as áreas de atenção correspondentes a cada dimensão de avaliação (estrutural, desenvolvimento e funcional); - Enumerar as dimensões operativas de cada área de atenção; - Indicar onde deve ser realizada a documentação os cuidados de enfermagem prestados à família no sistema de informação <i>SCLínico</i>; - Identificar o programa de saúde adequado para a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família; - Perceber a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família, tendo em conta a avaliação das diferentes dimensões (estrutural, de desenvolvimento e funcional). 	<p>Equipa de Enfermagem da USF</p>	<p>Conteúdos abordados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelos teóricos de enfermagem de saúde familiar; - Conceitos centrais: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família; - Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); - Apresentação do projeto de estágio: “Famílias Nucleares com Membro da Família a Vivenciar a Transição para a Reforma”; - Documentação dos Cuidados de Enfermagem à Família no Sistema de Informação <i>SCLínico</i>. 	<p>24 de novembro de 2023 Das 14h00 às 15h (duração de 60 minutos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Vídeo projetor - Sistema informação <i>SCLínico</i> - Apresentação Powerpoint

Cronografia de atividades

Atividades	Semanas																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Elaboração de instrumento de colheita de dados				■	■	■														
Aplicação do instrumento de colheita de dados							■													
Análise dos dados colhidos								■												
Elaboração do plano de formação								■	■											
Elaboração do Cronograma de Atividades								■	■											
Elaboração folha de presenças								■	■											
Elaboração da apresentação								■	■											
Elaboração de um instrumento de avaliação da ação de formação, da sua organização, do seu desempenho e sugestões de melhoria								■	■											
Apresentação da apresentação										■										
Aplicação do instrumento de avaliação da ação de formação										■										
Análise dos resultados										■										
Aplicação do instrumento de avaliação dos formandos (igual ao questionário inicial)													■							
Análise dos resultados													■	■						
Realizada a observação direta de cada formanda na documentação de enfermagem de saúde familiar															■					
Análises dos resultados																■	■			

ANEXO X - Plano de Sessão da formação ministrada

PLANO DE SESSÃO					
<p>FORMADOR: Juliana Magalhães Ferreira DATA: 24 de Novembro de 2023 DURAÇÃO: 60 min. TEMA: Saúde Familiar e Documentação em Enfermagem</p>					
<p>PÚBLICO ALVO: Equipa de Enfermagem da USF</p>					
<p>OBJECTIVOS GERAIS:</p> <p>No final da sessão os formandos deverão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender a importância da Avaliação e Intervenção Familiar nos Cuidados de Saúde Primários, tendo por base o MDAIF; - Conhecer as potencialidades do SClínico para a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da Saúde Familiar. 					
<p>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>No final da sessão os formandos deverão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de definir os conceitos de Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família; - Conhecer as dimensões de avaliação familiar, tendo por base o MDAIF; - Distinguir as áreas de atenção correspondentes a cada dimensão de avaliação (estrutural, desenvolvimento e funcional); - Enumerar as dimensões operativas de cada área de atenção; - Indicar onde deve ser realizada a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família no sistema de informação SClínico; - Identificar o programa de saúde adequado para a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família; - Perceber a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família, tendo em conta a avaliação das diferentes dimensões (estrutural, de desenvolvimento e funcional). 					
MOMENTO	CONTEÚDOS	MÉTODOS/TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO/TÉCNICAS	TEMPO
Introdução	Breve apresentação pessoal Apresentação do sumário Criação de empatia formador-formando Apresentação dos objetivos gerais e específicos da formação	Método expositivo/ exposição Método interrogativo/ formulação de perguntas abertas	Computador, videoprojetor e apresentação powerpoint		5
Desenvolvimento	Modelo Teórico: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) Conceitos centrais do MDAIF: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família Matriz Operativa do MDAIF Documentação de enfermagem dos cuidados prestados às famílias	Método expositivo / exposição Método ativo/estudo caso (família integrante no projeto em desenvolvimento) Método demonstrativo / demonstração direta (SClínico)	Computador, videoprojetor, apresentação powerpoint e Sistema de informação SClínico		50
Conclusão	Consolidação da aprendizagem Esclarecimento de dúvidas Avaliação da ação	Método expositivo/ exposição Método interrogativo/ debate	Computador, videoprojetor, apresentação powerpoint, documento de avaliação da percepção dos formandos		5

ANEXO XI - Apresentação da ação de formação ministrada



Saúde Familiar e Documentação em Enfermagem



JULIANA MAGALHÃES FERREIRA, EP10481
CURSO DE Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar
UC: Estágio de Natureza Profissional – Módulo II

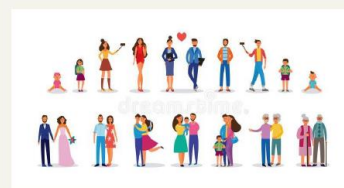
24 de Novembro de 2023

SAÚDE FAMILIAR



15
Maio

Dia Internacional
da Família



SUMÁRIO



- ❖ **Objetivos Gerais e Específicos**
- ❖ **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e os seus conceitos centrais: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família**
- ❖ **Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)**
- ❖ **Apresentação do projeto de estágio: “Famílias Nucleares com Membro da Família a Vivenciar a Transição para a Reforma”**
- ❖ **Documentação dos Cuidados de Enfermagem à Família no Sistema de Informação *SClínico***

OBJETIVOS

Objetivos Gerais

- Compreender a importância da Avaliação e Intervenção Familiar nas Unidades de Saúde Familiares, tendo por base o MDAIF;
- Conhecer as potencialidades do *SClínico* para a documentação dos cuidados de enfermagem no âmbito da Saúde Familiar.



Objetivos Específicos

- Ser capaz de definir os conceitos de Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família;
- Conhecer as dimensões de avaliação familiar, tendo por base o MDAIF;
- Distinguir as áreas de atenção correspondentes a cada dimensão de avaliação (estrutural, desenvolvimento e funcional);
- Enumerar as dimensões operativas de cada área de atenção;
- Indicar onde deve ser realizada a documentação os cuidados de enfermagem prestados à família no sistema de informação *SClínico*;
- Identificar o programa de saúde adequado para a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família;
- Perceber a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família, tendo em conta a avaliação das diferentes dimensões (estrutural, de desenvolvimento e funcional).

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)



- As boas práticas no âmbito da Saúde Familiar, requerem o uso de **modelos teóricos e instrumentos de avaliação** que permitem o estudo da **família** para melhor intervir e auxiliar a família nos seus **processos de transição e adaptação à mudança** (Brás & Neves, 2019).
- O **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)** constitui-se como um referencial teórico que consolida o conhecimento do enfermeiro de família. Este pretende dar as respostas às necessidades dos enfermeiros, responsáveis pelos cuidados de saúde familiar e desenvolvimento de práticas de enfermagem relacionados com a família (Figueiredo, 2012).

É o **modelo de referência** na prática do **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EESF)**, adotado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) a 7 de dezembro de 2011 como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) (OE, 2011).

Ordem dos
Enfermeiros
(março, 2023)



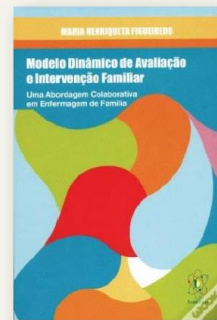
**Modelo Calgary de Avaliação e
Intervenção Familiar (MCAIF)**



Internacional Council of Nurses (ICN) reconhece como um instrumento orientador e sistematizador das boas práticas de Enfermagem de Saúde Familiar

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)

- O MDAIF tem na sua base teorias explicativas, das quais se destaca a **Teoria Geral dos Sistemas**, a **Teoria da Comunicação Humana** e a **Cibernética**. Sustenta-se no pensamento sistémico e articula pressupostos dos Modelos de Calgary considerando a família como unidade de cuidados, em particular para cada um dos membros e no geral percecionando a família como um todo (Figueiredo, 2012).



FAMÍLIA, SAÚDE FAMILIAR, AMBIENTE FAMILIAR E CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA: CONCEITOS

Família



Grupo de indivíduos que interagem entre si, e os seus vínculos, no espaço, como o ambiente social em que estão inseridos, entendido como contexto (Feldner et al., 2018). Família é um todo que é mais e diferente que a soma das suas partes, sendo um sistema aberto de inter-relações e complexidade, que aglomera um sistema de valores, conhecimentos e práticas (Figueiredo, 2012).

Saúde Familiar

Estado subjetivo e um processo dinâmico de ajustamento, que integra a saúde de cada membro de forma individual, assim como os aspetos do funcionamento familiar (Figueiredo, 2012).

Ambiente Familiar

Definido como um conjunto de fatores humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que se ligam e influenciam (Figueiredo, 2012).

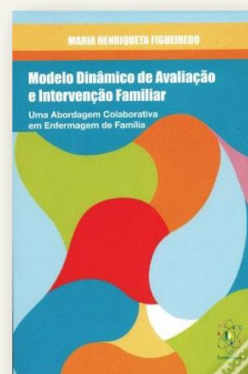
Cuidados de Enfermagem à Família

Desenvolvem-se através da interação entre enfermeiro e família, através de um processo interpessoal, significativo e terapêutico, cujos cuidados têm como objetivo a capacitação da família através da maximização do seu potencial de saúde, prestando estes cuidados ao longo das várias fases do ciclo vital (Figueiredo, 2012).



MATRIZ OPERATIVA DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MDAIF)

- O MDAIF oferece uma estrutura de matriz operativa, dinâmica e sistematizada, para as diferentes fases do processo de enfermagem, alicerçado em pressupostos colaborativos e sistémicos, suportando quer a avaliação familiar, em que se identificam as necessidades, forças e recursos, quer a intervenção centrada na família enquanto unidade, visando assim otimizar o seu potencial de saúde (Figueiredo, 2012).
- Este modelo centra-se nas áreas de atenção familiar por domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões de avaliação e intervenção familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012).



MDAIF: MATRIZ OPERATIVA DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

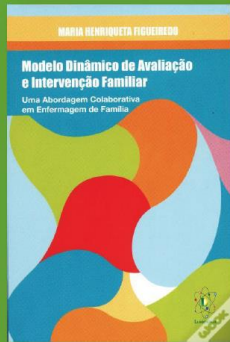
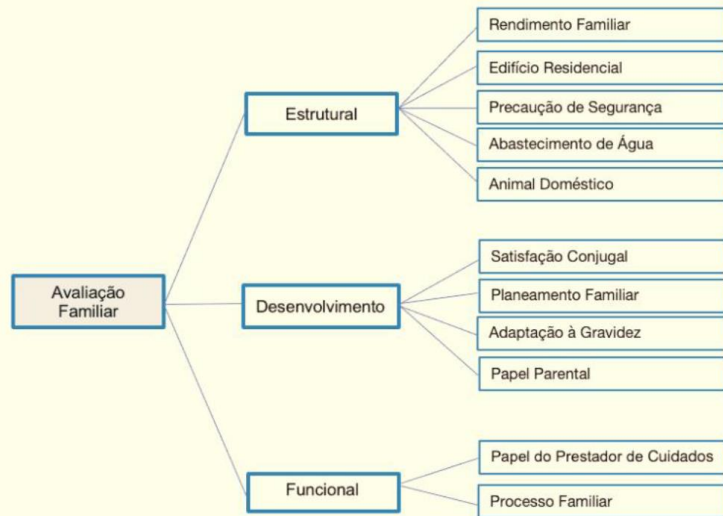


Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação



Adaptado de "Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família" de Figueiredo, 2012, p. 104.

MDAIF: MATRIZ OPERATIVA DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

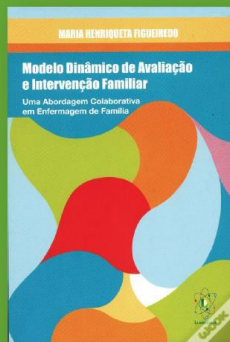
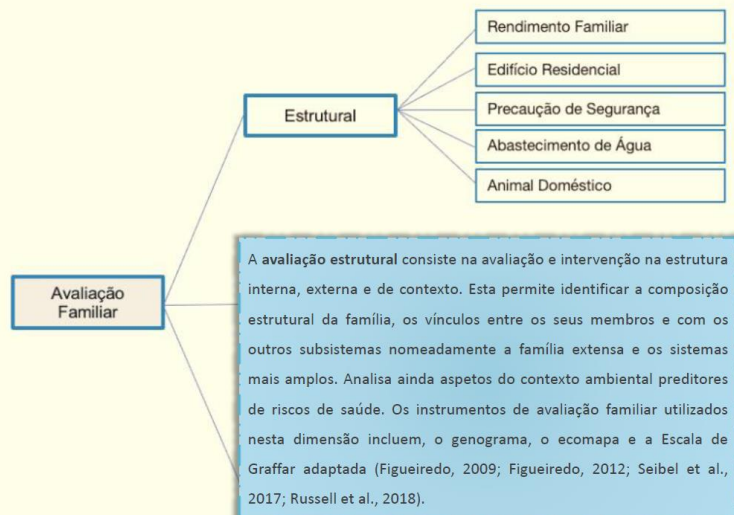


Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação



Adaptado de "Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família" de Figueiredo, 2012, p. 104.

DIMENSÕES OPERATIVAS REFERENTES À DIMENSÃO ESTRUTURAL

Áreas de Atenção	Dimensões Operativas
Rendimentos Familiares	Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares
Edifício Residencial	Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro Conhecimento sobre governo da casa Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional
Precaução de Segurança	Conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento Conhecimento sobre utilização de equipamento de gás Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Abastecimento de Água	Conhecimento sobre controlo da qualidade da água Conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Animal Doméstico	Conhecimento sobre vacinação do animal doméstico Conhecimento sobre serviços da comunidade Conhecimento sobre desparasitação do animal doméstico

MDAIF: MATRIZ OPERATIVA DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

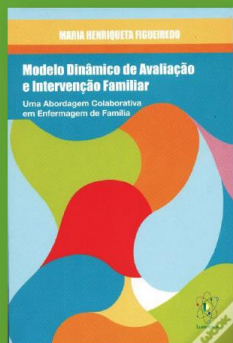
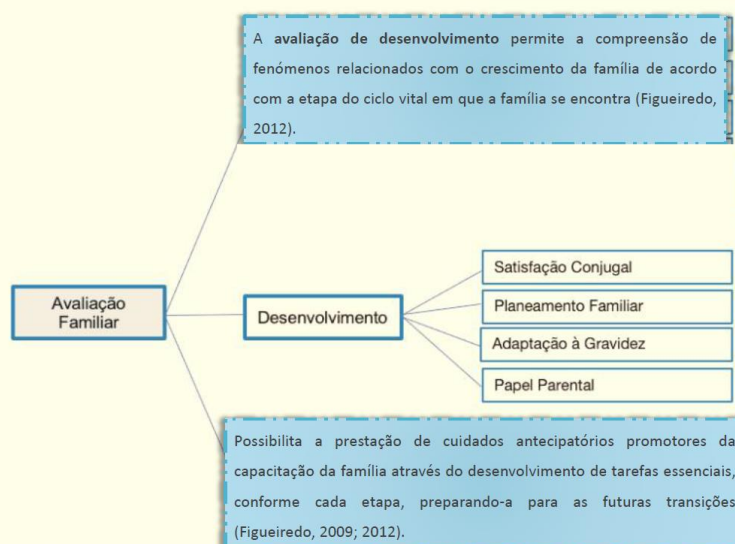


Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação



Adaptado de "Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família" de Figueiredo, 2012, p. 104.

DIMENSÕES OPERATIVAS REFERENTES À DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Áreas de Atenção	Dimensões Operativas
Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica do casal Comunicação do Casal Interação Sexual Função Sexual
Planeamento Familiar	Fertilidade Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Uso de Contraceptivo Conhecimento sobre Reprodução
Adaptação à Gravidez	Conhecimento Comunicação Comportamentos de adesão
Papel Parental	Conhecimento do Papel Comportamento de Adesão Adaptação da Família à escola Consenso do papel Conflito do papel Saturação do papel

MDAIF: MATRIZ OPERATIVA DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

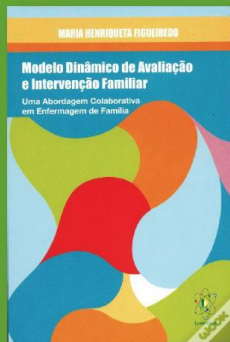
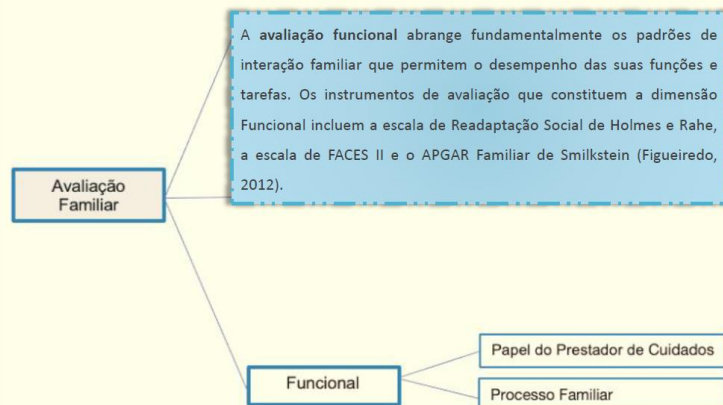


Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensão de avaliação



Adaptado de "Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família" de Figueiredo, 2012, p. 104.

DIMENSÕES OPERATIVAS REFERENTES À DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Áreas de Atenção	Dimensões Operativas
Papel de Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel Comportamento de Adesão Consenso do papel Conflito do papel Saturação do papel
Processo Familiar	Comunicação Familiar Coping Familiar Interação de Papéis Familiares Relação Dinâmica Crenças Familiares



FAMÍLIAS NUCLEARES COM MEMBRO DA FAMÍLIA A VIVENCIAR A TRANSIÇÃO PARA A REFORMA

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Objetivo: Compreender o processo de transição para a reforma, cujo membro (s) das famílias transitaram da vida ativa para a reforma, promovendo a capacitação das mesmas no sentido de identificar e potenciar aquelas que são as suas forças e recursos, de forma a obter ganhos em saúde para as mesmas.

JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA



Segundo Pordata (2022), em 2021, a **idade média da reforma** segundo o sexo é de 64,4 anos, no sexo masculino, e de 65 anos, no sexo feminino.

O envelhecimento é cada vez mais uma problemática das sociedades atuais (INE, 2020). Segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020) relativa à população residente em **Portugal**, entre 2018 e 2080, o número de idosos, com 65 ou mais anos, passará de 2,2 para 3,0 milhões e o Índice de Envelhecimento duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens.

Com o aumento da longevidade, os indivíduos permanecem um maior número de anos aposentados, com repercussões tanto a nível das políticas de saúde bem como das económico-sociais (Pedreiro et al., 2021).

Caracterização das 60 famílias

- 87% são famílias nucleares;
- 40% subsistema conjugal;
- Maior volume de idades: 55 e 64 anos.
- 63% das famílias pertencem à classe social média
- 21 famílias tinham pelo menos um membro da família com idade entre os 64 e 68 anos → representando 35% das famílias nucleares, sendo que destas 86,2% encontram-se não ativas.

Amostra

Critérios de inclusão: Famílias com membro(s) da família com idade entre os 64 e 68 anos e transição para a reforma num período máximo até 3 anos.

21 Famílias → 5 famílias

TRANSIÇÕES FAMILIARES

➤ As alterações na família, decorrentes do ciclo vital, afetam quer as partes, quer o todo, em que ambos tendem para a solução e mudança necessária para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar. Os seus elementos (subsistemas familiares) desenvolvem determinadas funções que vão sendo transformadas ao longo do ciclo vital (Figueiredo, 2012).

A transição desenvolvimental está associada a situações do desenvolvimento individual ou familiar, como é o exemplo da transição para a reforma (Loureiro, 2015).

Transições Desenvolvimentais

Transições Acidentais do tipo Saúde/Doença

Transições Acidentais do tipo Situacionais



TRANSIÇÃO PARA A REFORMA NO MEMBRO DA FAMÍLIA

A transição para a reforma é um **processo de adaptação à mudança que envolve um espaço temporal, influenciado** pela forma como os seus **protagonistas conseguem alcançar a homeostasia sistémica**, pelo **meio social**, por **fatores históricos e contextos** que são diferentes até de região para região (Guerreiro, 2018; Loureiro et al., 2015).

É um fenómeno que envolve uma dimensão individual e social e constitui um **marco importante na trajetória de vida das pessoas** (Rocha et al., 2020). Representa um início e ao mesmo tempo um fim de uma etapa, é caracterizada pela **saída do mercado de trabalho** (Guerreiro, 2018).



É um acontecimento de vida de **índole transicional**, de **carácter desenvolvimental**, que ocorre no **final da meia-idade** (Loureiro, 2016).

TRANSIÇÃO PARA A REFORMA NO MEMBRO DA FAMÍLIA

A decisão de se reformar nem sempre é fácil ou até espontânea.

Prazer e Liberdade

Desvalorização por parte da sociedade
Abandono de uma identidade
Sentimento de “inutilidade e vazio”

O **resultado final em termos adaptativos vai depender muito de fatores altamente individuais**, como a história de vida, saúde, estilo de vida, padrão de ocupação do tempo extraprofissional, bem como da relação que o indivíduo estabeleceu com os contextos envolventes (relações de convivência, família, inserção social, etc.) (Fonseca, 2014).

Possuir bons recursos tais como acesso a **cuidados de saúde**, tendo **possibilidades económicas e apoio nas redes informais e formais**, dá ao indivíduo uma maior confiança e um maior controlo desta transição (Guerreiro, 2018).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Escala de Autoeficácia Geral Percecionada

Versão Portuguesa de Renato Nunes, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1999

Posicione-se nas seguintes afirmações, assinalando de acordo com a seguinte correspondência:

1 = De modo nenhum é verdade	2 = Dificilmente é verdade	3 = Moderadamente verdade	4 = Exactamente verdade
------------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------

n.º	Afirmação	1	2	3	4
1	Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante.				
2	Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.				
3	É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.				
4	Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.				
5	Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.				
6	Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário.				
7	Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações.				
8	Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.				
9	Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.				
10	Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo.				

Avaliar a adaptação dos recém-aposentados e permitir aos profissionais de saúde compreender em que fase de ajustamento se encontram, facilitando a sua intervenção.

Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

Loureiro, Helena (IP REATNA/Instituto de Estatística); Mendes, Áida; Fernandes, Ana; Camarinha, Ana; Faria, António; Veloso, Manuel; Carvalho, Nélida; Silva, Margarida; Rodrigues, Rogério; Pêcheu, Ana

Posicione-se nas afirmações, assinalando de acordo com a seguinte correspondência:

1 = Discordo totalmente	2 = Discordo	3 = Concordo	4 = Concordo totalmente
-------------------------	--------------	--------------	-------------------------

n.º	Afirmação	1	2	3	4
1	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a				
2	Conseguo identificar objetivos para a minha vida atual				
3	Conseguo identificar objetivos para a minha vida futura				
4	Faço reflexões e pensamentos concisos sobre o futuro que sinto liberalizado				
5	Sinto-me em harmonia com a vida atual				
6	Sinto que passo a ter mais tempo para os meus afazeres				
7	O tempo que disponho é utilizado de forma útil				
8	Conseguo obter o tempo que preciso no dia-a-dia				
9	Entre os meus filhos				
10	Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes				
11	Sei como aceder aos recursos da minha comunidade				
12	Sinto que tenho o apoio necessário quando necessário				
13	Realizo um planeamento mensal dos meus gastos				
14	Sei gerir o meu dinheiro				
15	Conseguo estabelecer prioridades nas compras que realizo				
16	Sei avaliar o preço de publicações de consumo				
17	Localizo de imediato o que preciso				
18	Sinto-me bem				
19	Cuido de mim				
20	Tenho medo de envelhecer				
21	Estou satisfeita com a minha situação conjugal				
22	Quando decido em casal consigo mais o melhor				
23	Na minha relação há diálogo e respeito				
24	Trabalhamos bem conjuntamente				
25	Sinto que posso contar com os meus filhos				
26	Sinto que posso contar com os filhos dos meus filhos				
27	Sinto que os meus netos contam comigo				
28	Os meus filhos contam-me coisas				

TRANSIÇÃO PARA A REFORMA NA FAMÍLIA

É importante avaliar o contexto da transição para a reforma, para se compreender a satisfação com a vida de cada família.

A adaptação a este tipo de acontecimentos de vida se for menos bem-sucedida poderá colocar em causa o equilíbrio, podendo ter implicações em saúde não apenas para o indivíduo que deixa a sua atividade laboral, como também para aquela que é estrutura sistémica na qual se insere (cônjuge e restantes membros da família) (Loureiro, 2016).

O envolvimento da família é, inevitavelmente, crucial nesta transição, não só pelos efeitos que esta pode ter sobre os membros, como também porque estes podem ser considerados um aliado importante na implementação de estratégias que ajudam a minimizar os significados de perda (Loureiro et al., 2015).

Deste modo, planejar esta transição torna-se importante no sentido de desenvolver estratégias de reajustamento dos objetivos de vida que até então apresentavam, permitindo assim aumentar os níveis de satisfação e diminuir o stress psicológico durante a mesma, assegurando um aumento da qualidade de vida das famílias e dos seus membros individualmente (Rocha et al., 2020).

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

O acompanhamento pelo enfermeiro de família torna-se fundamental, uma vez que é este que faz o seu acompanhamento ao longo do seu ciclo vital. O **empoderamento dos indivíduos e famílias na transição para a reforma** é considerado um **verdadeiro desafio** para os Enfermeiros de Família, uma vez que o cuidar não envolve apenas a singularidade dos indivíduos e famílias que protagonizam este acontecimento de vida, mas, também, e de forma muito particular, a especificidade das mudanças que essa vivência transicional lhes possa vir a suscitar (Loureiro, 2016).



Promover a resiliência familiar

Coadjuvar na forma de lidar com as perdas e reforçar os ganhos

Promover o desenvolvimento de uma interdependência conjugal saudável

Aconselhar a gestão do conflito conjugal

Identificar e encaminhar casos de risco transicional

Fomentar uma conjugalidade saudável

Coadjuvar o desempenho de novos papéis e funções familiares

(Loureiro, 2023)

COMO REGISTO OS CUIDADOS QUE PRESTO?

➤ Idealmente os cuidados à família devem ser registados **SEMPRE** no processo da Família:

- Continuidade de Cuidados;
- Ganhos em Saúde sensíveis à prestação de cuidados à família.

➤ Fatores dificultadores:

- O agregado registado não corresponde ao agregado familiar;
- Não saber registar/Não ter conhecimento – ausência de formações nesta área;
- Falta/gestão de tempo (sistema é complexo, pouco intuitivo, moroso na documentação);
- Registo muito limitado – alguns diagnósticos comprometidos não conseguimos identificar a área com compromisso e poucas intervenções sugeridas (texto livre associada a uma intervenção ou colocar em notas em alerta) – não espelha o trabalho realizado.

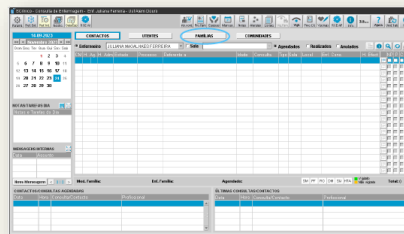


↳ Questões éticas?

(França et al., 2022)

DEMOSTRAÇÃO PASSO A PASSO

1. Fazer uma pesquisa de um elemento do agregado familiar por nome/data de nascimento/número operacional de processo (NOP)/Número do Serviço Nacional de Saúde;
2. De seguida, clicar no ícone “Famílias”;
3. Abrir contacto, onde irá aparecer: local de contacto, sala, proveniência, equipa, tipo de contacto: ato ou consulta de enfermagem, elementos presentes na consulta, programas de saúde ativos e projetos ativos;
4. Selecionar o(s) Programa(s) de Saúde adequado(s) ao contacto;



Programa Saúde da Família

Responde eficazmente às necessidades das famílias alvo de cuidado da equipa multidisciplinar das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), nomeadamente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar (Ferreira & Figueiredo, 2023).

DEMOSTRAÇÃO PASSO A PASSO

5. Avaliação da Dimensão Estrutural:

- **Composição Familiar** (genograma) – não é possível registar;
- **Tipo de Família** - Avaliação Inicial e no Processo Familiar;
- **Família Extensa** - não é possível registar;
- **Sistemas mais amplos** (ecomapa) - não é possível registar;
- **Classe Social (Graffar)** – Processo Familiar;
 - Rendimento Familiar – Avaliação Inicial e Processo de Enfermagem;
 - Tipo de habitação – Avaliação Inicial, Processo Familiar e Processo de Enfermagem;
- **Edifício Residencial** – Processo de Enfermagem (não é possível selecionar o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás);
 - Tipo de aquecimento – é possível identificar na habitação no processo familiar;
 - Higiene da habitação – é também possível na Avaliação Inicial e na habitação no Processo Familiar;
 - Barreiras arquitetónicas – também é possível identificar na habitação no Processo Familiar;
- **Sistema de Abastecimento de Água** – Avaliação inicial, na habitação no Processo Familiar e no Processo de Enfermagem (só no processo de enfermagem é que conseguimos identificar “Mista”).
- **Animal Doméstico** – Processo de Enfermagem.

DEMOSTRAÇÃO PASSO A PASSO

6. Avaliação da Dimensão Desenvolvimental:

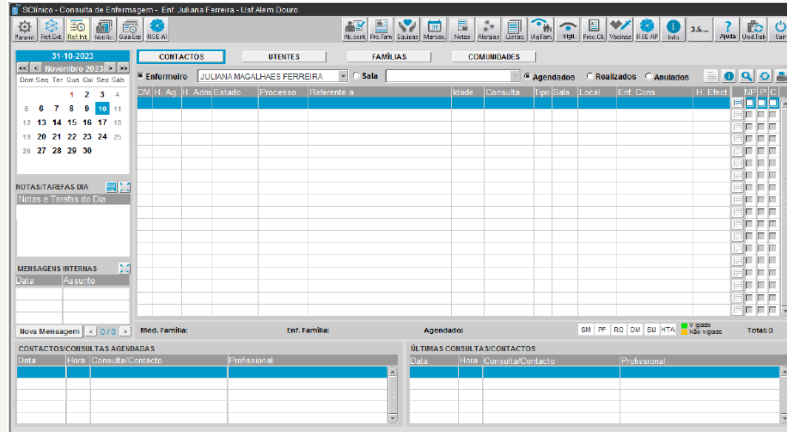
- **Classificação da etapa do Ciclo Vital Familiar** (segundo Duvall em vez de Relvas) – Avaliação Inicial e no Processo Familiar;
- **Satisfação Conjugal** – Processo de Enfermagem;
- **Planeamento Familiar** – Processo de Enfermagem (substitui o conhecimento sobre reprodução para interação sexual);
- **Adaptação à Gravidez** – Processo de Enfermagem (avalia áreas diferentes);
- **Papel Parental** – Processo de Enfermagem (Não distingue a etapa do ciclo vital, sugere sempre as mesmas avaliações, enquanto que o MDAIF preconiza avaliação de conhecimentos mais pormenorizados, comportamentos de adesão e consenso/conflito/saturação do papel, não sendo possível fazê-lo no *SClínico*).

DEMOSTRAÇÃO PASSO A PASSO

7. Avaliação da Dimensão Funcional:

- **Papel Prestador de Cuidados** – Processo de Enfermagem (Não permite avaliação de conhecimentos mais pormenorizados, comportamentos de adesão e consenso/conflito/saturação do papel);
 - **Membro da Família Dependente** – Avaliação Inicial (aspetos relevantes de saúde – dependentes: autocuidado);
 - **Prestador de cuidados** – Avaliação Inicial;
- **Processo Familiar** – Processo de Enfermagem (só permite uma avaliação muito abreviada das suas dimensões e não permite Avaliação da Escala de Readaptação Social; as Escalas de Avaliação de Coesão e Adaptabilidade Familiar [FACES II] e de Funcionalidade da Família [APGAR familiar de Smikstein]).

DEMONSTRAÇÃO SCLÍNICO



Obrigada pela atenção!



Saúde Familiar e Documentação em Enfermagem



JULIANA MAGALHÃES FERREIRA, EP10481
CURSO DE Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar
UC: Estágio de Natureza Profissional – Módulo II

BIBLIOGRAFIA

- > Brás, M., & Neves, C. (2019). 1º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar – Livro de resumos. Em S. P. Familiar, 1º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar (p. 46). Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar. Obtido de www.spsesf.pt
- > Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar – um estudo de caso. *Epistima: ciência*, 28. https://epistimasciencia2.ipg.pt/index.php/epistima_ciencia/articulo/view/381
- > Feldner, C. B., Cussolm, F. D., Martins, L. C. N., Feleidade, P. J., & Camargo, F. C. C. (2018). La práctica del enfoque familiar en el contexto de la atención primaria: estudio de caso comparado. *Cultura de los Cuidados [em linha]*, 22(52).
- > Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. (Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://www.abo.ulisboa.pt/search?repositorio=porto&repositorio=porto&es_kry=EpZah1v6WUy@p@AEELYTCd@BCDMONCdq@MGozaAb@AIA&sourceid=chrom&ie=UTF-8
- > Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures, Portugal: Lusociência.
- > Fonseca, A. (2014). *Envelhecimento, saúde e doença*. Coisa de Ler.
- > França, D., Festa, A. J. R., Santos, P. M. S., Araújo, M. F., & Peixoto, M. J. S. (2022). A co-construção de um modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores. *Revista Enfermagem de Referência*, 6(1), e21128. <https://doi.org/10.12707/RV21128>
- > Guerreiro, C. S. R. (2018). *Transições para a reforma: Uma abordagem biográfica*. (Dissertação do curso de mestrado em educação social, Universidade do Algarve). Repositório da Universidade do Algarve. <https://capientia.uaalg.pt/handle/10400.1/12206>
- > Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?lock_parent@ui=426127543&att_display=8&att_download=y
- > Loureiro, H., Ângelo, M., Silva, M., & Pedreiro, A. (2015). Como as famílias portuguesas percebem a transição para a aposentação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6), 45-54. <http://dx.doi.org/10.12707/RV14073>
- > Loureiro, H. M. A. M. (2016). Qualidade de vida na aposentação: que desafios? In Formasus, Formação e Saúde, Promoção da saúde no ciclo vital... contributos dos Enfermeiros no processo do nascer ao morrer. *Sinais Vitais: enfermagem em revista*, 12(1), 41-44. Disponível em: http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/revista/RV121_1.pdf
- > Loureiro, H. (2023). Famílias e Transição para a Aposentação. Figueiredo, M. H. *Enfermagem de Saúde Familiar* (Capítulo IV, 194-199). Lidel edições.
- > Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Adopção pelo Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Proposta da MCECC. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arsivado/colagao/Documentos/ReferencialSaudeFamiliar_MCECC.pdf
- > Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE COMUNITÁRIA – REFERENCIAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posicao-01-2023_mces_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- > Pedreiro, A. T. M., Loureiro, L. M. J., Loureiro, M. I. G., & Loureiro, H. M. A. M. (2021). Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma: avaliação da validade e fiabilidade. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20191>
- > Pordata (2022). *Proteção Social – Segurança e pensões*. Consultado a 31/05/2023. Disponível em: <https://www.sordata.pt/portugal/media-de-idades-dos-novos-pensionistas-de-velhice-e-invalidez-da-seguranca-social-total-44494-44494-1121-9076>
- > Rocha, A., Silva, A., Araújo, C., Peneda, L., Felícia, P., Gonçalves, S., Quesado, A., & Ferreira, A. (2020). Fatores que Influenciam a Transição Saudável para a Reforma: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 79-89. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.72>
- > Russell, L. T., Coleman, M., & Ganong, L. (2018). Conceptualizing family structure in a social determinants of health framework. *Journal of Family Theory & Review*, 10(4), 735-748. doi: 10.1111/jftr.12296
- > Seibel, B. L., Falceto, O. G., Hollist, C. S., Springer, P., Fernandes C. C. & Koller, S. H. (2017). Rede de apoio social e funcionamento familiar: Estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando Famílias*, 21(1), 120-136. Recuperado em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/185176>
- > Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (11), 19-28. doi: 10.12707/RV113105
- > Tavakoli, Z., Nasrabadi, A. N., Moghadam, Z. B., Salehiny, H., & Rezaei, E. (2017). A Review of the factors associated with marital satisfaction. *Galen Medical Journal*, 6(3), 197-207

ANEXO XII - Instrumentos de avaliação da percepção dos formandos da ação de formação

Neste questionário, gostaríamos de saber a sua opinião sobre a formação “Saúde Familiar e Documentação em Enfermagem”. Não há respostas certas ou erradas. Isto não é um teste. A sua opinião é importante.

Não escreva o seu nome. As respostas são confidenciais e anónimas.

1. No quadro seguinte, responda às perguntas selecionando o termo que melhor se adequa à sua opinião.

	Nada	Pouco	Razoável	Bom	Excelente
Os objetivos da ação de formação foram alcançados.					
Os conhecimentos proporcionados por esta ação são úteis.					
Os temas foram apresentados de forma coerente e estruturada.					
O conteúdo da formação foi bem dividido entre teoria e prática.					
Os métodos utilizados facilitaram a compreensão dos temas.					
Os meios audiovisuais utilizados foram adequados.					
A documentação distribuída estava bem estruturada e é relevante.					
As condições da sala de formação foram adequadas.					
O apoio prestado durante a ação foi eficaz.					
O formador dominou o tema abordado.					
O formador foi claro na sua exposição.					
A intervenção do formador foi adaptada ao grupo.					
O formador desenvolveu um bom relacionamento com o grupo.					

2. Assinale os aspetos que lhe pareceram mais positivos nesta ação de formação assim como aqueles que considera necessário melhorar:

	Aspetos Positivos	Aspetos a Melhorar
Importância/aplicabilidade da formação		
Duração		

Metodologia		
Conteúdos Programáticos		
Relação entre teoria e prática		
Meios Audiovisuais		
Documentação		
Desempenho do(s) formador(es)		
Relacionamento entre formandos		
Relacionamento formador(es)/formandos		
Apoio à formação		
Instalações		

3. Outras sugestões de melhoria:

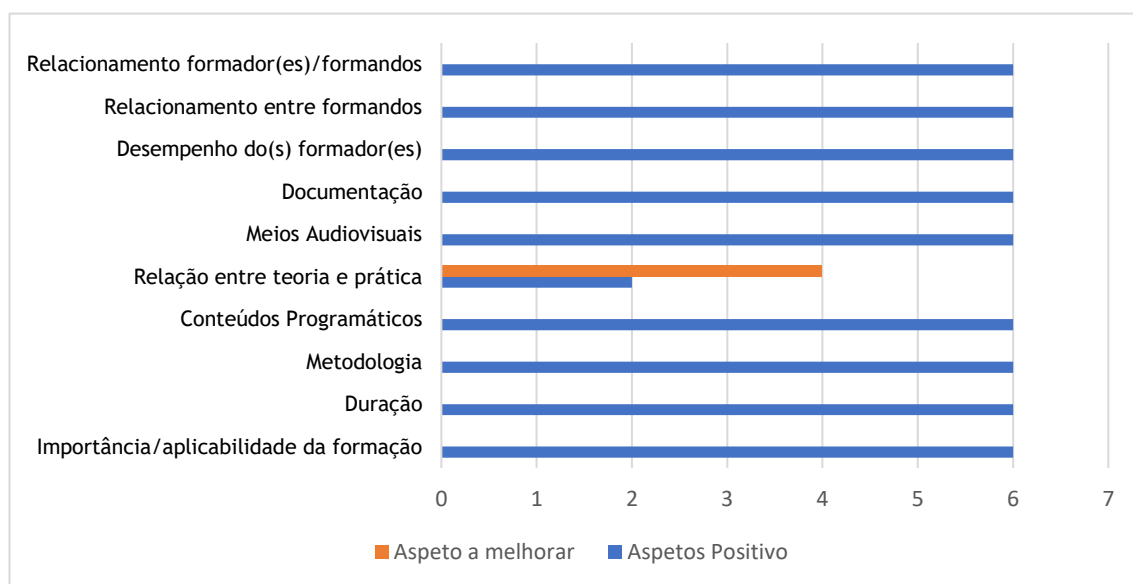
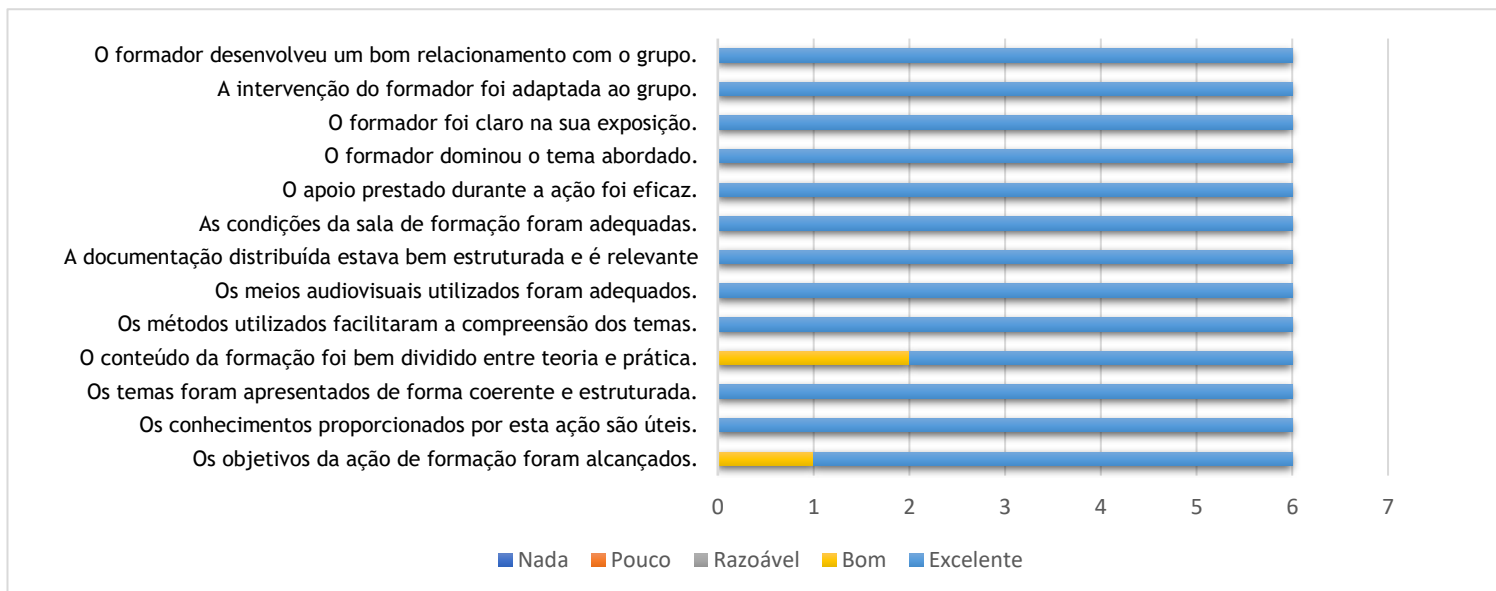
4. Apreciação final da formação:

Insatisfação	
Satisfação	
Satisfação elevada	

Obrigado pela participação!

ANEXO XIII - Análise da percepção dos formandos da ação de formação

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO



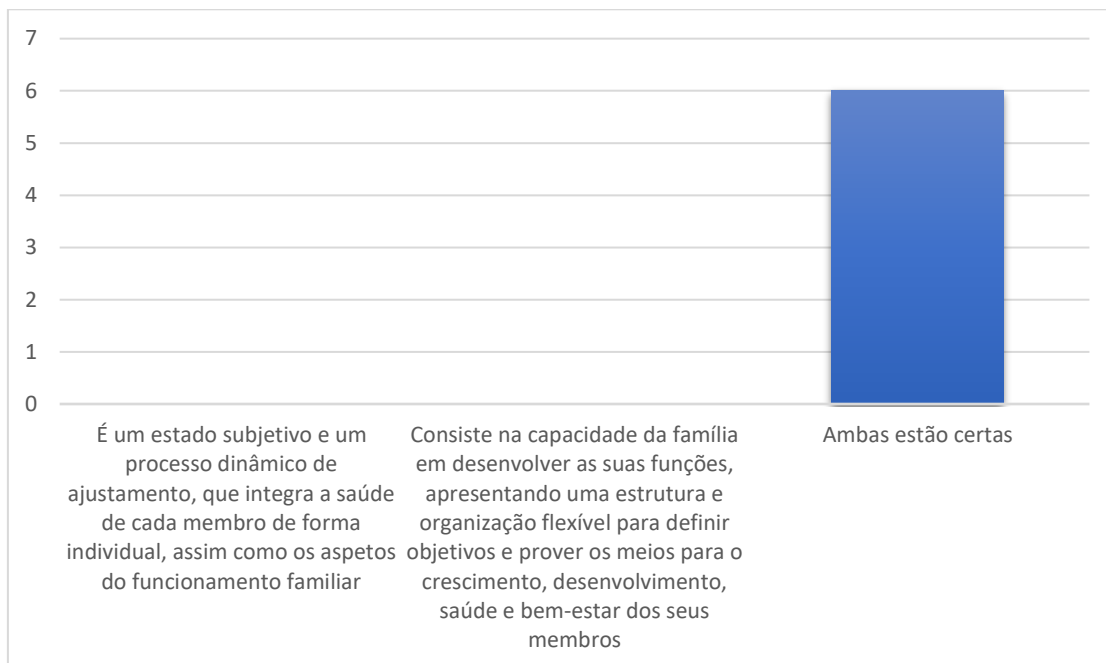
Apreciação final da formação:

Insatisfação	0%
Satisfação	0%
Satisfação elevada	100%

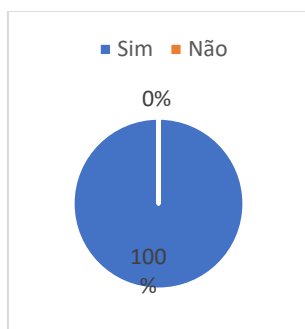
ANEXO XIV - Análise dos resultados do questionário inicial após ação de formação

Parte II - Identificação de conhecimentos sobre documentação de enfermagem no SClínico no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

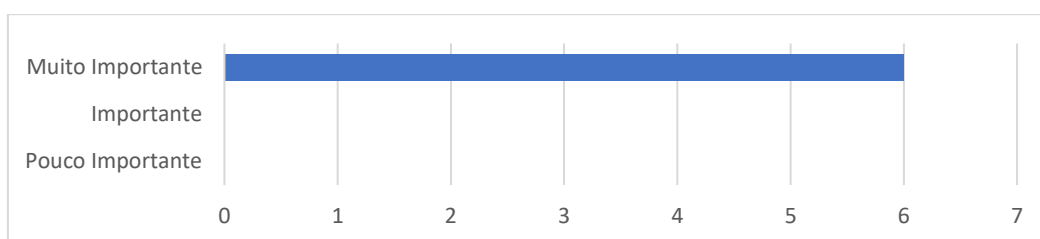
33. Refira como define o conceito de Saúde Familiar.



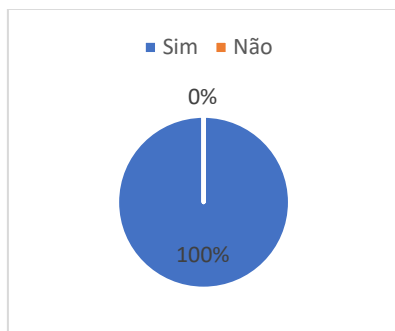
34. É importante saber quem são os membros da família, considerando-a como um todo, um sistema aberto de inter-relações e complexidade, que aglomera um sistema de valores, conhecimentos e práticas. Concorde com esta afirmação?



35. Segundo a sua perspectiva, qual a importância que atribui à documentação de enfermagem na família para a sua prática clínica?



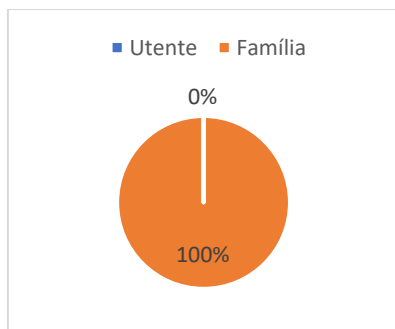
36. De todos os programas de saúde disponíveis no SClínico conhece o programa “Saúde da Família”?



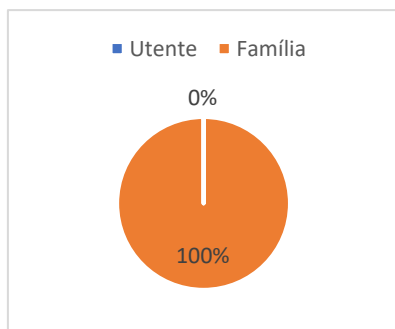
37. Se não conhece o programa “Saúde da Família” pode avançar para a questão 9. Caso tenha respondido SIM à questão 3, costuma abrir esse programa?



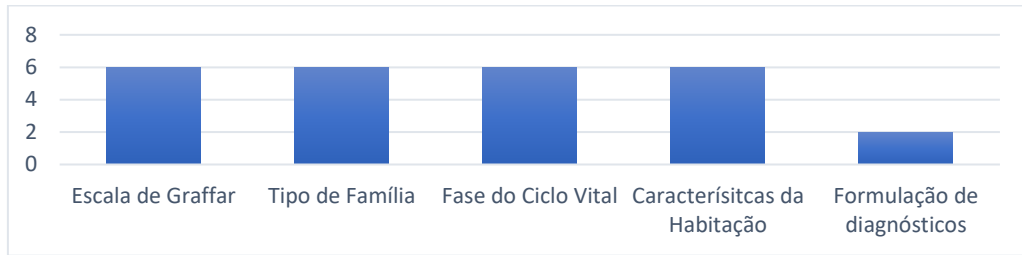
38. Caso tenha respondido SIM à questão 5, costuma abrir o programa no utente ou na família? Se respondeu Não, pode avançar para a questão 9.



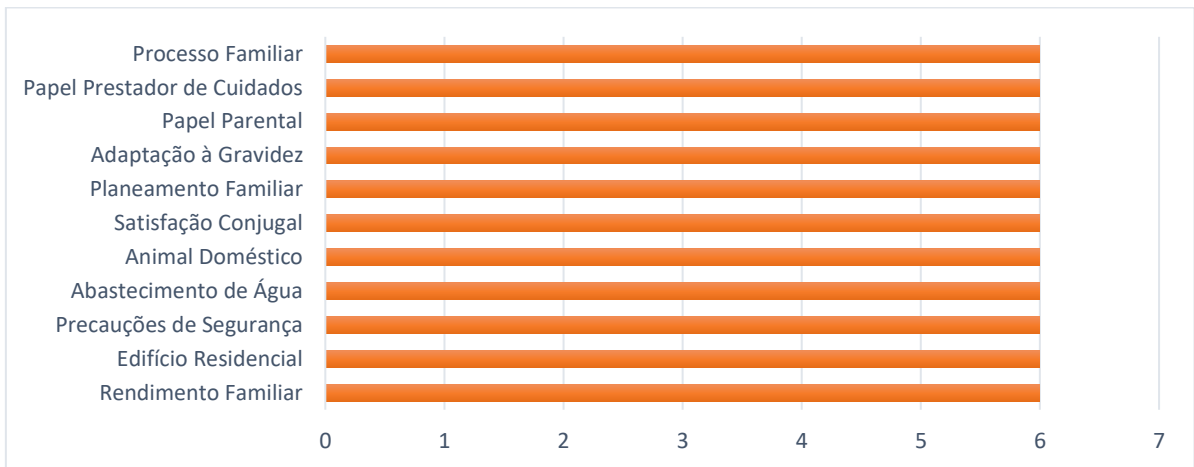
39. Acha mais pertinente que a documentação seja realizada no utente ou na Família?



40. Quando abre o programa o que costuma documentar?



41. Quais são os focos de atenção de Saúde Familiar que conhece?



42. Numa escala de 1 a 10, em que 1 não me sinto competente e 10 sinto muito competente, em quanto avalia a sua capacidade de avaliação e intervenção na família enquanto cliente?



43. Acha importante essa avaliação e intervenção na família?



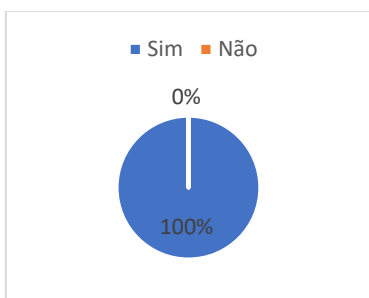
44. Refira duas vantagens da avaliação e registo no Programa Saúde da Família.

- Conhecer melhor a família e as suas características;
- Identificar necessidades nas famílias;
- Documentar os problemas das famílias;
- Planear intervenções;
- Avaliar a evolução das famílias face às intervenções realizadas.

45. Na sua perceção, indique duas dificuldades sentidas na avaliação da família enquanto cliente?

- Dificuldade no contacto com todos os elementos da família;
- Falta de tempo;
- Experiência na avaliação e intervenção familiar.

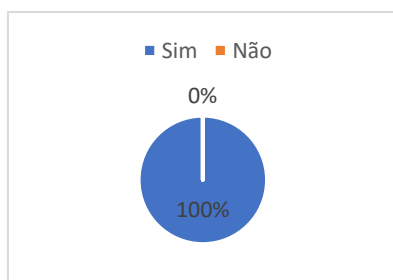
46. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico que permite a identificação das necessidades, das forças e recursos das famílias, sendo utilizado em processos de formação contínua dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Figueiredo, 2012). Conhece este referencial teórico?



47. Se respondeu SIM à questão anterior preencha o quadro seleccionando com um X se afirmação é verdadeira ou falsa.

	V	F
O MDAIF é considerado um referencial teórico e operativo, que pretende dar as respostas as necessidades dos enfermeiros, responsáveis pelos cuidados de saúde familiar e desenvolvimento de práticas de enfermagem relacionados com a família.	100%	0%
A enfermagem de saúde familiar tem como foco os cuidados de enfermagem nos membros da família individualmente.	0%	100%
A avaliação e intervenção colaborativa da família é fundamental para identificar as necessidades da família, realçar as forças e o potencial da família para a evolução, através da ligação dos membros da família com os enfermeiros de saúde familiar.	100%	0%
O MDAIF, com os seus princípios e postulados, centra-se nas áreas de atenção familiar por domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões de avaliação e intervenção familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional.	100%	0%
As áreas de atenção referentes à dimensão estrutural são: Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precauções de Segurança, Animal Doméstico e Processo Familiar.	0%	100%
O genograma, o ecomapa e a escala de Gaffar são instrumentos de avaliação familiar.	100%	0%
As áreas de atenção satisfação conjugal, papel prestador de cuidados e adaptação à gravidez inserem-se na dimensão de desenvolvimento.	0%	100%
A avaliação e intervenção que determina a forma de como os membros da família interagem uns com os outros e que se centra nas atividades do quotidiano da vida da família está presente na dimensão funcional.	100%	0%

48. Considera que era importante aprofundar os seus conhecimentos relativamente à documentação/registos dos cuidados prestados à família no sistema de informação *SCLínico* e sobre as dimensões que envolvem a avaliação e intervenção familiar segundo o MDAIF?



ANEXO XV - Certificado de Participação: “NursID Spring School 2023”

código de validação: 87e620d2823



NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

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

Atividades em que participou:

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

ENFERMAGEM PORTO
POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida • 4000-072 Porto • Portugal • Tel.: 225 073 900 • Fax: 225 096 337 • essep@esep.pt • www.esep.pt

ANEXO XVI - Certificado de Participação: “1º Encontro de Enfermagem Comunitária - (Re)conhecer e (Trans)formar”

1º ENCONTRO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA (RE)CONHECER E (TRANS)FORMAR



NÚCLEO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ACeS Douro I-Marão e Douro Norte

Certificado de Presença

Certifica-se que _____ Juliana Magalhães Ferreira _____, participou no 1º Encontro de Enfermagem Comunitária do Núcleo de Enfermagem Comunitária do ACeS Douro I- Marão e Douro Norte, que se realizou no dia 15 de maio de 2023, com a duração total de 7 horas, em formato online.

Comissão do Núcleo de Enfermagem Comunitária do ACeS Douro I-Marão e Douro Norte
Assinado por: **Vanesa dos Santos Cardoso**
Membro
Nº de Identificação: 2306030
Data: 2023.05.22 21:18:23 -05'00'
CHAVE MÓVEL





ANEXO XVII - Certificado de Participação: “Webinar Gratuito: Intervenção Sistémica à Família”



Certificado

Certifica-se a presença de

Juliana Magalhaes Ferreira

No *Webinar Gratuito “Intervenção Sistémica à Família”* realizado no dia 16 de janeiro de 2024, num total de 2 horas de formação.

Oliveira de Azeméis, 16 de janeiro de 2024

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP

(Prof.ª Doutora *Fernanda Príncipe*)