

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR EM FAMILIAS
COM MEMBRO PORTADOR DE OBESIDADE—PROJETO
DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Luísa Filipa Ferreira Reis

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR EM FAMÍLIAS
COM MEMBRO PORTADOR DE OBESIDADE - PROJETO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
FAMILIAR**

**FAMILY ASSESSMENT AND INTERVENTION IN FAMILIES WITH A
MEMBER WITH OBESITY FAMILY ASSESSMENT AND
INTERVENTION IN FAMILIES WITH A MEMBER WITH OBESITY -
SPECIALIZED CLINICAL SKILLS DEVELOPMENT PROJECT IN
THE AREA OF FAMILY HEALTH NURSING**

Estágio profissional de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora Maria José Peixoto e coorientado pela
Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo

Luísa Filipa Ferreira Reis

Porto, 2023

“Tudo é considerado impossível até acontecer.”

(Nelson Mandela)

DEDICATÓRIA

Ao Gui, pela felicidade que é ser sua mãe.

AGRADECIMENTO

A elaboração deste relatório marca o final de uma etapa no meu desenvolvimento pessoal, profissional e académico. A sua conclusão foi possível com o apoio de algumas pessoas, que se revelaram fundamentais ao longo de todo o percurso e a quem não poderia deixar de agradecer.

À orientadora e co-orientadora, Professora Doutora Maria José Peixoto e Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo pela colaboração, competência científica e conhecimento.

À enfermeira Isabel Pinto pela disponibilidade, amabilidade e orientação ao longo deste percurso.

À equipa da USF pela receptividade e colaboração em todo o processo formativo.

Ao meu filho pela compreensão e amor que sempre demonstrou.

Ao Rui, amigo e parceiro de trabalho, que foi o grande impulsionador e motivador no ingresso desta jornada e que está sempre lá quando é preciso.

A todas as famílias com quem me cruzei e pude partilhar este percurso.

A todos o meu muito obrigada.

RESUMO (PORTUGUÊS)

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar (EECESF) considera a família como unidade de cuidados e os seus membros individualmente. Na sua prática aplica conhecimentos específicos na avaliação e intervenção familiar, considerando as relações familiares dos seus membros, as suas forças e as necessidades de cada elemento que a integra, face às suas crenças espirituais, sociais, culturais e os seus valores (Diário da República n.º135/2018, Série II de 2018-07-16). A componente clínica está direcionada para a concretização do projeto de desenvolvimento profissional cujo objetivo foi desenvolver as competências na área da enfermagem de saúde familiar. A avaliação e intervenção familiar é fundamental para a promoção do funcionamento familiar. A elevada prevalência da obesidade em Portugal, a sua taxa de crescimento anual, a morbilidade e mortalidade muito altas que a acompanham, a diminuição da qualidade de vida e os elevados custos que determina, bem como a dificuldade do seu tratamento, constituem um desafio para as famílias com membros portadores de obesidade. A prevalência desta doença na lista da enfermeira tutora, em concordância com os dados nacionais, revelou a importância de prestar cuidados nesta área. Neste sentido, considerou-se fundamental a avaliação e intervenção junto das famílias com membro portador de obesidade, no sentido de as capacitar das mudanças necessárias ao melhor funcionamento familiar e da melhoria da saúde dos seus membros, numa abordagem sistémica e colaborativa. A prestação de cuidados às famílias foi sustentada pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) recorrendo à entrevista familiar sistémica como instrumento de avaliação e intervenção familiar. A prática especializada, tendo como foco a família, constituiu-se uma mais-valia, traduzindo-se em ganhos em saúde, uma vez que a sua proximidade e conhecimento da família foram aspetos fulcrais no sucesso da intervenção. A formação dinamizada com a equipa de enfermagem, sobre a entrevista motivacional, possibilitou a consolidação de conhecimentos em relação à temática. Permitiu o aumento de conhecimento sobre análise de dados e contribuiu para a formação dos pares. A prática clínica permitiu a aquisição das competências específicas, nomeadamente no estabelecimento da relação com as famílias para promoção da saúde, na colheita de dados pertinentes para o estado da saúde da família, na utilização das técnicas e instrumentos de avaliação e intervenção familiar, na obtenção de dados que permitam uma intervenção direcionada e eficaz à família, com a elaboração dos respetivos planos de cuidados.

Palavras-chave: Saúde da família, Enfermagem de Saúde Familiar, obesidade, entrevista motivacional.

ABSTRACT

The nurse specialist in community nursing in the area of family health nursing (EEECESF) considers the family as a care unit and its members individually. In his practice he applies specific knowledge in family assessment and intervention, considering the family relationships of its members, their strengths and the needs of each element that makes up the family, in light of their spiritual, social, cultural beliefs and their values (Diário da República No. 135/2018, Series II of 2018-07-16). The clinical component was aimed at implementing the professional development project whose objective is to develop skills in the area of family health nursing. Family assessment and intervention is fundamental to promoting family functioning. The high prevalence of obesity in Portugal, its annual growth rate, the very high morbidity and mortality that accompany it, the decrease in quality of life and the high costs it causes, as well as the difficulty of its treatment, constitute a challenge for families with obese members. The prevalence of this disease on the guardian nurse's list, in accordance with national data, revealed the importance of intervention in this area. In this sense, it was considered essential to evaluate and intervene with families with a member with obesity, in order to enable them to make the changes necessary for better family functioning, through improving the health of their members, in a systemic and collaborative approach. The provision of care to families was supported by the Dynamic Family Assessment and Intervention Model (MDAIF) using systemic family interviews as an instrument for family assessment and intervention. The specialized practice, focusing on the family, constituted an added value, translating into health gains, since its proximity and knowledge of the family were key aspects in the success of the intervention. The dynamic training with the nursing team on motivational interviewing enabled the consolidation of knowledge in relation to the topic. It allowed the increase of knowledge about data analysis and contributed to the training of peers. Clinical practice allowed the acquisition of specific skills, namely in establishing relationships with families to promote health, in collecting data relevant to the family's health status, in the use of family assessment and intervention techniques and instruments, in obtaining of data that allows a targeted and effective intervention for the family, with the preparation of respective care plans.

Key words:, Family health, Family Health Nursing, obesity, motivational interview.

CHAVE DE SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde

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

EECESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EM – Entrevista Motivacional

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

HTA – Hipertensão Arterial

ICPC – 2 – Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários

IFNA – Internacional Family Nursing Association

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção na Família

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

MTT – Modelo Transteórico

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

RI – Regulamento Interno da USF

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 27

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	31
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	37
2.1 Família	37
2.2 Família com membro com doença crónica	40
2.3 Quando a doença crónica é a obesidade	42
2.4 Membro com obesidade - a saúde individual	47
2.5 A Enfermagem de Saúde Familiar	51
3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	55
3.1 Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados	55
3.1.1 Família A	56
3.1.2 Família B.....	61
3.1.3 Família C.....	66
3.1.4 Família D	71
3.1.6 Família F.....	80
3.1.7 Ganhos em saúde – síntese.....	82
3.2 Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	87
3.2.1 Processo formativo	91
A – Participantes e diagnóstico das necessidades formativas no âmbito da EM.....	91
B – Objetivos	93
C – Instrumentos de colheita e análise de dados.....	94
D – Procedimentos de colheita e análise de dados.....	94

E – Resultados	95
4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	101
CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	117
ANEXO I –MATRIZ OPERATIVA MDAIF	
ANEXO II – ESCALA DE GRAFFAR	
ANEXO III – FACES II	
ANEXO IV – APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN	
ANEXO V– PLANO FORMATIVO	
ANEXO VI – QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	
ANEXO VII – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO	
ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DAS MUDANÇAS DA PRÁTICA	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Genograma da família A.....	57
FIGURA 2: Áreas de atenção da Família A (adaptada do MDAIF, 2012)	58
FIGURA 3: Focos de atenção de A	59
FIGURA 4: Genograma da família B.....	62
FIGURA 5: Áreas de atenção da Família B (adaptada do MDAIF, 2012)	63
FIGURA 6: Focos de atenção individual do membro portador de obesidade da Família B....	64
FIGURA 7: Genograma da família C.....	67
FIGURA 8: Áreas de atenção da Família C (adaptada do MDAIF, 2012)	68
FIGURA 9: Focos de atenção individual do membro portador de obesidade da família C	69
FIGURA 10: Genograma da família D.....	72
FIGURA 11: Áreas de atenção da Família D (adaptada do MDAIF, 2012)	73
FIGURA 12: Focos de atenção individual do membro portador de obesidade da Família D..	74
FIGURA 13: Genograma da família E	76
FIGURA14: Áreas de atenção da Família E (adaptada do MDAIF, 2012).....	77
FIGURA 15: Focos de atenção individual do membro portador de obesidade da família E...	79
FIGURA 16: Genograma da Família F.....	80
FIGURA 17: Áreas de atenção da Família F (adaptada do MDAIF, 2012)	81

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Pirâmide etária USF (outubro de 2022)	32
GRÁFICO 2- Distribuição das idades dos elementos da amostra	92
GRÁFICO 3- Grau de motivação em relação à formação sobre Entrevista Motivacional.....	93
GRÁFICO 4- Grau de concordância com a afirmação: “Ajudar a indivíduo a mudar o seu comportamento é função do enfermeiro?”	93

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Problemas de saúde identificados na USF (outubro 2022)33

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Ganhos em saúde - síntese	83
QUADRO 2 - Dados de caracterização.....	92

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no contexto da concretização das unidades curriculares Estágio de Natureza Profissional – Módulo I e II, num total de 45 ECTS e visa descrever todo o percurso vivenciado, conducente ao grau de mestre no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Os objetivos gerais da componente clínica do curso de MECESF estão direcionados à concretização do projeto de desenvolvimento profissional desenhado, e deles constam (ESEP, 2022):

- Adquirir competências para a realização de um projeto individual de desenvolvimento profissional, significativo e aplicável no contexto clínico da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar;
- Promover, expandir e consolidar uma consciência profissional sobre o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Familiar;
- Aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, em particular as de especial complexidade, no âmbito da Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar;
- Expandir competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, numa lógica de promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais significativas;
- Situar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, em particular no contexto da enfermagem de saúde familiar, no âmbito do exercício profissional avançado;

- Consolidar a capacidade de suportar e incorporar na prática clínica, em particular no âmbito da enfermagem de saúde familiar, a melhor evidência disponível;
- Aprofundar e consolidar competências clínicas diferenciadas e avançadas, face a necessidades (complexas) em cuidados dos clientes, no contexto da Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Familiar;
- Elaborar e discutir o relatório de estágio, no qual deve ser colocada em evidência a relevância das competências adquiridas durante o processo, com vista ao exercício profissional especializado, no âmbito da Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Paralelamente, tem como finalidade o desenvolvimento de competências, considerando o Regulamento nº 428/2018, publicado em Diário da República em 2018, que refere que são competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar:

- 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;
- lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

O EEECESF gere a sua prática tendo a família como unidade de cuidados, baseando-se nas forças dos indivíduos e da família. Valoriza a relação entre a saúde individual dos seus membros e a saúde da família na sua globalidade. Aplica conhecimentos na avaliação da saúde da família, tendo em conta as relações que existem entre os seus membros, tendo como foco o processo familiar e a as necessidades dos seus elementos. Possui conhecimentos, habilidades e competências que permitem o estabelecimento de uma relação terapêutica nos processos de saúde e doença, pela família, orientadores de um juízo clínico e tomada de decisão partilhada (Regulamento nº 428/2018)

A componente clínica, referente às duas unidades curriculares, foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF), da zona norte, cerca de 510 horas, entre novembro de 2022 e junho de

2023, sob a tutoria de uma enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e orientação científica das duas docentes da ESEP.

O término desta etapa expressa-se em forma de relatório, centrado no desenvolvimento de competências profissionais, dando relevância à prestação de cuidados com as famílias, tendo em conta as competências específicas e comuns. Trata-se de famílias com elementos portadores de uma patologia que apresenta uma alta prevalência (BI CSP), tanto na lista da enfermeira tutora como na USF: avaliação e intervenção familiar em famílias com um elemento portador de obesidade, utilizando o MDAIF (Figueiredo, 2012) como referencial teórico dos cuidados com as famílias. Segundo o relatório sobre o estado da obesidade na região europeia (OMS, 2022), o excesso de peso e a obesidade afetam quase 60% dos adultos e quase uma em cada três crianças (29% do sexo masculino e 27% do sexo feminino). O mesmo relatório, refere ainda que, que o excesso de peso e a obesidade são o quarto fator de risco mais comum para as doenças não transmissíveis na Europa depois da hipertensão arterial, riscos alimentares e tabaco. E que é o principal fator de risco para incapacidade, causando 7% de anos vividos com incapacidade (OMS, 2022).

Existem vários fatores que interferem no desenvolvimento da obesidade infantil e que independente do fator desencadeante da obesidade ela reflete-se na vida do jovem, trazendo prejuízos como ansiedade e depressão e salientam a importância da família na formação do comportamento alimentar do jovem em que é muito importante a cooperação dos pais no tratamento da obesidade infantil já instalada no contexto familiar (Bertoletti e Garcia-Santos, 2012; Moraes e Dias, 2013; Monteiro e Vieira, 2013; Mohareri et al., 2018).

Neste sentido torna-se muito importante a avaliação e intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), na capacitação das famílias na resolução dos seus problemas, contribuindo assim para a mudança necessária ao seu funcionamento familiar através da promoção da saúde dos seus membros, acompanhado da promoção de um funcionamento familiar adequado, numa abordagem sistémica e colaborativa (Figueiredo, 2012). Numa perspetiva mais abrangente, estes ganhos em saúde das famílias traduzem-se em ganhos sociais e económicos do país. Segundo a DGS, no período de 1998/1999 a pré-obesidade foi responsável por 4% do total dos custos efetivos com a saúde (DGS, 2016). Os custos do peso excessivo, incluindo a obesidade, representaram

aproximadamente 6,9% do total de despesas efetivas, comparando com 3,8% em 1995 (DGS, 2016).

Este relatório encontra-se estruturado pelos seguintes capítulos: no primeiro é descrito o contexto clínico onde foi realizado o estágio; o segundo capítulo contém o enquadramento teórico que esteve por base no planeamento e elaboração da prestação de cuidados; o terceiro descreve o desenvolvimento das competências durante a componente clínica; o quarto reflete o contributo do percurso formativo para a aquisição de competências profissionais e desenvolvimento pessoal e o quinto reporta-se à conclusão do documento com as respetivas considerações finais.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

As Unidades de Saúde Familiar (USF) são unidades funcionais integradas nos cuidados de saúde primários (CSP) com autonomia funcional e técnica, que contratualizam o atingimento de metas e objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. Em termos organizativos existem vários modelos de USF (A, B e C). O Modelo B é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente (ACSS, 2023). A Unidade de Saúde Familiar onde foi realizado o estágio é uma USF modelo B, tem uma área de influência urbana e é constituída por nove enfermeiras, dez médicas e sete secretários clínicos.

As instalações da USF incluem a secretaria, duas salas de espera (uma para o atendimento geral e outra para as consultas de saúde infantil, saúde materna e planeamento familiar), duas salas de tratamento, a copa/sala de reuniões, dois wc 's mulheres e adaptados para pessoas portadoras de deficiência motora, dois wc 's homens, uma sala de aprovisionamento, uma sala de arquivo e 17 gabinetes: seis para consultas de enfermagem e nove para as consulta de medicina geral e familiar, um gabinete para as consultas conjuntas de enfermagem e médicas no âmbito da saúde infantil, um gabinete de saúde materna e planeamento familiar e dois vestiários com wc e chuveiro (masculino/feminino).

Segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP), a USF em outubro de 2022 tinha 15 371 pessoas inscritos, cerca de 700 famílias por ficheiro, à semelhança do panorama nacional apresenta uma pirâmide etária envelhecida (gráfico 1).



Gráfico 1 - Pirâmide etária USF (outubro de 2022)

Os problemas de saúde mais identificados na população desta USF, segundo a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC – 2) são a alteração dos lipídios (35,6%), o excesso de peso (34,9%), a hipertensão arterial (20,8%) e a obesidade (20,4%) (tabela 1).

No que diz respeito à prevalência das doenças crónicas a obesidade surge como a segunda doença mais identificada nesta população, logo a seguir à Hipertensão Arterial (HTA). Burgos et al. (2014) referem que a obesidade conduz ao aumento da presença dos adipocitocinas pró-inflamatórias no organismo, levando a um estado inflamatório crónico. A resposta moduladora do sistema inflamatório contribui para as doenças cardiovasculares, nomeadamente, a hipertensão arterial. A doença cardiovascular tem altas taxas de mortalidade e a obesidade é considerado o maior fator de risco (Burgos et al., 2014).

ICPC	Nº Ut.	Proporção
T93 - Alteração dos lípidos	5.472	35,60%
T83 - Excesso de peso	5.357	34,85%
K86 - Hipertensão sem complicações	3.197	20,80%
T82 - Obesidade	3.131	20,37%
P17 - Abuso do tabaco	2.833	18,43%
D87 - Alteração funcional do estômago	2.482	16,15%
P76 - Perturbação depressiva	2.333	15,18%
L86 - Síndrome da coluna com irradia...	2.258	14,69%
W11 - Contraceção oral	2.189	14,24%
P06 - Perturbação do sono	2.131	13,86%

Tabela 1 - Problemas de saúde identificados na USF (outubro 2022)

A USF tem como missão a prestação de cuidados à população inscrita, garantindo acessibilidade, globalidade, continuidade e qualidade dos cuidados, de acordo com o seu regulamento interno. A USF pretende ser modelo de referência no atendimento personalizado das pessoas, obter um nível elevado de satisfação dos mesmos e dos profissionais e cumprir as normas de ética e deontologia profissional (Regulamento Interno (RI)) da USF. No que se reporta aos valores orientam-se pelo valor da conciliação, da cooperação, da autonomia e da gestão participativa.

O modelo de organização é o trabalho por equipa de saúde onde os processos organizativos estão centrados na pessoa. É atribuído a cada família um enfermeiro e médico de família e os cuidados são prestados pela respetiva equipa de saúde, preferencialmente por marcação. Quando tal não é possível existe um sistema de intersubstituição, onde outros elementos da equipa asseguram os cuidados à pessoa.

A atuação dos profissionais respeita os respetivos perfis de competências e estatuto de cada grupo profissional e decorre de modo complementar, promovendo o espírito do trabalho em equipa. O plano de ação é orientado segundo objetivos partilhados por toda a equipa e todos

os elementos desta são co-responsáveis pelo seu cumprimento. Assim, o plano de ação é realizado anualmente onde o planejamento e a gestão das atividades relativas a cada programa de saúde são distribuídos por grupos constituídos por um enfermeiro, um médico e um secretário clínico e é aprovado em Conselho Geral (RI).

Desde 2019 que a USF participa num projeto que visa criar condições de inclusão para as pessoas invisuais, através da introdução da sinalética *braille* em toda a unidade de saúde. Além do guia de acolhimento da pessoa, toda a sinalética da USF, desde a identificação dos gabinetes médicos e de enfermagem, WC e salas de espera está disponível em *braille*. Esta iniciativa promove a sensibilização da comunidade para as limitações que as pessoas portadoras de deficiência visual enfrentam no seu dia-a-dia. Através da concretização deste projeto a USF torna-se uma unidade inclusiva, promovendo a igualdade na acessibilidade aos cuidados de saúde e a autonomia das pessoas invisuais.

A lista de utentes da enfermeira tutora é constituída por 1883 utentes e 710 famílias. A fim de poder fazer uma caracterização destas famílias, foi aplicado um pequeno questionário, oportunisticamente, às famílias que se dirigiram à USF para a sua consulta com a equipa de saúde. Dos dados que colhidos a uma amostra aleatória de 60 famílias foi possível constatar que 71,7% são famílias nucleares, e que destas, 40% são constituídas por dois elementos e que 56,5% estão na etapa do ciclo vital, família coim filhos adultos. Pertencem todas à classe média, mas predomina a classe media alta com 41,7%. Destas famílias, 11,7% tem membro dependente.

Foram mencionados pelos utentes os problemas de saúde presentes nos elementos que constituem cada família, nomeadamente, asma, eventos cardiovasculares, ansiedade, psoríase, hiperplasia benigna da próstata, cancro da mama, alterações da tiroide, demência e epilepsia. As mais prevalentes identificadas pelos utentes são, sem dúvida, a HTA e a Diabetes Mellitus (DM). Nenhum dos utentes questionados considerou o excesso de peso ou a obesidade um problema de saúde, mesmo podendo sendo portador da doença.

Do total de 173 elementos das 60 famílias que constituem esta amostra, e após a consulta do processo clínico, 50 elementos apresentam diagnóstico de excesso de peso e 30, diagnóstico de obesidade, sendo que a prevalência neste grupo é de 17,3% em consonância dos valores da USF e do ACeS.

Relativamente à lista de utentes da enfermeira tutora, 318 utentes, 16,9% apresentam o diagnóstico de obesidade, distribuídos por 240 famílias. Destas, 11 (4,5%) famílias tem uma criança ou jovem portador de obesidade.

Foram prestados cuidados a 6 famílias com membro portador de obesidade. Para a seleção das mesmas, utilizou-se a plataforma Mim@UF, selecionando os jovens (idade inferior a 18 anos) com diagnóstico de obesidade, da lista da enfermeira tutora. A esta junção de critérios corresponderam 11 famílias. Após análise dos dados identificou-se duas famílias com a codificação errada, através de erro de registo do peso ou altura dos seus membros. Das restantes, três recusaram participar por serem não frequentadores do serviço nacional de saúde, ficaram assim 6 famílias.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será abordada a família como unidade com as suas especificidades, a família com um membro com doença crónica, o impacto da doença crónica na família como sistema e o impacto da obesidade enquanto doença crónica na família.

2.1 Família

Segundo Andolfi (1981) a família é um sistema de interação que articula dentro de si os componentes individuais. Este autor defende que a família é um sistema e que é muito importante a exploração das relações interpessoais para se compreender o comportamento dos seus membros e para a elaboração de intervenções eficazes. Para Minuchin (1990) a família é um conjunto de exigências funcionais que gere a interação entre os seus membros. Assim, em cada família podem existir vários subsistemas, podendo ser composto por geração, sexo, interesse ou função, onde os comportamentos de um, afetam e influenciam os restantes membros. Segundo a OMS (1994) o conceito de família não se limita aos laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. A família é um grupo de pessoas com relações baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum. De acordo com Relvas (1996) a família é uma teia complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos e que, possuem vários tipos de organização, nomeadamente, famílias nucleares, famílias reconstruídas, alargadas, adotivas e de acolhimento. Para a autora, a família é o primeiro lugar onde a criança se integra e vai estruturar a sua personalidade. É onde são satisfeitas, primeiramente, as necessidades básicas e altera-se em função do espaço e do tempo. Para Relvas, as famílias possuem fronteiras que permitem a passagem seletiva de informação, tanto entre a família e o meio como entre os subsistemas familiares.

Considerando os princípios do pensamento sistémico, os membros de uma família estão relacionados uns com os outros e por isso, a família, não pode ser compreendida separadamente do resto do sistema, sendo o seu funcionamento e mecanismos importantes no funcionamento do sistema familiar (Relvas, 1996). Numa família podemos identificar vários subsistemas: o individual, o parental, o conjugal e o fraternal. A forma como estão organizados e relacionados define a estrutura familiar. A coesão deste sistema familiar depende principalmente da comunicação familiar, uma vez que esta permite o ajustamento das partes que constituem a família, a adaptação da família ao meio que a envolve e a constituição de limites em relação a outros sistemas (Alarcão, 2006).

O tipo de família mostra-se relevante no sentido de distinguir a sua composição e os vínculos entre os seus membros (Figueiredo, 2012). As mudanças familiares acompanham as alterações sociais, económicas e culturais da sociedade (Relvas, 1996). Para Figueiredo (2012) a família vai evoluindo de acordo com os seus objetivos e desenvolvendo funções ao longo do tempo. Estas alterações são influenciadas pelo contexto onde vive a família. Com a evolução dos tempos, a sociedade sofreu também grandes alterações que são visíveis pela alteração das funções da família e com a introdução de novas funções (Hanson, 2005). Atualmente as famílias têm funções que visam manter a integridade da unidade familiar e que deem resposta às suas necessidades, às necessidades dos seus membros e às expectativas da sociedade (Figueiredo, 2012).

Para Hanson (2005) saúde familiar é um estado dinâmico de bem-estar, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e culturais do sistema familiar. O conceito de saúde familiar depende da saúde e da doença de cada indivíduo, afetando o funcionamento da família, e que por sua vez, o funcionamento da família afeta a saúde de cada um dos seus membros (Stanhope & Lancaster, 2008). Para Hanson (2005) as famílias funcionais, apesar de também passarem por situações de crise, desenvolvem estratégias de *coping* que permitem lidar com as exigências internas e/ou externas, adaptando-se. Todas as famílias sofrem situações de stresse e crise e as chamadas famílias sãs são mais flexíveis e conseguem evoluir para níveis mais complexos (Relvas, 1996).

Na família, o indivíduo adquire e desenvolve o conceito de saúde adquirindo hábitos saudáveis e no que diz respeito à saúde familiar, o grau de suporte é partilhado para que as necessidades de todos os membros sejam satisfeitas (Nogueira, 2003). O conceito de saúde familiar está relacionado com a capacidade da família em mobilizar os seus recursos de *coping*, face a situações de doença de um dos seus membros, essencialmente os recursos de natureza

relacional e afetiva (Carter & McGoldrick, 1995; Hanson, 2005), representa a soma dos estados de saúde dos membros que a compõem, ou seja, refere-se à prevalência e incidência de doenças na família. Para Ahumada & Cochoy (2008) a saúde familiar interrelaciona-se com o funcionamento familiar como agente social primário, pelo que o seu melhor ou pior funcionamento é um fator dinâmico que interfere na conservação da saúde ou no aparecimento de doença e quando a família deixa de ser capaz de utilizar as estratégias de *coping* adequados para lidar com a adversidade, designa-se família disfuncional.

Associados à capacidade de adaptação da família, perante situações de doença de um dos seus membros, McCubin e McCubin (1993) apontam alguns fatores: a natureza da doença e a sua duração; papéis sociais e familiares do membro com doença; o nível socioeconómico da família, vulnerabilidade da família (problemas financeiros, mudanças no trabalho...), tipo de família, recursos, a avaliação do fator de stresse, estratégias *coping*), bem como a fase do ciclo vital em que esta se encontra. Para além da capacidade de adaptação do sistema familiar como componente de promoção da saúde familiar, as suas capacidades de aprendizagem e desenvolvimento constituem-se, de acordo com Friedman (1998), como dimensões essenciais na manutenção ou melhoria do funcionamento familiar, face às mudanças dos processos de saúde da família.

Os processos de formação de identidade, processamento de informação e a estruturação de papéis, são aspetos que contribuem para o desenvolvimento dessas capacidades, bem como os processos de comunicação e cooperação que promovem o desenvolvimento da manutenção de rotinas de saúde individuais e familiares (Figueiredo, 2012).

A coesão, flexibilidade, adaptabilidade, o padrão comunicacional familiar, bem como a capacidade para desenvolver e manter uma rede social, funcionam como recursos que permitem ultrapassar crises com sucesso, sendo elementos facilitadores do processo de adaptação familiar (Figueiredo, 2012). Dias (2001) define a adaptação familiar como a forma que o sistema familiar utiliza para responder aos seus objetivos. Não são unicamente os recursos familiares os fatores determinantes para a adaptação familiar, mas, isso sim, a capacidade que a família dispõe para mobilizar estes recursos. Independentemente da situação que esteja a gerar uma crise familiar, as estratégias de adaptação selecionadas pela família dependem dos recursos internos de que dispõem, bem como da sua capacidade para mobilizar e solicitar ajuda externa (Delage, 2015). McCubbin (1993) define o *coping* familiar como sendo um conjunto de técnicas, padrões e comportamentos familiares criados para manter ou fortalecer a família

como um todo, mantendo a sua estabilidade emocional e o bem-estar dos seus membros, usando os recursos da família e da comunidade para gerir a situação e encetar esforços para resolver as necessidades da família criadas por um elemento de tensão.

Os determinantes da saúde familiar segundo Figueiredo (2012) integram aspetos relacionados com a mudança entre o estado de saúde dos seus membros, o estado de saúde das comunidades assim como fatores promotores da adaptação da família como unidade funcional, como elementos que evoluem numa interação recíproca e cumulativa. Segundo Hanson (2005) a saúde familiar deve ser vista como um estado dinâmico de bem-estar que inclui fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema familiar. Assim sendo, a saúde do indivíduo é afetada pela família e vice-versa. Uma família saudável é potenciadora do crescimento e desenvolvimento dos seus membros, mantendo a coesão familiar, priorizando as necessidades básicas, identificando, valorizando e conciliando as diferenças, apresentando flexibilidade para a mudança e, perante uma crise normativa ou acidental, consegue funcionar por adaptação a uma nova realidade (Araújo & Santos, 2012). Considerando estes aspetos fulcrais à saúde familiar, a enfermagem de saúde familiar revela-se de grande pertinência como agente dinamizador dos processos de adaptação à mudança, que são a garantia do seu funcionamento equilibrado.

Considera-se que, quanto maior for o envolvimento das famílias nos processos de decisão e na participação da resolução dos problemas de saúde dos seus membros nomeadamente no contexto da doença crónica, melhores resultados são alcançados (Lemos, 2019).

2.2 Família com membro com doença crónica

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) a prevalência de doença crónica afetou 43,9% da população com 16 ou mais anos em 2021, mais 0,7% do que em 2020 e mais 2,7% do que em 2019 (INE, 2022).

As doenças crónicas podem ser diferentes na sua etiopatogenia mas são igualitárias no que diz respeito ao seu prolongamento no tempo, à forma como afeta o seu portador e dinâmica familiar, no que diz respeito às implicações multidimensionais: físicas, sociais e emocionais (Duarte & Monteiro, 2017). Tem impacto na família, a forma como esta vivencia a doença crónica, tendo em conta que é o espaço privilegiado de suporte e segurança dos seus membros (Figueiredo, 2009). As mudanças impostas pela doença crónica dependem da etapa do ciclo vital em que a família se encontra, do elemento da família portador da doença, das repercussões da doença e da reestruturação familiar (Peixoto & Santos, 2009). Tendo em conta o papel educativo da família, é no seu seio que deve ser estimulado o desenvolvimento dos seus membros e o bem-estar de todos os elementos. Contudo, se um dos membros for portador de doença crónica, esse bem-estar pode estar limitado (Mendes, 2004). Doherty e Campbell (1988) desenvolveram uma forma de organizar a investigação sobre a família e o impacto na saúde e doença. Esta organização evidencia as interações entre o sistema familiar e o sistema de saúde e organiza-as por categorias: a promoção da saúde e prevenção da doença, a vulnerabilidade e início da doença, o significado familiar de adoecer, a resposta familiar à fase aguda e a adaptação à doença e reabilitação. Para Ribeiro (2007), no que se refere à promoção da saúde e prevenção da doença, por exemplo, em relação aos comportamentos alimentares, estes são partilhados na família e por isso, os comportamentos familiares são internamente relacionados com os comportamentos alimentares. Ribeiro (2007) e Barros (2010) referem que, em relação à vulnerabilidade e início da doença, a família é uma das mais importantes fontes de stresse ou de suporte e apresenta uma importante influência sobre a saúde. Brotto e Guimarães (2017) afirmam que é muito variável a forma como as famílias lidam com a doença e que se relaciona com a aceitação da mesma. No que diz respeito ao significado familiar do adoecer, Ribeiro (2007) refere que a utilização dos serviços de saúde é influenciada por fatores familiares, nomeadamente, a história familiar relacionada com outros problemas de saúde. Em relação à resposta da família à doença, Ribeiro (2007) afirma que a resposta da família a um diagnóstico segue um caminho expectável e que informar a família ajuda a aliviar a ansiedade da mesma. Por fim, no que diz respeito à adaptação da família à doença e reabilitação, Ribeiro (2007) afirma que o apoio que a família dá ao elemento portador de doença crónica abre a possibilidade para que se consiga uma abordagem mais abrangente, individual e familiar nos cuidados. Brotto e Guimarães (2017) consideram que a família influencia o elemento portador de doença assim como este se relaciona e divide esta condição com a família. Ribeiro (2007) conclui que o profissional de saúde deve integrar o portador de doença no seu contexto familiar e social, e

que assim a sua intervenção será mais adequada e eficaz. Refere ainda que esta ação será tanto mais competente quanto maior for o envolvimento e compromisso das famílias com membro portador de doença crónica.

No que diz respeito ao planeamento de cuidados às famílias com membro portador de doença crónica, será considerada a estrutura familiar, o seu ciclo vital e ponderar como foco de atenção o Processo Familiar, com o intuito de fornecer o apoio necessário à mudança, considerando o indivíduo portador de doença crónica e as suas necessidades, implicando a família nos mesmos.

2.3 Quando a doença crónica é a obesidade

A obesidade é uma doença crónica, com génese multifatorial e que envolve fatores orgânicos, genéticos, ambientais, culturais, socioeconómicos, comportamentais, psicossociais e requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças (Mendes et al., 2019). Os benefícios na saúde das pessoas portadoras de obesidade, conseguidos através da perda intencional de peso, se mantida a longo prazo, podem manifestar-se na saúde em geral, na melhoria da qualidade de vida, na redução da mortalidade e na melhoria das doenças crónicas associadas, com destaque para a DM tipo 2, para as doenças cardiovasculares e para o cancro (DGS, 2005).

Segundo dados do *Global Obesity Observatory*, em Portugal, em 2019, 13% das crianças entre os seis e oito anos, sofriam de obesidade. Segundo o relatório *Health at a glance* da OCDE (2019), se a este valor se juntar a percentagem de jovens que têm excesso de peso, coloca Portugal em 9.º lugar no *ranking* mundial da obesidade e excesso de peso infantil (OCDE, 2019). De acordo com a OMS, em 2016, mais de 340 milhões de crianças e adolescentes sofriam de obesidade ou excesso de peso (OMS, 2016). Segundo o relatório sobre o estado da obesidade na região europeia publicado pela OMS em 2022, o excesso de peso e a obesidade afetam quase 60% dos adultos e quase uma em cada três crianças (29% dos meninos e 27% das meninas). Refere ainda que, estimativas recentes sugerem que o excesso de peso e a obesidade são o quarto fator de

risco mais comum para as doenças não transmissíveis na região, depois da HTA e tabaco (OMS, 2022). Em Portugal, em 2020, mais de metade da população portuguesa com 18 ou mais anos (53%) tinha excesso de peso ou obesidade. Quanto à obesidade infantil, em 2019, 11,9% das crianças (idade inferior a 18 anos) apresentavam obesidade e 29,7% excesso de peso (INE, 2020). Neste contexto importa perceber de que forma a doença crónica, neste caso, a obesidade, influencia a família e cada um dos seus membros.

Coradini et al. (2017) realizaram uma revisão integrativa sobre as relações entre obesidade, família e transgeracionalidade, com o objetivo de compreender os fatores familiares que influenciam no processo de desenvolvimento da obesidade. Concluíram que existem quatro abordagens no que diz respeito à transmissão da obesidade: o ambiente, a hereditariedade, os hábitos alimentares e as crenças familiares. Em relação ao ambiente Crossman et al. (2006) referem que o ambiente familiar e a qualidade das relações na família como um importante fator influenciador no ganho excessivo de peso. Otto e Ribeiro (2012) referem que a presença da lealdade familiar e as constantes tentativas de evitação de conflitos podem estar ligadas às questões de alimentação e sentimentos de pertença. Segundo as autoras, ao evitar os conflitos, a família estabelece padrões comunicacionais disfuncionais, que podem favorecer o desenvolvimento de obesidade, sendo esta a forma encontrada por ela de manter a estabilidade das relações quando há dificuldade em lidar com a expressão de sentimentos. As autoras afirmam que o processo alimentar na família com elemento portador de obesidade parece estar intimamente ligado às interações familiares. Melo et al. (2009) referem-se à obesidade infantil e às suas relações familiares como sendo um fator desencadeante do aumento de peso do jovem e que a comunicação entre pais e filhos podem aumentar os estereótipos negativos que envolvem a obesidade, o que corrobora com os estudos de Feldmann et al. (2009) e de Hemmingsson (2018). No estudo de Bertoletti e Garcia-Santos (2012), é relatada a importância da família como um dos principais sistemas de suporte onde se oferece uma base segura de estabilidade emocional contribuindo para o tratamento do jovem portador de obesidade. Machado et al. (2005) e Luiz et al. (2010) consideram que há necessidade de implementar técnicas específicas de tratamento e orientações aos pais, no sentido de ensinar estratégias adequadas para lidarem com os filhos e na prevenção de riscos para a saúde física do jovem portador de obesidade. Moraes e Dias (2013) no seu trabalho com jovens portadoras de obesidade relatam a compreensão do fenómeno da obesidade infantil considerando as trocas afetivas dentro do ambiente em que vivem os jovens portadores de obesidade. A conclusão deste estudo vai ao encontro dos estudos de Feldmann et al. (2009) ao considerar que o

ambiente familiar pode contribuir para a baixa autoestima dos jovens portadores de obesidade. Os dados obtidos por Camargo et al. (2013) descrevem as implicações do papel da família na obesidade dos jovens no sentido de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis. Os jovens estão condicionados pelas condições familiares, como a condição socioeconômica e cultural e sofrem a influência das consequências dos conflitos no ambiente familiar. De acordo com Oliveira et al. (2003) a população infantil é dependente do ambiente onde vive e na maioria das vezes é constituído pela família e os comportamentos são frequentemente reflexos deste ambiente. Observaram que o nível elevado de escolaridade e rendimento familiar são fatores que influenciam no excesso de peso e na obesidade infantil. Já Hemmingsson (2018) afirma que a baixa condição socioeconômica e o baixo nível de habilitações literárias são fatores de risco para a obesidade infantil. Mello et al. (2004) afirmam que a obesidade está presente nas diferentes faixas econômicas, principalmente nas faixas de classe mais alta. Miranda et al. (2015) referem que as famílias com maior rendimento familiar têm maior acesso aos alimentos com maior densidade energética, resultando um ambiente promotor de comportamentos menos saudáveis. De acordo com Moraes e Dias (2013) e Camargo et al. (2013) a família é responsável pela formação do comportamento alimentar do jovem através de uma aprendizagem social. Duré et al. (2015) estão de acordo com este dado, após avaliarem 1.395 anúncios de produtos alimentares durante 432 horas de programação televisiva, concluíram que a comunicação social apresenta anúncios de produtos alimentares nos quais 57% dos alimentos apresentam gorduras, óleos e açúcares. Para essas autoras é na infância que se inicia a aquisição de valores sociais, culturais e políticos, e nesse contexto a televisão, ganha centralidade na vida dos jovens podendo condicionar o seu comportamento alimentar. Bomfim et al. (2016) referem que as rotinas no ambiente familiar contribuem para a evolução da obesidade infantil sendo uma delas o hábito de ver televisão.

No que diz respeito à hereditariedade focam a difusão da obesidade entres as diferentes gerações da família e na prevalência da doença no sistema familiar. No estudo realizado por Pinto et al. (2017) sobre os biomarcadores neuroendócrinos de jovens e pais obesos e o funcionamento familiar destaca-se a importância de uma estratégia de prevenção nos cuidados com os jovens no desenvolvimento da ansiedade e depressão. Os estudos de Bertolotti e Garcia-Santos (2012) e Neves et al. (2010) comprovam que todo o jovem possui algum familiar com excesso de peso ou obeso, podendo ser pai, mãe, irmão, tios ou avós e que o fator genético influencia o jovem portador de obesidade que se pode tornar no futuro, um adulto obeso.

Em relação aos hábitos alimentares, Jingxiong et al. (2007) abordam a temática da transmissão transgeracional pelos hábitos alimentares e pelo estilo de vida compartilhados dentro da família. Alli et al. (2007) afirmam que jovens predisponentes ao excesso de peso e obesidade possuem hábitos poucos saudáveis e que um dos pais ou ambos possuem excesso de peso ou obesidade. No mesmo sentido, estão os estudos de Bertoletti e Garcia-Santos (2012) e Neves et al. (2010). Os dados estão de acordo com Andrade et al. (2014) ao considerar a história familiar como um importante fator na ocorrência e repetição da obesidade infantil. Frontzek et al. (2017) afirmam que as pessoas portadoras de obesidade referem frequentemente que têm excesso de peso desde a infância. É possível perceber hábitos alimentares que levam à obesidade e que são transmitidos de geração em geração (Frontzek et al., 2014). A seleção de alimentos é parte de um sistema comportamental complexo que, no jovem, é determinado primeiro pelos pais (Savage et al., 2007). O estudo realizado por Frontzek (2017) com o objetivo de contribuir na concepção de estratégias efetivas de intervenção, apontou a percepção distorcida dos pais em relação ao excesso de peso dos seus filhos como um dos possíveis componentes para a ineficácia dos tratamentos. Segundo este estudo não é viável uma intervenção nesta área sem que haja a intervenção familiar. As intervenções que não envolvam os pais são menos eficazes (Camargo et al., 2013 & Melo et al., 2003). Assim, torna-se necessário ouvir os filhos e os pais e compreender as relações existentes entre eles, uma vez que parte do comportamento alimentar é aprendido. Frontzek et al. (2017), através do seu estudo, mostram que o discurso de pais e filhos é muito semelhante, utilizando, muitas vezes, as mesmas expressões e que o significado da comida está dividido em dois campos principais: prazer e necessidade. A percepção de pais e filhos foi semelhante em alguns pontos. Houve diferenças de nomenclatura, pois enquanto os pais se referem ao alimento como “necessidade”, “imprescindível”, “o corpo pede” os jovens na sua maioria citaram como “fonte de energia” revelando um conteúdo provavelmente aprendido na escola. É também um argumento bastante usado para fazer as crianças comerem, citando-o como uma fonte de energia para conseguir fazer suas atividades. As autoras afirmam que o sentido de prazer atribuído à alimentação está associado à preocupação com o controle. A comida enquanto elemento relaxante foi um significado atribuído ao ato de alimentar. O ato de comer é colocada como uma solução para a tensão causada pela ansiedade, mas esta relação não é claramente percebida por todos os membros da família. Os autores concluem que os pais percebem que o filho engorda porque fica inquieto e come demais, e há oferta alimentar excessiva, contudo quem compra o alimento calórico são os pais, provavelmente com comportamento de ansiedade também e por isso o filho aprende este comportamento. No

mesmo estudo, as autoras apontam alguns motivos relatados pelas famílias para o insucesso das estratégias implementadas em abordagens anteriores (Frontezek et al., 2017), nomeadamente, o facto de trabalharem muitas horas e não controlarem o que a criança como, a falta de colaboração de outros membros da família, a aquisição de alimentos inadequados, mas práticos, a insistência da criança no pedido de determinados alimentos. Durante a realização do estudo as autoras perceberam alguns comportamentos implícitos para a não adesão, nomeadamente: a oferta de doces como compensação ou recompensa, a amargura que o adulto sente em ter de proibir a criança de comer tudo, a pressão social de outras pessoas que também consomem o alimento.

No que se refere às crenças familiares, Tassara et al. (2010) focam-se em padrões relacionais da família, e referem que a existência de segredos familiares pode refletir-se em sentimentos de insegurança, medo e fracasso por parte dos elementos da família, traduzidos por comportamentos de dependência, superproteção ou cuidado excessivo com a alimentação. Segundo os autores, famílias que não permitem que os filhos ajam autonomamente, causam uma sobrecarga psicológica, que pode transformar-se num importante fator de desenvolvimento da obesidade.

Feldmann et al. (2009) e Hemmingsson (2018) referem que níveis crescentes de sintomas de depressão e ansiedade em jovens portadores de obesidade estão associados à acentuada procura por alimentos como forma de gratificação ou como forma de compensação, sendo mais frequentes nas jovens do sexo feminino. Alli et al. (2007) abordam as relações entre aspetos psicológicos como depressão e ansiedade e a presença de obesidade infantil. Nos estudos de Frontezek et al. (2017) e Pinto et al. (2017), os autores tentam compreender a perceção social da obesidade infantil considerando o contexto familiar, os comportamentos e os hábitos que favorecem a obesidade infantil. Estes estudos corroboram com os estudos de Andrade et al. (2014) que associam os problemas psicológicos do jovem portador de obesidade como a ansiedade e a depressão, com a psicodinâmica familiar. Para Moraes e Dias (2013) a ansiedade é uma característica observada no jovem portador de obesidade, assim como a depressão podendo interferir na sua vida com repercussões como tristeza, irritabilidade e agressividade.

Santos (2003) no seu estudo com as famílias com jovens portadores de obesidade percebeu a grande dificuldade no relacionamento da família com estes jovens, que não os aceitando, considerava-os culpados, responsabilizando-os pela doença, limitando-lhes o afeto. Nesta carência afetiva, os jovens procuram a sua satisfação no ato de comer saciando assim sua

ansiedade. Mishima e Barbieri (2009) afirmam que a ansiedade pode ser considerada um sintoma da excessiva busca por alimentos em jovens portadores de obesidade, o que sugere dificuldades psicológicas, afetivas e relacionais.

Segundo Zeller et al. (2007) e Kizman-Ulrich et al. (2010), a resposta aos estímulos pode ser influenciada por questões afetivas e relacionais e por isso é importante perceber as interações familiares nos jovens portadores de obesidade, tendo em conta não só a predisposição hereditária, mas também, o ambiente familiar que poderá potenciar o seu desenvolvimento. McPhie (2011) afirma que num ambiente que prima pela proximidade relacional, apoio mútuo e expressão de emoções, será promotor de um desenvolvimento mais saudável. Segundo Coelho e Pires (2014) no que diz respeito às relações familiares as famílias onde é percebido um ambiente familiar onde há apoio, maior envolvimento e oportunidade de expressão das emoções, são normativas em relação ao peso. Segundo estes autores uma maior funcionalidade familiar relaciona-se de forma positiva com uma alimentação mais saudável e uma ingestão nutricional mais controlada. Os resultados dos estudos destes autores apontam para a importância do ambiente familiar no surgimento e desenvolvimento do excesso de peso.

Todas as fases de vida são construídas socialmente e a da adolescência é marcada por alguma instabilidade, na medida em que o jovem toma consciência das alterações que ocorrem no seu corpo, e estas geram um ciclo de desorganização e reorganização do seu sistema psíquico e social (Coslin, 2009; Hockenberry & Wilson, 2014). Casaca (2018) afirma que devido aos riscos que a obesidade apresenta na vida do jovem e pelas repercussões que terá na vida adulta é urgente a intervenção no âmbito da prevenção e redução da morbilidade associada.

2.4 Membro com obesidade - a saúde individual

Já em 1977, Bruch considerava a obesidade um prejuízo na vida social de um jovem, que prejudicava as suas relações com os outros e as atividades partilhadas e que os problemas emocionais e psicológicos podiam afetar crianças e jovens portadores de obesidade, mas, não

havia um perfil ou uma estrutura mental única para esses indivíduos, não sendo possível a generalização dos problemas psicológicos para todos os casos de obesidade.

Segundo Lemes (2004), no contexto social, os jovens portadores de obesidade começam de facto a sentirem-se diferentes, não se identificam com nada nem ninguém, exceto quando encontram outro jovem na mesma condição. A sua auto-estima baixa faz com que comecem a sentir-se incapazes para fazer qualquer coisa, ficam desmotivados e acham que não adianta tentar, porque acreditam que não vão conseguir. Segundo Dessen e Costa Junior, (2005), a família é vista como um contexto promotor do desenvolvimento primário, da sobrevivência e da socialização da criança, além de ser um espaço de transmissão de cultura, significado social e conhecimento. Os autores consideram ainda que a família é um sistema que está em constante processo de adaptação e readaptação em função de eventos normativos e não-normativos próprios de seu desenvolvimento. Portanto, todos os membros da família são participantes ativos nas relações, tendo em conta que as influências exercidas entre eles são mútuas e bidirecionais.

A depressão é considerada relevante na compressão do indivíduo portador de obesidade. A depressão infantil pode ser também sintoma de patologias orgânicas e desenvolver-se com a obesidade, manifestando-se por um apetite maior, tristeza, irritabilidade, agressividade, fadiga crónica que, dependendo da intensidade e frequência, podem interferir na vida da criança através de dificuldades comportamentais no seu relacionamento social (Luiz et al., 2005). Crianças e jovens portadores de obesidade têm mais apetite, tendência à depressão, piores relações interpessoais, acentuando desequilíbrio afetivo e menor tolerância às frustrações (Alves & Viana, 2003). Whitney e Rolfes, (2008) referem que os indivíduos portadores de obesidade, quando os outros os tratam com hostilidade e desprezo, chegam até a ver os seus próprios corpos como grotescos e repugnantes, e por isso o sentimento de rejeição e vergonha são comuns entre as pessoas portadoras de obesidade. Luiz et al. (2005) demonstram, tal como os estudos de Feldmann et al. (2009), que indivíduos com obesidade tem maior probabilidade de desenvolver transtornos psicológicos como depressão, ansiedade e dificuldade de ajustamento social, e que esses transtornos podem ser a causa ou até mesmo o efeito do processo de ganho de peso. A obesidade tornou-se um problema de saúde pública já que o excesso de gordura pode trazer diversas complicações como: DM tipo 2, cardiopatias, HTA, dislipidemia, acidentes vasculares cerebrais, problemas respiratórios, musculares e emocionais. A obesidade na infância, está relacionada com várias complicações, e com uma maior taxa de

mortalidade. E, quanto mais tempo o indivíduo se mantém obeso, maior é a hipótese dessas complicações acontecerem, assim como mais precocemente (Mello et al., 2004). Corroborando com Mello et al. (2004), Mohareri et al. (2018) afirma que a obesidade mostrou um efeito negativo sobre a ansiedade, depressão e autoestima da criança e jovem, sendo assim é um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias e transtornos mentais. . Muitas vezes a própria família contribui para o desajuste da constituição do sujeito biopsicossocial utilizando apelidos negativos que desequilibram o emocional e cognitivamente o jovem causando problemas na sua integralidade, favorecendo deste modo o distúrbio alimentar, tendo como consequência fatores psicológicos como depressão e ansiedade. Luiz et al. (2010) e Silva e Bittar (2012) salientam a importância da compreensão dos sentimentos envolvidos com o estado de ansiedade e a identificação de soluções mais no sentido de recuperar a integralidade do indivíduo.

O estudo de Feldmann et al. (2009) em crianças de 7 a 12 anos com obesidade infantil mostra os sentimentos das crianças ao enfrentarem situações de constrangimento em relação ao seu peso sendo que estas sofrem prejuízos quanto à saúde física, mental e emocional. Nesse estudo, assim como nos estudos de Mishima e Barbieri (2009) verificou-se que jovens com boa autoestima estão com o *self* menos vulnerável à depressão e à ansiedade.

Luiz et al. (2010), realizaram estudos para avaliar a ocorrência de depressão, problemas comportamentais e competência social em jovens portadores de obesidade comparativamente a jovens não portadores de obesidade e apoiam os estudos de Alli et al. (2007) e Feldmann et al. (2009) em que referem que os jovens portadores de obesidade têm maior probabilidade de desenvolver transtornos psicológicos, neste sentido recomendam e salientam a importância de programas preventivos tanto para os aspectos da obesidade quanto para os problemas psicológicos.

Andrade et al. (2014) relatam que as relações familiares influenciam o comportamento do jovem portador de obesidade, podendo levá-lo ao desenvolvimento de transtornos. No estudo que desenvolveram os resultados indicam que 32,4% eram pais superprotetores ou mães muito ligadas ao filho, em 24,4% existia rejeição materna e conseqüente carência de afeto, 14,3% passavam por angústias circunstanciais, mas com bons recursos internos, 12,2% eram pais portadores de graves problemas de saúde mental e que sofriam violências e maus-tratos, 7,9% eram pais alcoólicos ou adictos à droga, e 8,8% apresentavam imaturidade emocional. Este estudo refere que a dinâmica familiar disfuncional ou desequilibrada aumenta a probabilidade

desses jovens desenvolverem sintomas externalizantes (agressividade, dificuldade escolar) e sintomas internalizantes (depressão, ansiedade, retração social). Os mesmos autores estão de acordo com Feldmann et al. (2009) quando afirmam que a baixa autoestima traz grande sofrimento emocional aos jovens portadores de obesidade e que eles se tornam alvos de troça e discriminação por parte de colegas e professores.

Segundo a OMS, a "Estratégia Global da OMS sobre Dieta, Atividade Física e Saúde", reconhecida em declaração política em 2011, descreve as ações necessárias para apoiar dietas saudáveis e atividade física regular. A estratégia apela a todas as partes interessadas para que tomem medidas a nível global, regional e local para melhorar as dietas e os padrões de atividade física ao nível da população (OMS, 2011).

Segundo o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) 2022- 2030 que se encontra em consulta pública, sugere que, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) deverá existir "dotação de recursos humanos e materiais necessários à intervenção de proximidade no controlo do excesso de peso" (DGS, 2022, pág. 70) e possível, obesidade, que vai de encontro à resolução da Assembleia da República de 8 de julho de 2021 que recomenda ao Governo medidas de prevenção, tratamento e combate à obesidade com o cumprimento efetivo das medidas prevista nos programas de saúde prioritários «Promoção da Alimentação Saudável» e «Promoção da Atividade Física» (Diário da República nº 131/2021, Serie II de 2021-07-08).

Nas famílias com esta especificidade as áreas de avaliação que parecem ser prioritárias são as relacionados com a dimensão funcional, em particular o processo familiar, mais concretamente a comunicação familiar e a relação dinâmica. Nos membros portadores de obesidade parecem ser prioritárias a avaliação da adesão e gestão do regime terapêutico, em particular em duas das suas de abrangência: regime alimentar e de exercício.

2.5 A Enfermagem de Saúde Familiar

Aconteceram grandes reformas a nível dos cuidados de saúde primários, nomeadamente, em 2007, com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), (decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto) como uma nova forma de organizar e prestar cuidados de saúde, inovadora, que mudou significativamente o acesso aos cuidados de saúde primários. Com a criação das USF surgiu a questão do reconhecimento do carácter específico da enfermagem nos cuidados primários, determinado pelo Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto, que se refere ao enfermeiro de família como elemento integrante da equipa de saúde familiar.

As competências do enfermeiro especialista em ESF são definidas pela primeira vez em 2011 através da publicação em Diário da República Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18 . O perfil de competências atual está descrito em Diário da República Nº 135/2018, de 16 de julho de 2018, que reitera que o EEECESF considera a família como unidade de cuidados, tendo em conta tanto a relação entre a saúde individual dos membros como a saúde da família na sua globalidade e que para tal, aplica conhecimentos na avaliação e intervenção familiar, considerando não só as relações dinâmicas que se estabelecem entre os seus membros, como as suas forças e as necessidades das pessoas que a integram, respeitando as suas crenças espirituais, sociais e culturais e os seus valores.

O EEECESF detém um conjunto de competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica de forma a descobrir as forças, os significados, as crenças e os sentidos atribuídos aos processos, por exemplo de saúde-doença, pelas famílias, orientadoras do juízo clínico e da tomada de decisão, mesmo em situações complexas, potenciando a resiliência da família. Assim, os conhecimentos especializados são fundamentais na capacitação das famílias, na promoção da saúde e na gestão da doença vivenciados, conforme Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho (Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16)

Os modelos e as teorias de enfermagem são estruturas conceituais para compreender e dar significado à prática, assegurando que o exercício profissional se baseia nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico defende (Huitzi-Egilegor et al., 2014). No sentido de dar resposta às necessidades dos enfermeiros nos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas à família como alvo de cuidados, a partir da compreensão das práticas,

surgiu o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido por Figueiredo, que se sustenta no pensamento sistémico com o referencial epistemológico e tem como fontes teóricas o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), estabelecendo-se como referencial teórico e operativo em enfermagem de saúde familiar, pretendendo ser um instrumento de trabalho que evidencia a abordagem sistémica e colaborativa em enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2012). Está referenciado pela *International Family Nursing Association* (IFNA) (IFNA, 2017) e integra os modelos adotados por esta entidade. Assume como pressuposto a complexidade do sistema familiar e tem como propriedades a globalidade, a equifinalidade e auto-organização, que confere à família uma ordenação específica. Considera a família como unidade de cuidados tendo em conta a família como um todo assim como os seus membros individualmente (Figueiredo, 2012). A matriz operativa do MDAIF (ANEXO I) permite a ligação de todas as etapas do processo de enfermagem. Caracteriza-se por ser dinâmico, flexível e interativo, funcionando como um instrumento orientador e sistematizador das práticas em enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2012). A avaliação familiar de acordo com o MDAIF evidencia as forças da família, orientada por uma intervenção colaborativa, uma vez que as intervenções se assumem como promotoras da capacitação da família na resolução dos seus próprios problemas e que, desenvolvidas em conteúdo relacional, mostram-se como respostas afetivas, cognitivas e comportamentais do sistema terapêutico. Assim, este referencial, identificando o potencial do sistema familiar, promove a saúde dos seus subsistemas e consequentemente a saúde global e permite a identificação das necessidades das famílias em cuidados de enfermagem e os seus ganhos em saúde após a intervenção da enfermagem (Figueiredo, 2012; Ribeiro et al., 2021; Figueiredo et al, 2022). Segundo Oliveira et al. (2017) após a aquisição de conhecimentos sobre o MDAIF, existe uma mudança nas práticas descritas, baseada na utilização do mesmo, enquanto modelo concetual sistémico definidor da ação, onde a família passa a ser o alvo dos cuidados. Para Ferreira (2020) o MDAIF permite a avaliação e intervenção colaborativa com as famílias, obtendo assim, ganhos em saúde familiar. Para Cardoso e Carvalho (2023) a avaliação da família com base no MDAIF, reconhece a complexidade da família e permite uma visão holística sobre a mesma, assumindo-a como unidade de cuidados, concentrando-se nas suas capacidades de resolução de problemas em articulação com o enfermeiro de família, resultando assim em ganhos em saúde familiar.

A interação com as famílias acompanhou sempre a enfermagem, sendo evidente o potencial do sistema familiar como o foco dos cuidados e como promotor da saúde dos seus subsistemas

(Wright & Leahey, 2012). Os enfermeiros acompanham as famílias ao longo de todo o seu ciclo vital e os objetivos dos cuidados de enfermagem passam, não só pela promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação da saúde (Vale & Pagliuca, 2011), mas também pela colaboração com a família na identificação e resolução dos seus problemas, pelo estabelecimento de uma prática clínica colaborativa e integrativa.

Na opinião de Hanson (2005) a enfermagem de saúde familiar tem como objetivo não só a família como contexto, mas a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade. Considerando a evolução dos conceitos ligados às diferentes disciplinas do conhecimento, a enfermagem de saúde familiar, enquanto construto de conhecimento próprio com percurso e competências diferenciadoras, recebe as suas influências principais de diferentes áreas académicas, tal como acontece com outras áreas do saber. Tem o seu fundamento teórico assente nas teorias das ciências sociais, terapia familiar e teorias da enfermagem. A integração destas teorias permitiu o desenvolvimento teórico, prático e de investigação em enfermagem de família (Hanson, 2005). Ao desenvolverem a sua prática à família como unidade de cuidados, os enfermeiros concentram a sua atenção nas interações intra e extrafamiliares, procurando conhecer o processo de vida familiar, as transições e as crises que enfrentam, reconhecendo as suas fragilidades, as suas forças, as fontes de stress e formas de cuidar (Elsen et al., 2001).

A prestação de cuidados de enfermagem à família sustenta-se na relação dinâmica estabelecida entre o enfermeiro e a família, implica a criação de um processo gradual, interpessoal, significativo e também terapêutico (Figueiredo, 2012). Esta relação terapêutica é dinâmica e é determinada pelo desenvolvimento de um contexto onde seja possível encontrar soluções que facilitem a mudança, considerando as potencialidades da família, respeitando a sua circunstância, numa relação colaborativa. O enfermeiro, neste contexto terapêutico, observa e colabora no processo de mudança (Figueiredo, 2012).

É esperado que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional orientando a sua ação para a família como unidade de cuidado considerando a sua saúde global, desenvolvimento, forças e a forma como contribui para a sociedade.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

Neste capítulo serão descritas as atividades e intervenções realizadas com cada família selecionadas após a aplicação dos critérios definidos.

3.1 Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

As seis famílias selecionadas foram previamente informadas que todos os dados seriam considerados confidenciais de acordo com o código deontológico de enfermagem.

Como metodologia foi utilizada a entrevista familiar sistémica assente no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Para a avaliação familiar foram utilizados alguns instrumentos, tais como, a escala de Graffar, como método de classificação social (ANEXO II), o FACES II, escala de avaliação de coesão e adaptabilidade familiar (ANEXO III) e o APGAR Familiar de Smilkstein, que avalia a funcionalidade da família (ANEXO IV).

De forma a colocar em prática a atividade diagnóstica e a concretização das intervenções foram utilizados como recursos várias técnicas transversais e de intervenção familiar, nomeadamente, a utilização de questões circulares que pretendem salientar as diferenças entre os membros da família e fazê-los ver a si mesmos num contexto relacional e ver esse contexto da perspetiva dos outros membros (Freire, 2020; Nichols & Schwartz, 2007; Wright & Leahey, 2012); questões reflexivas, que facilitam a co-construção de novas visões, procurando influenciar os elementos e mobilizá-los a encontrar auto-soluções (Freire, 2020; Nichols & Schwartz, 2007; Wright & Leahey, 2012), conotação positiva, que permite entender o ponto de vista da família e conotá-lo de forma positiva, para posteriormente introduzir possibilidades de mudança, atribuindo motivos positivos ao comportamento familiar, a fim de promover a coesão familiar e evitar a

resistência à terapia (Figueiredo et al, 2022; Nichols & Schwartz, 2007), rituais terapêuticos que se trata da prescrição de uma ou mais ações destinadas a mudar as normas de um sistema familiar (Figueiredo et al, 2022; Martins et al. 2013; Nichols & Schwartz, 2007; Zordan et al., 2012), metáfora, que tem como objetivo os membros da família criarem novas metáforas que tenham um significado revelador, emergindo assim, pensamentos que podem ser condutores de mudança (Figueiredo et al., 2022), o elogio, que permite reforçar as forças da família, chamando a atenção da família para os seus recursos e encorajando-a a aproveitá-los (Figueiredo et al, 2022; Nichols & Schwartz, 2007), a externalização do problema, como recurso terapêutico permite que a pessoa se possa ver separada de suas descrições problemáticas, isto é, o problema colocado como externo ao indivíduo, favorece a construção conjunta de soluções sem a carga da responsabilidade e da culpa (César, 2008), o reenquadramento, cujo objetivo ao reenquadrar uma determinada problemática é que sejam vistas novas perspectivas, sendo estas mesmas, observadas como um método facilitador de resolução da mesma (Figueiredo et al, 2022).

De forma a clarificar os cuidados prestados às famílias, em cada família serão identificados os diagnósticos que carecem de intervenção, a avaliação diagnóstica que levou a tal formulação, as intervenções realizadas mediante o diagnóstico com a utilização das técnicas acima mencionadas que foi considerada mais adequada à família em questão. A nível individual, para além dos focos que emergem da faixa etária no processo clínico, foram avaliados os focos de atenção prioritários a cada elemento portador de obesidade. No plano individual seguiu-se a terminologia CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

3.1.1 Família A

Foram realizadas três consultas com a família A, com intervalo de cerca de um mês, na USF. Em todas as consultas estiveram presentes dois elementos: a A. e a S.

De acordo com a figura 1 a família A é uma família nuclear constituída pela S. de 46 anos e por A. de 48 anos. Ambos são pais de A.L. de 21 anos e de A. de 17 anos. A. e S. trabalham ambos

na mesma empresa de vigilância. A filha mais velha está em Erasmus em Itália. A. é portadora de obesidade. A família encontra-se na etapa do ciclo vital - família com filhos adultos.

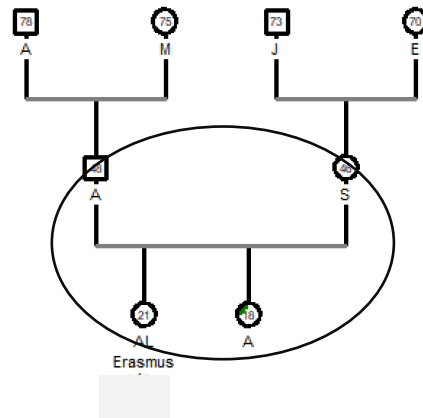
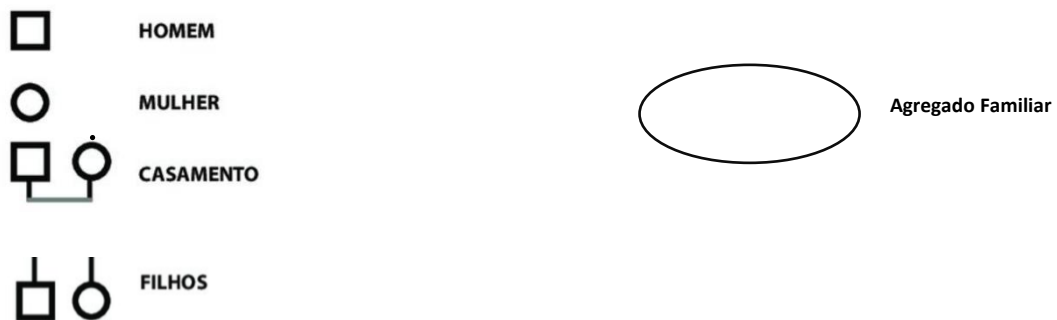


Figura 1 – Genograma da família A

Legenda:



Os elementos presentes em consulta consideram que não é significativo nenhum membro da família extensa, em termos de função de rede, e não têm contacto frequente com a mesma. No que diz respeito aos sistemas mais amplos a escola e o trabalho são os sistemas mais representativos na vida desta família. É uma família de classe média.

A figura 2 representa as dimensões e áreas ajustadas a esta família.

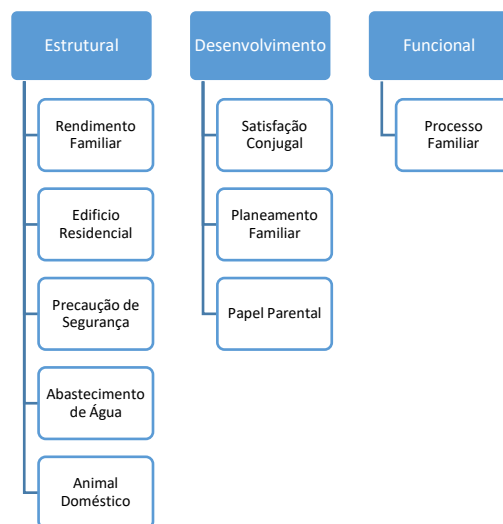


Figura 2 - Áreas de atenção da Família A (adaptada de MDAIF, 2012, p. 104)

No que diz respeito à dimensão estrutural foram avaliadas todas as áreas de atenção, identificando-se como forças e recursos e considerando a avaliação feita não houve necessidade de intervenção, uma vez que o edifício residencial não apresenta barreiras, o abastecimento de gás é feito por gás canalizado, possuem abastecimento de água através da rede pública e as duas gatas cumprem visitas regulares ao veterinário.

No que diz respeito à dimensão desenvolvimento, em relação ao papel parental foi identificado como não adequado, uma vez que em termos de conhecimento não havia conhecimento sobre o padrão alimentar adequado “come gelados todos os dias e pouca fruta”, e conhecimento sobre a data em que devem ser feitas as consultas de vigilância “normalmente fazemos consulta quando é preciso mas não sei quando serão as próximas vacinas”, havendo necessidade de intervenção no sentido de ensinar sobre padrão alimentar (quantidade/porções de comida por macronutrientes, divisão do prato, introdução da sopa no início da refeição e a sua importância, importância do pequeno-almoço); e informar que deve existir uma consulta de vigilância entre os 15-18 anos e que em termos de vacinação, está atualizada até a A. completar 25 anos.

Na dimensão funcional (figura 2) foi avaliado o processo familiar mostrando-se como uma força e recurso desta família uma vez que estão satisfeitos com a forma como são expressos os sentimentos, afirmam que são claros e objetivos na forma como comunicam e sentem-se ouvidos e compreendidos. A S. é quem tem a iniciativa de falar quando há algum assunto a resolver, mas todos estão confortáveis em falar em família. Os papéis familiares estão

maioritariamente distribuídos por A e por S e não existem alianças e uniões. No que diz respeito à coesão e adaptabilidade da família, utilizando as respetivas escalas, podemos perceber que se trata de uma família muito ligada, muito flexível e muito equilibrada. E podemos verificar que se trata de uma família altamente funcional.

Estão representados na figura 3 os focos de atenção na elaboração do processo individual segundo os registos no processo clínico. É unicamente apresentado o plano individual do membro da família portador de obesidade. A adesão à vacinação, a maturação feminina, o planeamento familiar, e o abuso de álcool e tabaco foram focos identificados como não prioritários e que não necessitaram de intervenção, uma vez que foram avaliados e não se encontraram alterados.

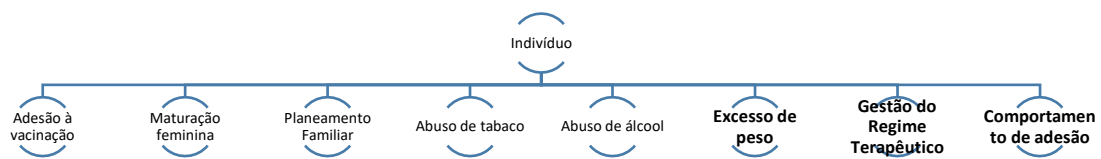


Figura 3 - Focos de atenção de A

Houve necessidade de intervenção no membro portador do diagnóstico excesso de peso. Na primeira consulta, a 7 de fevereiro de 2023, apresentava peso de 85,5 kg, altura, 171 cm e IMC de 29,2 kg/m², o que significa que apresenta obesidade. Na terceira consulta, a 16 de maio de 2023, o peso desceu para 81,5kg, logo o IMC desceu para 27,9 kg/m². Mantém o diagnóstico, mas com um valor menor.

No que diz respeito à gestão do regime terapêutico, na primeira consulta a 7 de fevereiro de 2023, a A. referiu que em relação ao exercício físico apenas caminhava 15 minutos, duas vezes por dia, na ida e regresso da escola, e que subia as escadas na escola até ao 5º andar, onde tem aulas. No que diz respeito à alimentação bebe a quantidade que considera “ideal de água” e segundo a própria exagera nos doces. As suas refeições são nos seguintes horários: meio da manhã (10h), almoço (14h), na escola, lanche (17h) e jantar (20:30h). Nem sempre come sopa. Come gelado todos os dias e fruta duas vezes por semana. Aos lanches come leite com cereais ou uma barra de cereais. Na segunda consulta, a 28 de março de 2023, foi questionada sobre a forma como se sentiu desde a última consulta (questão reflexiva) e referiu que se sentia “Muito bem.” Para a questão “tem sido fácil manter os cuidados com a alimentação?” referiu que “sim”,

e quando questionada “consegues ver-te no futuro a manter estes comportamentos? (projeção futuro/questão reflexiva)” respondeu “sim”. Aproveitou-se para reforçar positivamente dizendo: “quanto mais fácil para ti for, mais consistente é a mudança e mais rapidamente vês os resultados” (conotação positiva). Na terceira consulta, a 16 de maio de 2023, quis-se avaliar se o conhecimento sobre o padrão alimentar tinha sido consolidado e por isso questionou-se “como tens feito as tuas refeições?” e a A. respondeu “escolho um dia no fim de semana para comer gelado. Como mais vezes sopa. E mais vezes fruta. Oriento o meu prato pelas porções como me indicou”. E em relação ao exercício “e as caminhadas, tens conseguido fazer com a mãe? (ritual terapêutico), referiu que sim, às vezes. Principalmente na primeira consulta foi importante realizar as seguintes intervenções: ensinar sobre padrão alimentar (quantidade/porções de comida por macronutrientes, divisão do prato, introdução da sopa no início da refeição e a sua importância, importância de variar os alimentos dentro das quantidades e porções aconselhadas, importância do pequeno-almoço e da introdução da proteína nos lanches e da fruta como sobremesa ou parte do lanche; evitar comer doces todos os dias e escolher um dia na semana para comer uma sobremesa doce) e ensinar sobre exercício físico (identificar quais os mais adequados e os preferidos, identificar os seus benefícios). No final da última consulta a gestão do regime terapêutico que tinha um juízo de comprometido passou a não comprometido.

No que diz respeito ao comportamento de adesão, na primeira consulta a 7 de fevereiro de 2023, após a sua avaliação percebeu-se que não havia adesão ao mesmo nomeadamente por não seguir as recomendações sobre regime terapêutico, em relação à gestão do regime dietético e de exercício: bebe a quantidade que considera ideal de água e exagera nas quantidades de doces. Nem sempre come sopa. Come gelado todos os dias e fruta duas vezes por semana. Aos lanches come leite com cereais ou uma barra de cereais. Faz caminhada 15 minutos por dia, duas vezes por dia. De acordo com estes dados foi necessário ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico, nomeadamente do agravamento do peso e associação de complicações; incentivar a adesão ao regime terapêutico; negociar um contrato de saúde, onde fica acordado dentro das preferências alimentares e de exercício, o que pode fazer para melhorar os seus hábitos e promover a consciencialização, através da explicação das consequências da não adesão.

Após a intervenção ao longo das três consultas foi possível verificar a mudança de alguns comportamentos, nomeadamente, em termos de conhecimento, no que diz respeito à alteração

da forma como deve constituir o prato e a refeição, a diminuição de produtos alimentares calóricos e a introdução de outro tipo de atividade física, que se traduziram não apenas na alteração do diagnóstico de obesidade para excesso de peso, mas essencialmente na aquisição de comportamentos alimentares e de exercício mais saudáveis, que se traduziram por uma adesão e gestão do regime terapêutico demonstrados. As consultas com esta família fizeram com que esta estivesse mais desperta para as questões da alimentação saudável e exercício físico e da importância que estes comportamentos tem no indivíduo, mas também, o reflexo que tem na família, uma vez que promoveu e reforçou os laços dos membros que participaram (mãe e filha) tendo em conta a partilha feita em consulta, promoveu a aquisição de conhecimentos e a mudança de comportamentos, que se traduzem em ganhos em saúde. Tanto a jovem portadora de obesidade como a mãe empenharam-se neste processo demonstrando através das descrições que foram feitas, o conhecimento adquirido que permitiu a alteração de alguns comportamentos menos saudáveis, como por exemplo a introdução da sopa às refeições para toda a família, diminuição do consumo de doces pela diminuição da sua aquisição.

3.1.2 Família B

Foram realizadas três consultas com a família B, com intervalo de cerca de um mês, na USF. Em todas as consultas estiveram presentes dois elementos: a L. e a E.

De acordo com a figura 4, a família B é uma família nuclear constituída pela E. de 43 anos e por P. de 45 anos. São pais da L. de 15 anos e do D. de 8 anos, a L. frequenta o secundário e o D. o 1º ciclo. Ambos trabalham na mesma empresa. Ela como assistente técnica e ele como gestor de frota. A L. é portadora de obesidade. A família encontra-se na etapa do ciclo vital - família com filhos adolescentes.

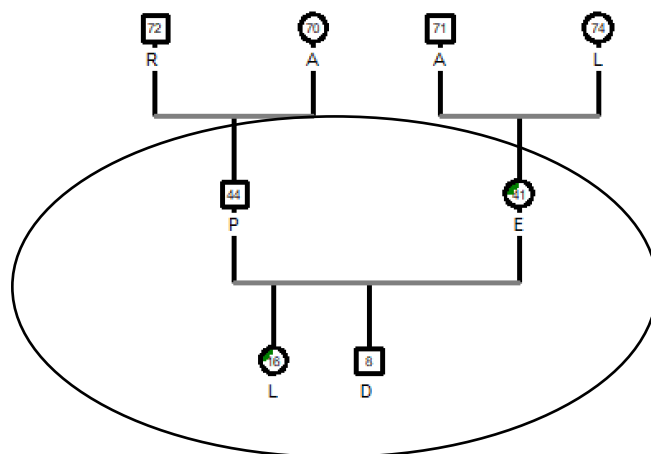
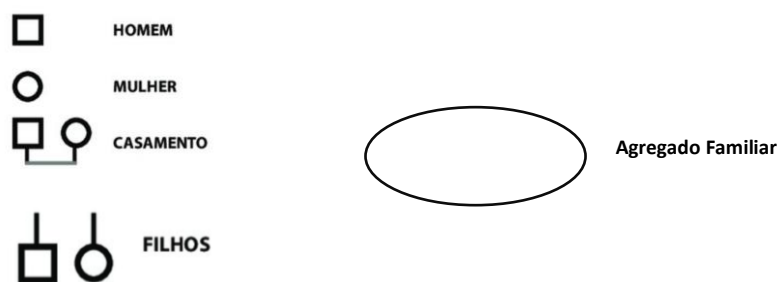


Figura 4 - Genograma da família B

Legenda:



Nesta família é considerada significativa a família extensa materna, particularmente com a L., e mantêm contacto diário com a mesma. No que diz respeito aos sistemas mais amplos a escola e o trabalho são os sistemas mais representativos na vida desta família. É uma família de classe média.

A figura 5 representa as dimensões e áreas ajustadas a esta família.

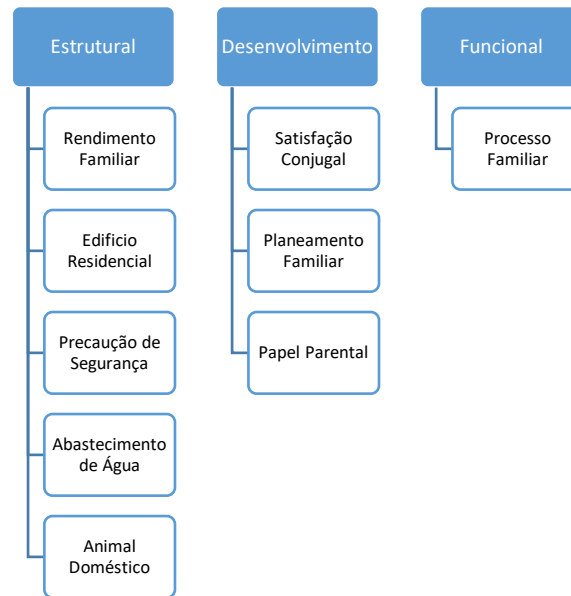


Figura 5 - Áreas de atenção da Família B (adaptada do MDAIF, 2012, p. 104)

Na dimensão estrutural (figura 5) foram avaliadas todas as áreas de atenção, identificando-se como forças e recursos uma vez que de acordo com a avaliação feita não houve necessidade de intervenção, considerando que o edifício residencial não apresenta barreiras arquitetónicas, o abastecimento de gás é feito por gás canalizado, possuem abastecimento de água através da rede pública e não tem animal doméstico.

No que diz respeito à dimensão desenvolvimento, em relação ao papel parental foi identificado como não adequado, uma vez que não havia conhecimento sobre o padrão alimentar adequado e hídrico “bebe pouca água, um copo por dia” e conhecimento sobre a data em que devem ser feitas as próximas vacinas “normalmente fazemos consulta anual mas não sabemos quando serão as próximas vacinas”, havendo necessidade de intervenção no sentido de ensinar a mãe sobre o padrão de ingestão hídrica, sobre estratégias facilitadoras de ingestão de líquidos (estabelecer um horário, ter a garrafa apelativa sempre por perto, evitar ingerir após as 17h), ensinar sobre padrão alimentar (quantidade/porções de comida por macronutrientes, divisão do prato, introdução da sopa no início da refeição e a sua importância), informar que deve existir uma consulta de vigilância entre os 15-18 anos e que em termos de vacinação, está atualizada até a L. completar 25 anos.

Na dimensão funcional (figura 5) foi avaliado unicamente o processo familiar mostrando-se como uma força e recurso desta família uma vez que estão satisfeitos com a forma como

expressam os seus sentimentos, afirmam que são claros e objetivos na forma como comunicam e sentem-se ouvidos e compreendidos "sou a mais chata, mas quando percebo que quer espaço também dou". A E. é quem tem a iniciativa de falar quando há algum assunto a resolver, mas todos estão confortáveis em falar em família, "agora é ainda mais fácil falar, depois das consultas com a psicóloga. Mas sempre falei com eles e eles comigo.". Os papéis familiares estão maioritariamente distribuídos por P. e por E. e não existem alianças e uniões. No que diz respeito à coesão e adaptabilidade da família percebemos que, segundo a escala, se trata de uma família ligada, muito flexível e equilibrada e verificamos que se trata de uma família altamente funcional.

Estão representados na figura 6 os focos de atenção na elaboração do processo individual. Para simplificar é apresentado o plano individual do membro da família portador de obesidade.

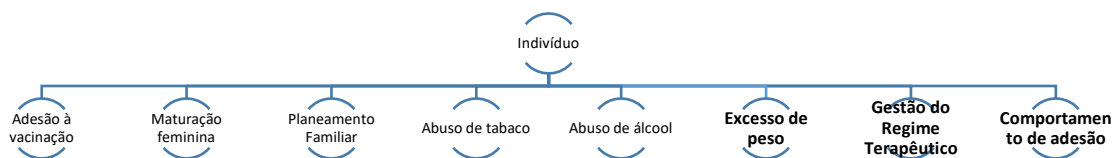


Figura 6 - Focos de atenção individual do membro portador de obesidade da Família B

Houve necessidade de intervenção no membro com diagnóstico de excesso de peso. Na primeira consulta, a 7 de fevereiro de 2023, apresentava 110,5 kg, altura 167 cm e IMC de 36 kg/m². Na terceira consulta, a 18 de maio de 2023, o peso desceu para os 98 kg, logo o IMC era de 35,1 kg/m². Manteve o diagnóstico, contudo houve perda de peso.

No que diz respeito ao comportamento de adesão, na primeira consulta era não adesão ao comportamento pelos dados acima referidos que levam a perceber que as recomendações sobre regime terapêutico, nomeadamente em relação à gestão do regime dietético e de exercício não eram cumpridas. Na segunda consulta, questionada sobre o cumprimento das recomendações feitas na primeira consulta, a L. respondeu que "sim e alargamos ao resto da família. Só o pai é que está mais difícil de convencer, porque ele é magro. E os avós também, porque dizem "come mais um bocadinho" e não me apetece e eles insistem porque como faço

metformina às refeições, fico muitas vezes enjoada e maldisposta e não quero comer e os avós não percebem. Porque estão habituados a que coma grandes quantidades.” Nesta altura foi referido “percebo, mas é importante falar com eles e a Sr^a tentar explicar o processo em que a L. está e que é muito importante o apoio e colaboração deles. Imagine uma linha de montagem de um automóvel: cada um tem o seu papel na construção daquele produto. Numa família é o mesmo, todos contribuem para que cada um dos seus membros se construa e todos tem um papel importante (técnica de intervenção familiar - metáfora).” A fim de perceber a adesão da família questionou-se “e consegue implementar lá em casa as estratégias que falamos na outra consulta?” à qual a E. respondeu “sim, porque estamos todos a ter cuidado. Mesmo o D (o meu filho mais novo) estava com excesso de peso e agora já perdeu peso. Vê-se pela roupa.” Considerou-se que seria oportuno neste foco de atenção: ensinar sobre comportamento de adesão; ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico; incentivar a adesão ao regime terapêutico; negociar um contrato de saúde e promover a consciencialização a fim de alterar a não adesão em adesão do regime terapêutico.

No que diz respeito à gestão do regime terapêutico, na primeira consulta a 7 de fevereiro de 2023, em relação à medicação, faz a metformina prescrita pelo endocrinologista, diariamente. Em relação ao exercício faz caminhada de 20 minutos diariamente, de casa para a escola. O regresso é feito de carro. Em relação à gestão da alimentação, segundo a própria, bebe pouca água e exagera nas quantidades das refeições. O horário das suas refeições é: pequeno-almoço (7:30h), almoço (11:30h), lanche (16:30h) e jantar (20h). Na segunda consulta, a 28 de março de 2023, pretendeu-se que houvesse uma reflexão sobre como tinham passado as últimas semanas após a consulta e a L. referiu que “Tenho-me sentido muito bem, mais leve. Continuo a fazer tudo o que combinamos”. Optamos por elogiar o esforço da L. no sentido de reforçar positivamente o seu empenho “parabéns L. Vejo que estás realmente mais elegante. Queres pesar?” (elogio). A L. recusou e referiu que tinha um plano: “se não se importar, não quero pesar agora. Quero continuar até ao final das aulas e aí peso-me. Meti isto na minha cabeça. Sim, foi o prazo que me propus para me pesar”. Naturalmente foi respeitado o seu pedido. Foi questionada sobre a colaboração dos avós neste processo de reeducação, principalmente, alimentar, uma vez que estes pareciam não compreender o porquê da diminuição das quantidades das refeições : “os avós? estão mais colaborantes?” À qual respondeu “sim, muito mais. Depois de falar com eles tudo se resolveu. Eles perceberam que também têm um papel importante.” Principalmente na primeira consulta foi importante ensinar sobre padrão alimentar (quantidade/porções de comida por macronutrientes, divisão do prato, introdução da

sopa no início da refeição e a sua importância, importância de variar os alimentos dentro das quantidades e porções aconselhadas, importância do pequeno-almoço e da introdução da proteína nos lanches e da fruta como sobremesa ou parte do lanche; evitar comer doces todos os dias e escolher um dia na semana para comer uma sobremesa doce.), ensinar sobre exercício físico (identificar quais os mais adequados e os preferidos, identificar os seus benefícios) e acordar padrão de exercício (prescrição de rituais terapêuticos) - sugestão de caminhada duas vezes por semana com a mãe, uma vez que a gestão do regime terapêutico estava comprometida. No final das consultas o juízo passou para não comprometida.

Após a intervenção nesta família foi possível verificar que o envolvimento familiar foi fundamental para que o elemento portador de obesidade pudesse sentir o apoio no que diz respeito às mudanças de comportamento. A comunicação foi fundamental para que toda a família, incluindo a família extensa pudesse contribuir e colaborar no processo de aquisição de hábitos de vida saudável para si e para cada um dos elementos que a integra. No final não foi possível comprovar numericamente a perda total de peso, mas foi possível testemunhar o trabalho realizado colaborativamente com esta família que se traduziu em ganhos de saúde, principalmente em termos comunicacionais e motivacionais. Segundo declaração da mãe, a L. conseguiu ser mais clara e assertiva na comunicação com os progenitores, restante família e profissionais de saúde que a acompanham, esclarecendo o que a incomoda e a forma como se sente na sua condição de portadora desta doença. Segundo o *feedback* da família, foi muito importante a integração neste projeto uma vez que os momentos de consulta foram potenciadores da motivação intrínseca para a mudança do que consideravam estar a ser prejudicial, nomeadamente em termos de padrão alimentar.

3.1.3 Família C

Foram realizadas três consultas com a família C, com intervalo de cerca de um mês, na USF. Em todas as consultas estiveram presentes dois elementos: o T. e a S.

De acordo com a figura 7, a família C é uma família reconstruída constituída pela S. de 39 anos e por F. de 37 anos. A mãe está grávida do segundo filho. T. tem 17 anos e é portador de obesidade.

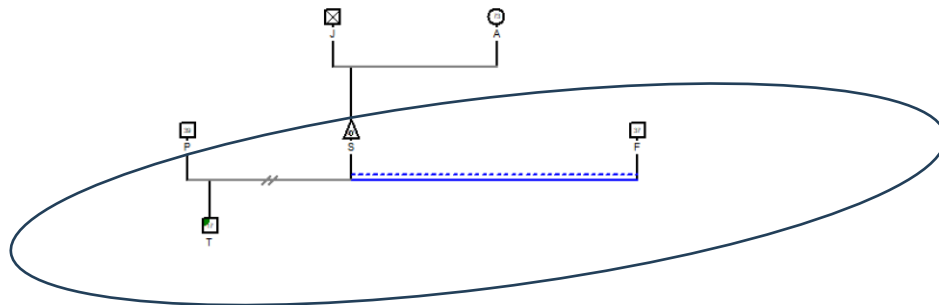
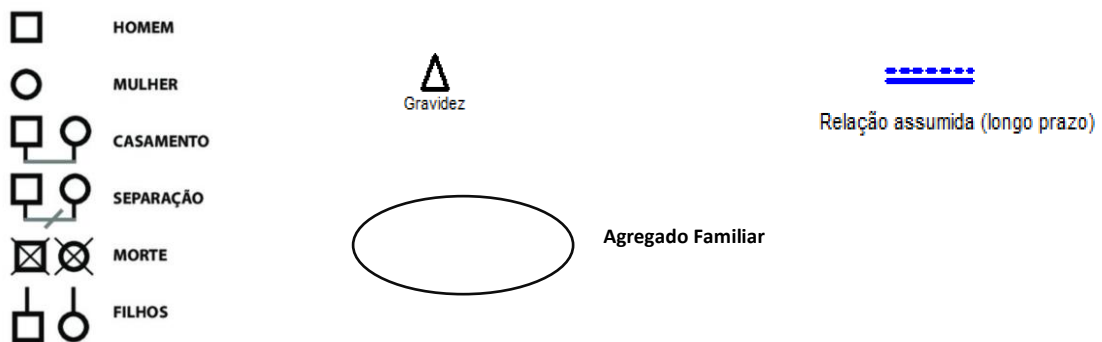


Figura 7 - Genograma da família C

Legenda:



A família não considera significativo nenhum membro da família extensa, em termos de função de rede e não têm relação próxima com a mesma. É uma família de classe média baixa. No que diz respeito aos sistemas mais amplos o grupo de amigos, a escola e o trabalho são os sistemas mais representativos na vida desta família. A figura 8 representa as dimensões e áreas ajustadas a esta família.

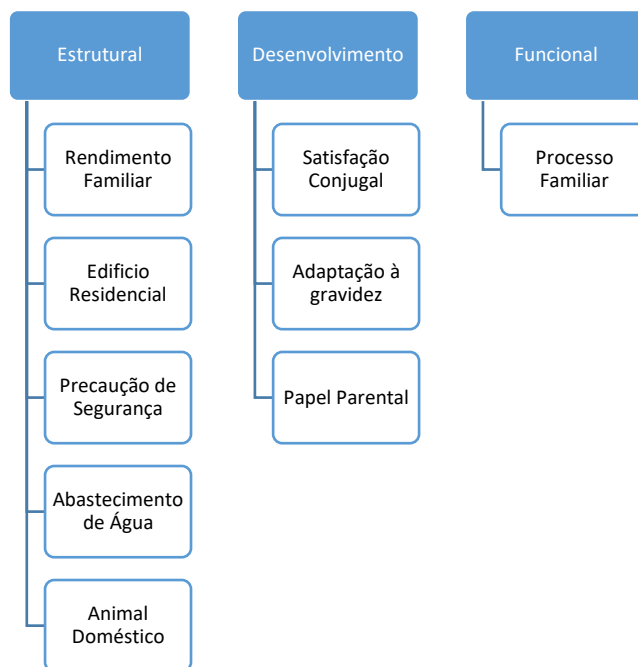


Figura 8 - Áreas de atenção da Família C (adaptada do MDAIF, 2012, p. 104)

Na dimensão estrutural (figura 8) foram avaliadas todas as áreas de atenção, identificando-se como forças e recursos uma vez que de acordo com a avaliação feita não houve necessidade de intervenção, considerando que o edifício residencial é camarário e possui abastecimento de água e gás pela rede pública e os animais domésticos cumprem as visitas regulares ao veterinário e respetiva vacinação.

No que diz respeito à dimensão desenvolvimento (figura 8) não foi possível a avaliação da satisfação conjugal e da adaptação à gravidez uma vez que não houve contacto com os dois elementos do casal, não sendo, de acordo com o enquadramento teórico, uma área prioritária de intervenção. Em relação ao papel parental foi identificado como não adequado, uma vez que não havia conhecimento sobre o padrão alimentar adequado e ingestão hídrica, “o T. faz duas refeições: almoço e jantar”, e conhecimento sobre a data em que devem ser feitas as próximas vacinas, “não sei quando são as próximas vacinas”, havendo necessidade de intervenção no sentido de ensinar a mãe sobre o padrão de ingestão hídrica, sobre estratégias facilitadoras de ingestão de líquidos (estabelecer um horário, evitar ingerir após as 17h, ensinar sobre padrão alimentar (quantidade/porções de comida por macronutrientes, divisão do prato, introdução da sopa no início da refeição e a sua importância refeição e da introdução da fruta na alimentação), informar que deve existir uma consulta de vigilância entre os 15-18 anos e que em termos de

vacinação, está atualizada até o T. completar 25 anos, ensinar sobre o balanço energético e gasto de energia, tendo em conta as horas que passa a jogar computador.

Na dimensão funcional (figura 8) foi avaliado unicamente o processo familiar mostrando-se como uma força e recurso desta família, uma vez que referem estar satisfeitos com a forma como expressam os seus sentimentos, afirmam que são claros e objetivos na forma como comunicam e sentem-se ouvidos e compreendidos "no geral". A S. é quem tem a iniciativa de falar quando há algum assunto a resolver, mas todos estão confortáveis em falar em família. Os papéis familiares estão maioritariamente distribuídos por F. e por S. e não existem alianças e uniões, apesar de T. recorrer mais a S. uma vez que partilham mais tempo juntos. No que diz respeito à coesão e adaptabilidade da família foi possível perceber, através do uso da escala que os dois membros da família têm perceções diferentes da mesma. Assim, para o jovem esta família em termos de coesão é separada, em termos de adaptabilidade é muito flexível, considerando-se o tipo de família equilibrada. Para a mãe, em termos de coesão é separada, e em termos de adaptabilidade é estruturada, o que se reflete num tipo de família meio termo. Trata-se de uma família com moderada disfunção, e por isso foram promovidas a comunicação expressiva das emoções em consulta, o envolvimento da família e o padrão de ligação através da sugestão da partilha de atividades.

Estão representados na figura 9 os focos de atenção na elaboração do processo individual. A adesão à vacinação, a maturação masculina, o planeamento familiar, e o abuso de álcool e tabaco são focos identificados como não prioritários e que não necessitam de intervenção.

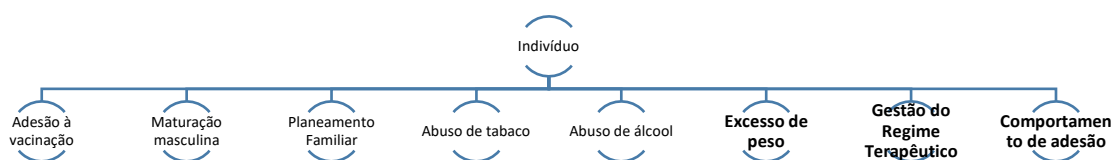


Figura 9 - Focos de atenção individual do membro portador de obesidade da família C

Houve necessidade de intervenção no membro portador de excesso de peso, através da promoção do conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis, nomeadamente através do conhecimento de um melhor padrão alimentar e de exercício. Na primeira consulta, a 24 de

fevereiro de 2023, pesava 100,5 kg, media 177 cm e tinha de IMC 32,1 kg/m². Na terceira consulta, a 18 de maio de 2023, pesava 99 kg, o que resultava num IMC de 31,6 kg/m². Perdeu peso, apesar de manter o diagnóstico.

No que diz respeito à gestão do regime terapêutico, na primeira consulta, a 24 de fevereiro de 2023, o T. referiu que não fazia exercício para além do obrigatório na escola, e em relação à sua alimentação, refere que bebe um litro de água por dia, que não gosta de comer mal acorda e que por isso não toma o pequeno-almoço. Raramente come sopa, porque não gosta da sopa que a mãe faz em casa. Não gosta de sopa em creme. Não come mais legumes porque a mãe não faz saladas. Em casa do pai tem uma alimentação mais cuidada mesmo em termos de quantidades. Lá raramente repete. No que se refere ao exercício, tendo em conta que a mãe está grávida e aconselhada pela enfermeira de família a fazer caminhadas, foi sugerido poderem fazê-las em conjunto: “será que a mãe poderia fazer as caminhadas com o T? (rituais terapêuticos) É para o bem dele, e tendo em conta que está grávida, algum exercício também lhe fará bem? O que acha?” a S. respondeu “eu posso, mas não vou prometer”. “E quantas vezes poderiam fazer? 3? A S. respondeu “podemos tentar. Mas não sei se conseguimos as 3”. Na terceira consulta, a 18 de maio de 2023, pretendeu-se averiguar como tinham sido as últimas semanas após a última consulta: “como correram as últimas semanas?” O T. referiu que correram bem. “T. manténs os cuidados que falamos nas consultas anteriores?” “Às vezes.” Pretendeu-se perceber qual era a perceção que a S. tinha sobre o que o T. sentia e por isso foi questionado “Sr.ª S como acha que se sente o T? (questão circular), à qual S. respondeu: “ele é preguiçoso. Às vezes faz as coisas outra vez não faz e assim fica mais complicado. E depois é teimoso”. Averiguou-se que não foram cumprimentos os rituais terapêuticos, anteriormente prescritos, “ando cansado”. Em relação à alimentação “a alimentação depende do que a minha mãe faz. Ela é que cozinha.” S. referiu: “continuo a fazer salada e a ter cuidados com os fritos”. Notando uma falta de ânimo da parte do T. optou-se por reforçar positivamente o comportamento que tinha tido no início das consultas “T. gostava de te mostrar que és capaz. E tu sabes disso porque no início das nossas consultas, tu conseguiste ver o que podias mudar e ao mudar viste que eras capaz. Certo? (conotação positiva)”. O T. recordou que sim. Na primeira consulta, a intervenção passou por ensinar sobre padrão alimentar (quantidade/porções de comida por macronutrientes, divisão do prato, introdução da sopa no início da refeição e a sua importância, importância de variar os alimentos dentro das quantidades e porções aconselhadas, importância do pequeno-almoço e da introdução da proteína nos lanches e da fruta como sobremesa ou parte do lanche; evitar comer doces todos os dias e escolher um dia

na semana para comer uma sobremesa doce.), ensinar sobre exercício físico (identificar quais os mais adequados, identificar os seus benefícios) e acordar o padrão de exercício (rituais terapêuticos) - sugestão de caminhada três vezes por semana com a mãe.

No que diz respeito ao comportamento de adesão, foi avaliado como não adesão ao regime terapêutico uma vez que não seguia as recomendações sobre o mesmo, nomeadamente em relação à gestão do regime dietético e de exercício. Neste sentido foi necessário ensinar sobre comportamento de adesão; ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico; incentivar a adesão ao regime terapêutico; negociar um contrato de saúde e promover a consciencialização. No final houve alteração para adesão à gestão do regime terapêutico.

Foi possível verificar, no decorrer das consultas, que os ganhos em saúde poderiam não ser os expectáveis tendo em conta todo o envolvimento familiar. A mãe que acompanhou o jovem em todas as consultas não executou o que havíamos combinado no que diz respeito ao exercício físico, ou seja, a caminhada três vezes por semana, o que se julga ter interferido no atingimento dos objetivos de forma pouco consistente, no que toca ao envolvimento e compromisso. Percecionou-se que apesar da existência de hábitos enraizados, houve disponibilidade para a alteração de alguns após a compreensão da importância dessa mesma mudança.

3.1.4 Família D

Foram realizadas três consultas com a família D, com intervalo de cerca de um mês, na USF. Em todas as consultas estiveram presentes dois elementos: o membro portador de obesidade acompanhado pela mãe.

De acordo com o genograma (figura 10) a família D é uma família nuclear constituída pela M. de 45 anos e por R. de 42 anos. São pais de M. de 16 anos, C. de 13 anos e I. de 5 anos. M. é portador de obesidade. A família encontra-se na etapa do ciclo vital - família com filhos adolescentes.

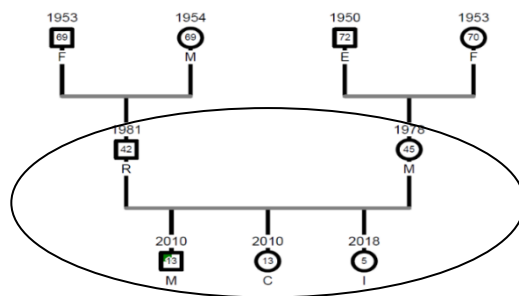
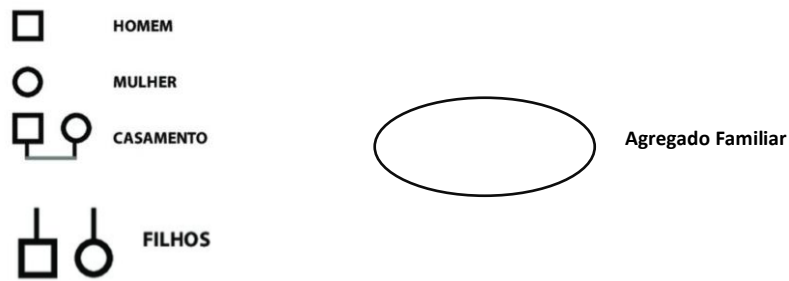


Figura 10 - Genograma da família D

Legenda:



Nesta família é considerada significativa a família extensa materna, particularmente a avó que mantém contato regular. No que diz respeito aos sistemas mais amplos o grupo de amigos, a escola e o trabalho são os sistemas mais representativos na vida desta família. Verificou-se que é uma família de classe média alta.

Na dimensão estrutural (figura 11) foram avaliadas todas as áreas de atenção, identificando-se como forças e recursos uma vez que de acordo com a avaliação feita não houve necessidade de intervenção, considerando que o edifício residencial tem aquecimento central, apresenta boas áreas e localiza-se num bom local. O abastecimento de água e gás é feito pela rede pública. No que diz respeito ao animal de estimação, uma coelha, faz as visitas necessárias ao veterinário.

No que diz respeito à dimensão desenvolvimento não foi possível a avaliação da satisfação conjugal uma vez que não houve contacto com os dois elementos do casal. No que diz respeito

ao planeamento familiar, após o nascimento da última filha, a sr^a fez laqueação, uma vez que o casal não pretende ter mais filhos. Contudo, segundo o enquadramento teórico não é considerado uma das áreas prioritárias de avaliação. Em relação ao papel parental foi identificado como não adequado uma vez que a mãe desconhecia a data em que devem ser feitas as próximas vacinas, havendo necessidade de intervenção, informando que em termos de vacinação, está atualizada até completar 25 anos. Uma vez que o M. é seguido em consultas de nutrição e que segue um plano alimentar já prescrito, a intervenção passou por incentivar a cumprimento do mesmo e disponibilizar para o esclarecimento de dúvidas, caso existissem. A figura 11 representa as dimensões e áreas ajustadas a esta família.

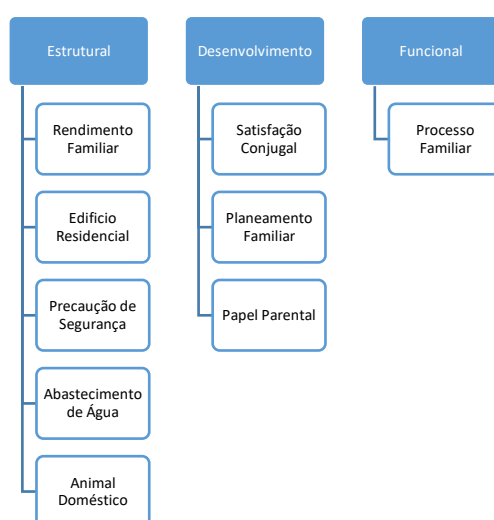


Figura 11 - Áreas de atenção da Família D (adaptada do MDAIF, 2012, p. 104)

Na dimensão funcional (figura 11) foi avaliado unicamente o processo familiar mostrando-se como uma força e recurso desta família, uma vez que referem estar satisfeitos com a forma como são expressos os seus sentimentos, afirmam que são claros e objetivos na forma como comunicam e sentem-se ouvidos e compreendidos "no geral". R. e M. têm a iniciativa de falar quando há algum assunto a resolver, mas todos estão confortáveis em falar em família. Os papéis familiares estão maioritariamente distribuídos por R. e por M. e não existem alianças e uniões. No que diz respeito à coesão e adaptabilidade da família podemos perceber, através da aplicação da respetiva escala, que os dois membros da família têm perceções diferentes da mesma. Assim, para o jovem esta família em termos de coesão é separada, em termos de adaptabilidade é muito flexível, sendo por isso uma família do tipo equilibrada. Para a mãe, em

termos de coesão é ligada, e em termos de adaptabilidade é muito flexível, o que se reflete num tipo de família muito equilibrada. Verificou-se que se trata de uma família altamente funcional.

Estão representados na figura 12 os focos de atenção na elaboração do processo individual. A adesão à vacinação, a maturação masculina, o planeamento familiar, e o abuso de álcool e tabaco são focos identificados como não prioritário e por não necessitarem de intervenção.

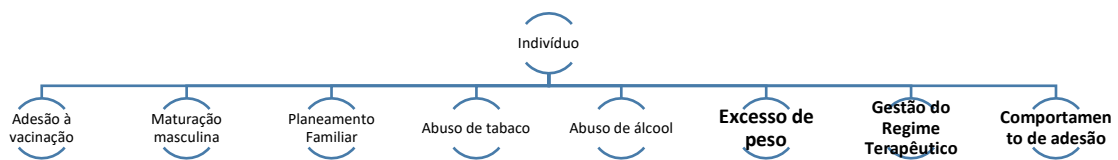


Figura 12 - Focos de atenção individual do membro portador de obesidade da Família D

Houve necessidade de intervenção no membro portador de excesso de peso, através da promoção do conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis, nomeadamente através do conhecimento de um melhor padrão alimentar e de exercício. Na primeira consulta, a 24 de fevereiro de 2023, pesava 102 kg, media 175 cm, o que resultava num IMC de 33,3 Kg/m². Na terceira consulta manteve o peso e conseqüentemente o mesmo IMC.

No que diz respeito à gestão do regime terapêutico, na primeira consulta, o M. referiu que está a cumprir desde há alguns meses o plano alimentar feito pela nutricionista e faz duas a três vezes ginásio com os amigos (rituais terapêuticos). Ainda faz caminhada de 30 minutos às segundas, terças e sextas, quando sai da escola para casa da avó materna. Nos tempos livres gosta de ver televisão, sair com os amigos ou jogar no telemóvel. Desde a avaliação inicial feita no ginásio até hoje perdeu 5Kg. Tendo em conta que o M. já estava a ser orientado no exercício e na alimentação, foi considerado importante fazer um reforço da informação, nomeadamente, promover o conhecimento sobre hábitos de vida saudável; explicar as conseqüências associadas à obesidade; explicar os benefícios do exercício físico em termos de consolidação de conhecimentos; ensinar sobre a importância do exercício e os seus benefícios cognitivos e explicar que esta condição é uma doença e que não é uma característica que define o indivíduo (externalização do problema), que exige empenho, mas como tem visto pelo decorrer do tempo,

é capaz de mudanças, positivas (conotação positiva).

No que diz respeito ao comportamento de adesão, foi avaliado como havendo adesão ao regime terapêutico uma vez que seguia as recomendações sobre regime terapêutico, nomeadamente em relação à gestão do regime dietético e de exercício.

Ao longo da intervenção com esta família foi percecionado um compromisso dos elementos em relação ao acordo terapêutico previamente estabelecido. Contudo, apesar do apoio e envolvimento familiar, não houve resultados e ganhos de saúde visíveis nesta família, para além do aumento de conhecimento no que diz respeito ao papel parental.

Apesar de não haver dados objetivos de ganhos em saúde, o membro da família portador de obesidade referiu que à medida que cumpriu do plano, notou melhorias físicas em relação à resistência ao exercício, uma vez que conseguiu aumentar o número de repetições de cada um que compunha o plano. Este aspeto contribuiu para a motivação intrínseca e a manutenção do plano terapêutico.

3.1.5 Família E

Foram realizadas três consultas com a família E, com intervalo de cerca de um mês, na USF. Em todas as consultas estiveram presentes dois elementos: a R. e o E.

De acordo com o genograma (figura 13) a família E é uma família nuclear constituída pela S. de 40 anos e por E. também de 40 anos. S. é administrativa e E. é técnico de qualidade. São pais da R. de 10 anos portadora de obesidade. A família encontra-se na etapa do ciclo vital -família com filhos na escola.

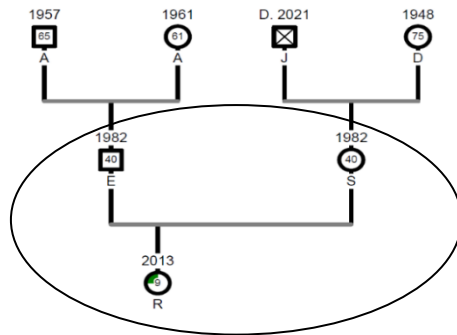
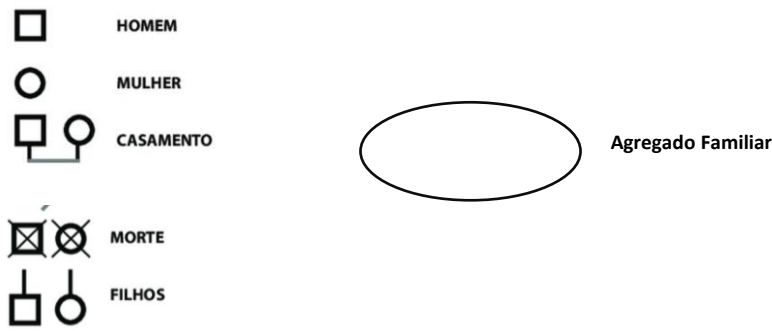


Figura 13 - Genograma da família E

Legenda:



Nesta família é considerada significativa a família extensa, tanto materna como paterna, e mantêm contato semanal com ambas. No que diz respeito aos sistemas mais amplos, a escola e o trabalho são os sistemas mais representativos na vida desta família. Verificou-se que esta é uma família de classe média.

Na dimensão estrutural (figura 14) foram avaliadas todas as áreas de atenção, identificando-se como forças e recursos uma vez que de acordo com a avaliação feita não houve necessidade de intervenção, considerando que o edifício residencial tem boas áreas e localiza-se numa boa zona e o abastecimento de água e gás é feito pela rede pública. Não têm animal de estimação.

No que diz respeito à dimensão desenvolvimento não foi possível a avaliação da satisfação conjugal e do planeamento familiar uma vez que não houve contato com os dois elementos do casal, contudo, não se percecionam como áreas prioritárias de intervenção. Em relação ao papel parental foi identificado como não adequado, havendo necessidade de intervenção, uma vez

que, mesmo apresentando conhecimento sobre os temas abordados, nomeadamente o padrão alimentar e de exercício, apresentava muitas dificuldades na implementação de estratégias facilitadoras de um comportamento alimentar saudável, “costumamos ter cuidados com a comida, mas é muito difícil controlar uma criança desta idade. Se ela quiser vai ao armário e tira o que lhe apetece” e de um padrão de exercício adequado “faz piscina duas vezes por semana”, ou seja comportamento de adesão não demonstrado, tendo sido necessário motivar o pai para um padrão de exercício da criança: sugerindo outra atividade física que possa ser feita com os pais, caminhada, por exemplo, pelo gosto demonstrado, motivar o pai para um padrão alimentar adequado à criança, sugerindo estratégias no sentido de melhorar os hábitos alimentares: inexistência de bolachas, chocolates e batatas fritas acessíveis à criança no armário.

A figura 14 representa as dimensões e áreas ajustadas a esta família.

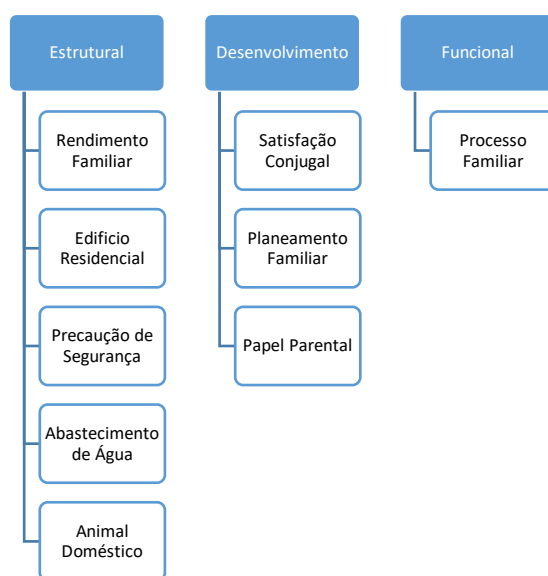


Figura 14 - Áreas de atenção da Família E (adaptada do MDAIF, 2012, p. 104)

Seguidamente será apresentado o plano de cuidados à família E com os diagnósticos que necessitaram de intervenção.

No que diz respeito ao papel parental, este apresenta-se como não adequado por comportamento de adesão não demonstrado, isto porque, quando questionado E. sobre a alimentação familiar existente em sua casa ele referiu que costumamos ter cuidados com a comida, mas é muito difícil controlar uma criança desta idade. Se ela quiser vai ao armário e tira

o que lhe apetecer.” Tentou-se perceber que tipo de alimentos estavam então disponíveis.: “Bolachas, chocolates”. Averiguou-se a disponibilidade para uma alteração da disponibilidade desses produtos: “e o que acha desses produtos não estarem sempre disponíveis, mas só em determinadas circunstâncias especiais? Tendo em conta que seria benéfico para a R. não ter acesso sempre que quisesse. Ela pode ainda não saber controlar a vontade de comer e depois pode acabar por cair no exagero...” à qual E. assentiu. Quando questionado sobre as atividades realizadas em família, referiu que “costumamos fazer coisas juntos, mais ao fim de semana. Passeios em família”. Na segunda consulta, a 31 de março de 2023, o E. referiu que “decidimos fazer o que tínhamos combinado aqui. Reduzimos a quantidade de bolachas e doces que estavam lá em casa. E aos fins de semana, se o tempo deixar vamos fazer uma caminhada os três.” Importava saber o que sentia em relação a essa decisão: “sabemos que é importante para a saúde da R. e para a nossa.” “Estou a ver que está tudo no caminho como diz e efetivamente às vezes só precisamos de ver de outro ângulo para perceber que afinal podemos fazer diferente (reenquadramento)” E. afirmou “exatamente. Com a corrida do dia a dia, às vezes não paramos para pensar... passamos tão pouco tempo que às vezes queremos compensar... e fazemos com a comida... e deixamos que coma e não dizemos não...”. A intervenção nesta família consistiu em motivar o pai para um padrão de exercício da criança: Sugerir outra atividade física que possa ser feita com os pais, caminhada, por exemplo, (rituais terapêuticos) e motivar o pai para um padrão alimentar adequado à criança. Sugerir estratégias no sentido de melhorar os hábitos alimentares: inexistência de bolachas, chocolates e batatas fritas acessíveis à criança no armário. No final das consultas o papel parental passou a adequado uma vez que se verificou a adesão ao regime terapêutico.

Na dimensão funcional (figura 14) foi avaliado unicamente o processo familiar mostrando-se como uma força e recurso desta família. No que diz respeito à coesão e adaptabilidade da família percebemos que os dois membros da família têm perceções diferentes da mesma. Assim, para o membro portador de obesidade, esta família em termos de coesão é separada, em termos de adaptabilidade é muito flexível, sendo por isso equilibrada. Para o pai, em termos de coesão é ligada, e em termos de adaptabilidade é flexível, o que se reflete num tipo de família equilibrada. Verificou-se que se trata de uma família altamente funcional.

Estão representados na figura 15 os focos de atenção na elaboração do processo individual. A adesão à vacinação e o desenvolvimento infantil são focos identificados como não prioritários e que não necessitam de intervenção.

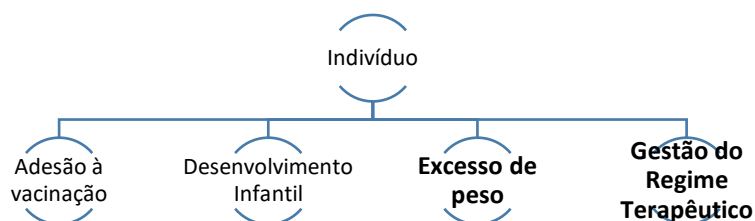


Figura 15 - Focos de atenção individual do membro portador de obesidade da família E

Houve necessidade de intervenção no membro portador de excesso de peso, nomeadamente através da promoção do conhecimento sobre hábitos de vida saudável, padrão alimentar e padrão de exercício adequados. Na primeira consulta a R. pesava 57 kg, media 155 cm, o que resultava num IMC de 23,7 kg/m². Na terceira consulta, a 18 de maio de 2023, pesava 55,5 kg o que resultava num IMC de 23 kg/m². Passou de um diagnóstico de obesidade para um de excesso de peso.

No que diz respeito à adesão do regime terapêutico, na primeira consulta, realizada a 24 de fevereiro de 2023, verificou-se que “faz aulas de natação 2x semana e participa num grupo de violino. Faz 5 refeições por dia que são os pais que preparam, mas quando lhe apetece vai ao armário comer o que lhe apetece.” Mas na terceira consulta, a 18 de maio de 2023, a R. refere que “o pai e a mãe já não compram tanto. E só me deixam ao fim de semana comer mais o que eu quero. A minha professora já nos tinha dito quando falamos na roda dos alimentos.” Neste sentido foi necessário ensinar os pais sobre composição do padrão alimentar e ensinar sobre complicações da doença. Assim da gestão do regime terapêutica comprometida, na primeira consulta, passou a não comprometida na última.

Ao longo da intervenção com esta família foi percecionado um compromisso dos elementos em relação ao acordo terapêutico previamente estabelecido. O mais notório foi a consciencialização do pai para o problema, que até ali não o tinha identificado como tal. Os ganhos em saúde verificaram-se no que diz respeito ao papel parental, uma vez que os pais conseguiram mudar os comportamentos que poderiam estar a comprometer os hábitos alimentares e de exercício saudáveis, que se traduziram num comportamento de adesão demonstrado, paralelamente com a gestão do regime terapêutico demonstrado.

3.1.6 Família F

De acordo com o genograma (figura 16) a família F é uma família reconstruída pela G. de 46 anos e pelo companheiro C. de 40 anos. G é mãe de N. de 25 anos e de L. de 16. Moram com a mãe de C., de 70 anos. L. é portador de obesidade. O pai de L. e N. morreu há 15 anos.

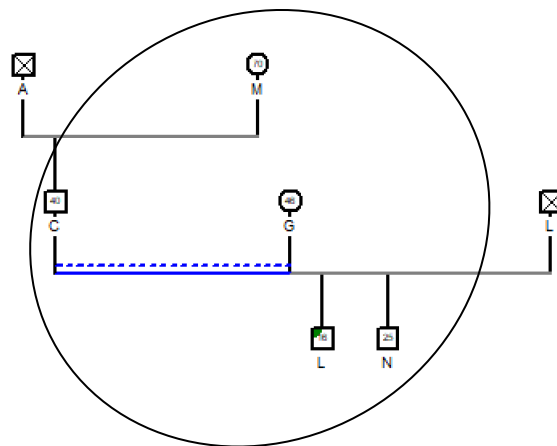
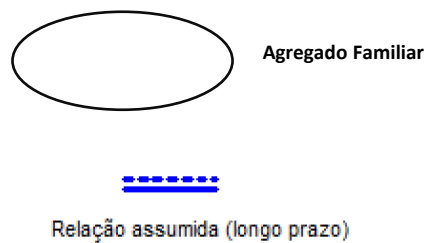


Figura 16 - Genograma da Família F

Legenda:



Têm contato com a família extensa, materna, de forma esporádica e, portanto, mantêm um vínculo fraco. No que diz respeito aos sistemas mais amplos a escola e o trabalho são os sistemas mais representativos na vida desta família. Verificou-se que esta é uma família de classe média.

Na dimensão estrutural (figura 17) foram avaliadas todas as áreas de atenção, identificando-se como forças e recursos, através da avaliação feita não houve necessidade de intervenção uma vez que o edifício residencial possui boas áreas, é bem localizado e possui abastecimento de água e gás pela rede pública. Os animais domésticos fazem as vacinas recomendadas.

No que diz respeito à dimensão desenvolvimento não foi possível a avaliação da satisfação conjugal e do planeamento familiar uma vez que não houve contacto com os dois elementos do casal, contudo não se considera prioritária. Em relação ao papel parental foi identificado como não adequado, uma vez que que “o L. faz duas refeições: lanche e jantar. Sai de casa sem comer e quando volta é que come. Ele diz que não tem fome e que não quer comer”, “não toma banho”, “caminha cerca de 10 minutos por dia”, havendo necessidade de intervenção. A figura 17 representa as dimensões e áreas ajustadas a esta família.

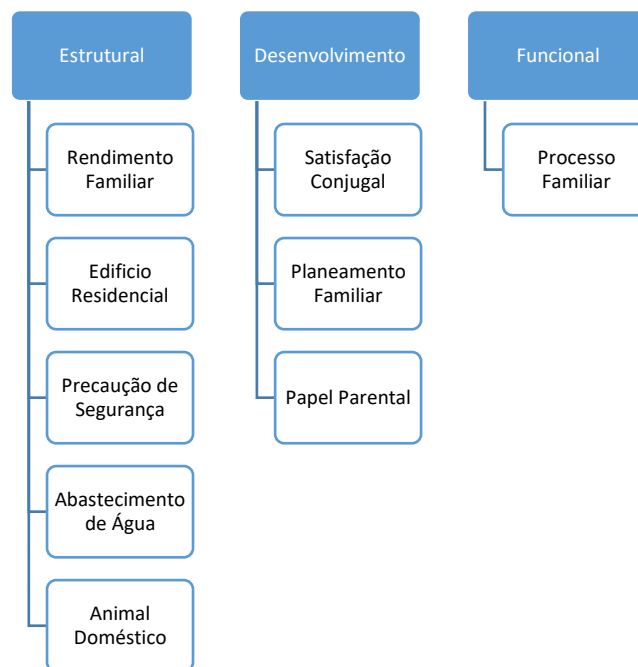


Figura 17 - Áreas de atenção da Família F (adaptada do MDAIF, 2012, p. 104)

Seguidamente será apresentado o plano de cuidados à família F com os diagnósticos que

necessitaram de intervenção. No que diz respeito ao papel parental este apresenta-se não adequado por comportamento de adesão não demonstrado, uma vez que, quando questionada sobre as rotinas de L. ela refere que ele “faz 2 refeições: lanche e jantar. Sai de casa sem comer e quando volta é que come. Não toma banho diário. Caminha cerca de 10 minutos por dia para ir e vir da escola.” Em termos de comunicação com o filho refere “É muito difícil falar com o L. Ele fecha-se no quarto e não fala e não convive connosco nem com ninguém. Tomara eu que ele sáísse de casa e tivesse amigos, mas não acontece, ele pura e simplesmente não fala.”

Na dimensão funcional foi avaliado unicamente o processo familiar que mostrou necessitar de intervenção: “o L. Mete-se no quarto e não fala com ninguém. Eu sou a pessoa com quem mais fala, mas mesmo assim não se abre comigo.” Quando questionado o L. se ele tinha a mesma perspectiva de G. ele respondeu “não sei”. Foi questionado se haveria “coisa que te incomode e que queiras falar?”, respondeu “não sei”. Ainda se questionou “Lá em casa quem tem a iniciativa de falar quando há algum problema?”, à qual G. respondeu: “eu e o meu companheiro falamos e resolvemos as nossas coisas. Com o N também não há problema nenhum, facilmente falamos. Com o L. é que não. Assim apurou-se que o processo familiar era disfuncional por comunicação familiar não eficaz.

No que diz respeito à coesão e adaptabilidade da família percebe-se, através da aplicação da escala, que os dois membros da família têm percepções diferentes da mesma. Assim, para o membro portador de obesidade, esta família em termos de coesão é desmembrada, em termos de adaptabilidade é rígida, sendo por isso extrema. Para a mãe, em termos de coesão é desmembrada, e em termos de adaptabilidade é flexível, o que se reflete num tipo de família meio termo. Verificou-se que se trata de uma família com disfunção acentuada.

Não foi possível continuar com a consulta de avaliação diagnóstica uma vez que o elemento da família portador de obesidade não se mostrou colaborante e estava claramente perturbado durante a consulta. Após a avaliação médica foi detetada uma situação clínica complexa e imediatamente encaminhada para a respetiva especialidade para acompanhamento.

3.1.7 Ganhos em saúde – síntese

Utilizando os indicadores apurados no projeto: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários são apresentados no quadro os resultados em ganhos em saúde das famílias que constituíram a amostra (Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar Mapeamento de Indicadores, n.d.) (quadro 1):

Quadro 1 - Ganhos em saúde - síntese

FOCO	INDICADOR	FÓRMULA	VALOR (%)
Avaliação Estrutural			
Dimensão estrutural	Taxa de avaliação familiar	$\text{N}^{\circ} \text{ de famílias avaliadas na dimensão estrutural} / \text{N}^{\circ} \text{ total de famílias} \times 100$	100
Composição familiar	Taxa de avaliação familiar	$\text{N}^{\circ} \text{ de famílias avaliadas na composição familiar} / \text{N}^{\circ} \text{ total de famílias} \times 100$	100
Tipo de família	Taxa de avaliação familiar	$\text{N}^{\circ} \text{ de famílias avaliadas no tipo de família} / \text{N}^{\circ} \text{ total de famílias} \times 100$	100
Família extensa	Taxa de avaliação familiar	$\text{N}^{\circ} \text{ de famílias avaliadas em família extensa} / \text{N}^{\circ} \text{ total de famílias} \times 100$	100
Sistema mais amplos	Taxa de avaliação familiar	$\text{N}^{\circ} \text{ de famílias avaliadas em sistemas mais amplos} / \text{N}^{\circ} \text{ total de famílias} \times 100$	100

Classe social	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em sistemas mais amplos /Nº total de famílias X 100	100
Edifício residencial	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em ER/Nº total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com ERNS/Nº total de famílias X 100	0
Rendimento familiar	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em RM/Nº total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com RFI/Nº total de famílias X 100	0
Precaução de Segurança	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em PS/Nº total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com PSND/Nº total de famílias X 100	0
Abastecimento de água	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em AA/Nº total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com AANA/Nº total de famílias X 100	0
Animal doméstico	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em AA/Nº total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com ADN/Nº total de famílias X 100	0

FOCO	INDICADOR	FÓRMULA	VALOR (%)
Avaliação de Desenvolvimento			
Dimensão desenvolvimento	Taxa de avaliação familiar	$\frac{\text{N}^\circ. \text{ de famílias avaliadas na dimensão desenvolvimento}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	100
Satisfação conjugal	Taxa de avaliação familiar	$\frac{\text{N}^\circ. \text{ de famílias avaliadas em SC}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal}} \times 100$	0
Planeamento familiar	Taxa de avaliação familiar	$\frac{\text{N}^\circ. \text{ de famílias avaliadas em PF}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil}} \times 100$	0
Adaptação à gravidez	Taxa de avaliação familiar	$\frac{\text{N}^\circ. \text{ de famílias avaliadas em AG}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal e gravidez}} \times 100$	0
Papel parental (família com filhos na escola)	Taxa de avaliação familiar	$\frac{\text{N}^\circ. \text{ de famílias avaliadas em PP}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema parental}} \times 100$	100
	Taxa de prevalência	$\frac{\text{N}^\circ. \text{ de famílias com PPNA}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema parental}} \times 100$	100
	Modificação positiva no estado do diagnóstico	$\frac{\text{N}^\circ. \text{ de famílias com diagnóstico positivado em PP}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com PPNA}} \times 100$	100
Papel parental (família com	Taxa de avaliação familiar	$\frac{\text{N}^\circ. \text{ de famílias avaliadas em PP}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema parental}} \times 100$	100

filhos adolescentes)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com PPNA/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	100
	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em PP/Nº total de famílias com PPNA x 100	100
Papel parental (família com filhos adultos)	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas em PP/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com PPNA/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	100
	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em PP/Nº total de famílias com PPNA x 100	50
FOCO	INDICADOR	FÓRMULA	VALOR (%)
Avaliação funcional			
Dimensão funcional	Taxa de avaliação	Nº. de famílias avaliadas na dimensão funcional /Nº total de famílias X 100	100
Processo familiar	Taxa de avaliação	Nº. de famílias avaliadas em PF/Nº total de famílias X 100	100
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com PFD/Nº total de famílias X 100	16
	Modificação positiva no	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em PF/Nº total de famílias com PFD x 100	0

	estado do diagnóstico		
--	-----------------------	--	--

De acordo com os dados do quadro 1 é possível afirmar que em todos os focos ajustados a cada família foram avaliados e que houve ganhos em saúde em todos eles tendo em conta a modificação positiva no estado do diagnóstico, com a exceção do processo familiar, onde não foi possível intervir apesar da identificação do processo familiar disfuncional.

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

Segundo o Regulamento das competências específicas EEECESF, uma das competências que este deverá ser detentor é a liderança e colaboração nos processos no âmbito da enfermagem de saúde familiar que se traduz na gestão do sistema de cuidados de saúde da família nos diferentes níveis de prevenção. Alguns dos critérios de avaliação desta unidade de competência são a promoção de uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais e a participação em processo de formação/treino aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. Este subcapítulo irá incidir sobre a descrição das atividades realizadas no âmbito da promoção de uma cultura organizacional de formação, de prática e de investigação interprofissional, com especial relevo para a formação e prática.

Para tal, foi explorada com a equipa de enfermagem a entrevista motivacional que, já em 2010 a OE considerava que estas se afiguram como uma excelente oportunidade de desenvolvimento da prática profissional, aquando da implementação das intervenções de enfermagem, que têm por foco a promoção de comportamentos de adesão (OE, 2010). Em 2013 a DGS considerava essencial a formação específica dos profissionais de saúde de forma a dominarem as técnicas de

abordagem motivacional, no sentido de facilitar a mudança de comportamentos e evitar o confronto com as pessoas (DGS, 2013).

Segundo Medeiros e Teixeira (2022) o conceito de motivação, enquanto estado de predisposição para a mudança, está presente em qualquer pessoa, refletindo-se em todas as vertentes da sua vida. As mesmas autoras referem que, a motivação é um acontecimento omnipresente da interação entre a pessoa e o profissional de saúde e que as alterações nos mecanismos motivacionais poderão estar implicadas na evolução de determinadas doenças crónicas. Para Tomás et al. (2020) deve considerar-se a motivação como um dos primeiros pontos de ligação da intervenção de enfermagem uma vez que, sem esta, a ação da pessoa torna-se impossível, tendo em conta que a mudança esperada deve iniciar-se pelo próprio não podendo ser produzida sem tomada de consciência e vontade real da sua parte. A pessoa está muitas vezes apática e sem energia e por isso é fundamental a intervenção do enfermeiro como forma de apoiar a pessoa a sustentar a sua ação em motivos reais. A motivação implica o envolvimento da pessoa, de continuar a aderir a uma estratégia específica de mudança ou comportamento, não devendo ser considerada como um traço de personalidade, mas sim um estado de vontade de mudar, que varia no tempo e mediante a situação (Jungerman e Laranjeira, 1999). McCarron et al. (2019) consideram que, na prática clínica, uma alteração na motivação traduz-se num estado de ambivalência e passividade decorrente de uma decisão que deve ser tomada, por exemplo, perante um projeto terapêutico. A motivação tem um papel muito importante na adesão terapêutica, envolvendo-se com a abordagem clínica e, por consequência, com o prognóstico da doença. Para Nunes e Castro (2011) a ambivalência é o conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes. Para Tomás et al. (2020) trata-se de uma interação dinâmica entre o indivíduo e a situação, onde existe o que se designa por motivação flutuante, em que a pessoa deseja fazer algo em relação ao seu comportamento desadequado e situação negativa, mas ao mesmo tempo também não deseja fazer nada, mantendo a situação tal como está. A ambivalência é normal, mas é também um importante obstáculo motivacional, difícil de resolver, pois cada lado do conflito apresenta os seus benefícios e os seus custos, devendo ser modificada trabalhando as motivações e valores intrínsecos do indivíduo.

Nos cuidados de saúde primários o estado motivacional da pessoa que recebe cuidados mostra-se de grande importância pelo papel que tem na abordagem das doenças, nomeadamente das crónicas. Na maior parte destas doenças, a mudança comportamental (como hábitos alimentares e/ou de exercício físico) é tão importante como o cumprimento da terapêutica

prescrita. A implementação de mudança de comportamento não se reflete num resultado visível a curto prazo para a pessoa, pelo que é necessária a existência de uma elevada motivação intrínseca, para se manter o projeto terapêutico com benefício a longo prazo (Correas, 2019). Medeiros e Teixeira (2022) referem que a análise conjunta do projeto terapêutico com a pessoa é útil no sentido de determinar a sua utilidade e exequibilidade. Segundo Lie et al. (2017), quanto menos específico e personalizado é o plano terapêutico, menos motivação há por parte do indivíduo em cumpri-lo. Segundo Soares e Camargo (2007) quanto mais auto responsabilizados as pessoas estiverem pelo seu processo terapêutico, melhores serão os resultados alcançados. Para Guidetti e Martinelli (2017), tanto a motivação como o suporte familiar são pilares importantes no desenvolvimento de crianças e jovens, atuando como propulsores ou inibidores do seu crescimento físico intelectual e social. O suporte família, considerado como motivação extrínseca, está relacionado com a satisfação de necessidades de auto-estima sendo a sua existência muito importante (Próspero et al., 2012)

O Modelo de Entrevista Motivacional (EM), desenvolvido na década de 80, foi o primeiro a demonstrar o dinamismo modificável do estado de motivação. A sua eficácia foi demonstrada na promoção da adesão de pessoas com patologias crónicas e de pessoas com perturbações de uso de substâncias (Miller, 1983). O método tem como principal objetivo predispor o indivíduo para a mudança, intervindo na ambivalência enquanto fator de inércia de motivação (Miller, 1983).

Em paralelo à EM foi desenvolvido em 1982 por Prochaska e DiClemente o Modelo Transteórico (MTT) que ilustra o dinamismo do processo de motivação, a sua mutabilidade e a possibilidade de avanços nas etapas e de recursos. O facto de o profissional poder categorizar o estado de mudança da pessoa e perceber a sua movimentação à luz do MTT confere-lhe a capacidade de controlo e previsibilidade das suas atitudes e a sua envolvência no processo terapêutico (Serebrenic, 2019). O MTT tem como base o conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar, passando a pessoa por diversos estadios, desde a ausência de consciência da situação até à mudança efetiva (Jungerman e Laranjeira, 1999).

O ciclo de mudança surge como modelo dinâmico que ajuda na interpretação da forma como ocorrem as mudanças comportamentais ao longo do tempo bem como a compreender o quanto a pessoa está disposta a mudar um comportamento de risco para outro considerado saudável ou sem risco, preservando a sua saúde (Nunes e Castro, 2011). O início do ciclo de mudança faz-se pela fase pré-contemplativa, em que a pessoa não considera a mudança, por não ter

consciência do comportamento que deve modificar, assim como da sua gravidade e implicação na sua vida. Rejeita a expectativa de mudança, considerando-se bem, sem qualquer problema, ou aceita os riscos associados aos seus comportamentos ou situação, assumindo a sua resistência à mudança ou o estado de negação. Nesta fase a pessoa está pouco ou nada sensível à mudança. Para que possa passar à próxima fase, muitas vezes é necessário que ocorram situações emocionalmente traumáticas ou a utilização de técnicas de comunicação que provoquem a dúvida a nível emocional, geradora de ambivalência (Jungerman e Laranjeira, 1999). Quando surge a consciência do problema, inicia-se a fase da contemplação que é caracterizada por um período de reflexão e de influência, em que a pessoa aceita que o comportamento ou situação que vivencia poderá não ser o mais adequado para atingir os seus objetivos de vida. A pessoa consciencializa-se do seu problema, não estando preparado para o alterar ou não sabe como o fazer, contemplando a mudança, mas rejeitando-a ao mesmo tempo. A constatação do problema pode ser um processo difícil e doloroso, podendo levá-lo a querer minimizar a sua importância, negar a sua existência ou recusar ajuda (Carrió, 2012). Após a aquisição da capacidade de entender a ambivalência e resolvida a mesma, com a consciência do conflito, transita-se para a fase de preparação, durante a qual a pessoa está pronto para mudar de comportamento assumindo um compromisso. Está consciencializado com o problema e envolvido na mudança. Tem um plano sobre como irá iniciar o processo de mudança e está a planear a mesma, apesar de poder ter dúvidas sobre as estratégias a adotar (Nunes e Castro, 2011). Na fase de ação, a fase seguinte, a pessoa implementa o processo de mudança alterando o comportamento indesejado, com a adoção do novo comportamento ou a abstenção do comportamento anterior, a pessoa vai manter-se na fase de manutenção, adotando um conjunto de estratégias para evitar a recaída (Nunes e Castro, 2011). Na recaída a pessoa abandona o comportamento benéfico para a saúde retomando o comportamento prejudicial. O processo de recaída não deve ser visto como um facto isolado, mas como um conjunto de processos cognitivos, comportamentais e afetivos, devendo ser encarada como uma fase de transição. A recaída faz parte do processo de mudança e muitas vezes é essencial para que a pessoa aprenda a recomeçar de forma mais consistente. Após a recaída pode retomar a fase de pré-contemplação, contemplação ou preparação, sendo que a retoma de todo o processo deve ser o mais breve possível (Jungerman e Laranjeira, 1999).

Medeiros e Teixeira (2022) consideram que a abordagem da motivação na prática clínica pode ser encarada sem sucesso se o conceito for tido como característica imutável e dependente apenas do controlo da pessoa. Contudo, a aprendizagem de técnicas de ativação motivacional

pelos profissionais de saúde dirige para estes um papel mais ativo na modificação de comportamentos da pessoa, uma vez que, o foco na motivação da pessoa pode promover a adesão a processos terapêuticos complexos, melhorando a sua qualidade de vida. Por outro lado, aumenta a satisfação do profissional e a qualidade dos cuidados de saúde.

Considerando que intervenção familiar pressupõe a circularidade, a intervenção individual por via da entrevista motivacional terá o seu reflexo no sistema familiar e nos seus subsistemas (Simões, 2000). É importante esta intervenção ser realizada por enfermeiros especialistas na área de enfermagem de saúde familiar, uma vez que detêm o conhecimento e as competências necessárias à avaliação e intervenção familiar.

3.2.1 Processo formativo

Para responder ao objetivo específico desta competência foi elaborado um instrumento a fim de averiguar o diagnóstico das necessidades formativas em EM. Posteriormente foi construído e implementado um plano formativo, com os respetivos objetivos, metodologia e conteúdos a apresentar à equipa de enfermagem. No final foi possível apurar os resultados da formação e avaliar os mesmos em termos de aquisição de conhecimento e mudança de prática.

A – Participantes e diagnóstico das necessidades formativas no âmbito da EM

Num primeiro contato foi possível caracterizar os elementos participantes por idades (Gráfico 2).

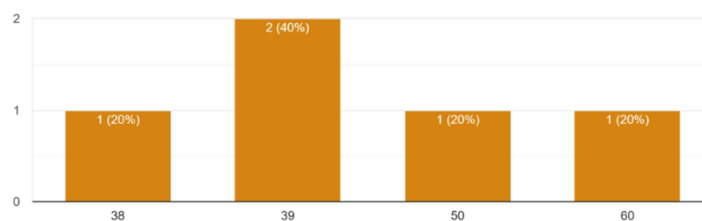


Gráfico 2- Distribuição das idades dos elementos da amostra

O quadro 2 explicita os graus académicos das enfermeiras. Das quatro que possuem especialidade, três são especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e uma em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Quadro 2 - Dados de caracterização

Formação Académica		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Grau académico	Bacharelato	1	20
	Licenciatura	2	40
	Mestrado	2	40
Especialidade (pela OE)	Sim	4	80
	Não	1	20
Formação em Enfermagem de Saúde Familiar	Sim	4	80
	Não	1	20

Em relação à formação específica na área de Enfermagem de Saúde Familiar, uma enfermeira teve uma unidade curricular inserida na especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária, outra enfermeira, durante um ano letivo no âmbito da mesma especialidade, noutra escola e

outra fez parte de um grupo de trabalho que deu origem ao MDAIF e por último, uma colega é detentora da pós-graduação em Enfermagem de Saúde Familiar.

Relativamente ao grau de motivação em relação à formação em EM, a maioria das participantes encontram-se motivadas apresentando um grau entre 6 e 7, numa escala de 1 a 7, onde 1 é pouco motivada e 7 é muitíssimo motivada. (Gráfico 3).

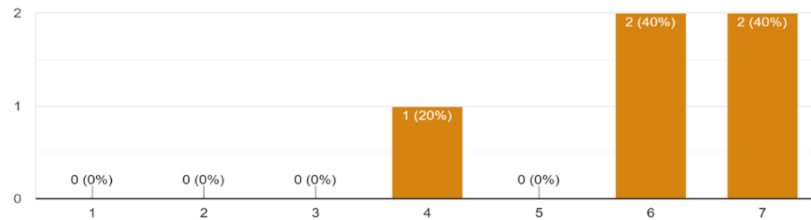


Gráfico 3- Grau de motivação em relação à formação sobre Entrevista Motivacional

Em relação ao grau de concordância com a afirmação: “Ajudar a pessoa a mudar o seu comportamento é função do enfermeiro?” a maior parte das participantes, quatro (80%), estão de acordo com a afirmação (Gráfico 4).

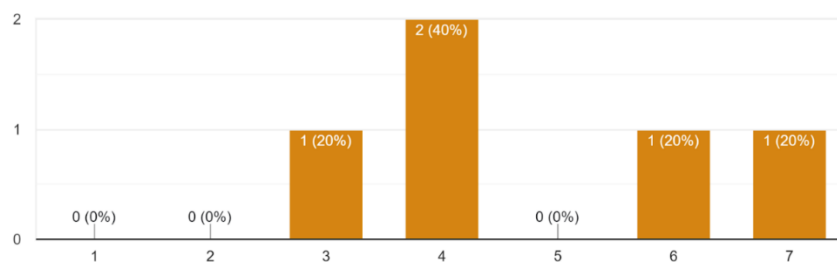


Gráfico 4- Grau de concordância com a afirmação: “Ajudar a indivíduo a mudar o seu comportamento é função do enfermeiro?”

B – Objetivos

O plano formativo (ANEXO V) teve como objetivos principais, avaliar os conhecimentos existentes em relação à temática, ensinar sobre as diferentes fases que constituem a EM,

referindo as estratégias adequadas a cada uma das fases e no final perceber se aumentou o conhecimento das participantes e se este foi traduzido em comportamento.

C – Instrumentos de colheita e análise de dados

Para que fosse possível as colheitas de dados foram construídos três questionários a ser aplicados em três momentos específicos: antes da formação (ANEXO VI), após a formação no imediato (ANEXO VII) e após a formação após duas semanas (ANEXO VIII). No primeiro questionário foram colhidos dados de caracterização dos elementos participantes, nomeadamente a idade, a formação académica e a formação na área da enfermagem de saúde família, e o nível de concordância e motivação de abordar o tema. Foi também colhida informação sobre o grau de conhecimento da temática, no que diz respeito ao seu conceito e características. No segundo questionário foi replicada a avaliação de conhecimento sobre a EM feita no primeiro questionário. No terceiro questionário foi solicitado que dessem um exemplo em que tivessem posto em prática os conhecimentos adquiridos na formação.

D – Procedimentos de colheita e análise de dados

Com a aplicação do primeiro questionário pretendeu-se caracterizar os elementos que integram a equipa de enfermagem onde é realizado o estágio e avaliar o nível de conhecimento sobre a temática escolhida. No segundo momento foi aplicado o mesmo questionário para avaliar o conhecimento adquirido imediatamente após a formação. No terceiro questionário foi solicitado que desse um exemplo da sua prática onde tenham utilizado os conhecimentos adquiridos com a formação

Para o procedimento de análise de dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Esta técnica permite a descrição dos conteúdos dos dados e a sua análise, fazendo inferências para o seu contexto (Bardin, 2016), através da avaliação da frequência da presença das unidades de análise.

E – Resultados

No momento de diagnóstico das necessidades formativas, as dificuldades que as colegas mencionaram na ajuda à pessoa para encetar mudanças de comportamento são: “a motivação, a dificuldade, a pessoa não estar aberta para a mudança de comportamentos, a influência do contexto familiar, social e cultural, a iliteracia em saúde”. Neste aspeto será importante esclarecer que a intervenção dos enfermeiros à pessoa será trazê-la para um processo de ambivalência de forma que a própria se inicie no processo de mudança. Para isso importa ter presentes as diferentes fases que o processo de mudança inclui, de acordo com o enquadramento teórico.

Quando questionadas em que é que consiste a Entrevista Motivacional, as enfermeiras definiram-na como um método ou contacto com a finalidade de promover estratégias ou incentivar a motivação interna facilitando a mudança de comportamento.

Relativamente às fases da EM três participantes desconhecem-nas, enquanto as outras colegas referenciam quase todas as fases, uma não mencionou a preparação e outra não mencionou a prevenção da recaída. Este é um dos tópicos em que deve incidir a formação tendo em conta o nível de conhecimento.

Os termos referidos quando solicitada a identificação de um aspeto fundamental das fases da EM foram de encontro à definição de EM nomeadamente: “motivação pessoa /profissional”; “valorizar as mudanças”; “autodeterminação da pessoa” e a “autoeficácia”.

Como objetivos da EM as enfermeiras consideram ser a alteração de comportamentos (2); promoção da autonomia do indivíduo na gestão da saúde e doença (1); melhorar a saúde (1) e ajudar a pessoa a iniciar e manter uma ação que confere ganhos à sua condição de saúde (1).

As situações identificadas pelas enfermeiras nas quais deve ser utilizada a EM são “sempre que haja necessidade de alterações de estilos de vida” (2), “sempre que existe uma situação de saúde que pode ter evolução positiva com a mudança/manutenção de um determinado comportamento da pessoa” (2) e “sempre que o profissional de enfermagem está perante um indivíduo/família” (1). Considerando que todos os momentos de contacto são oportunidades de intervenção a EM deve ser utilizada na presença de um comportamento que possa ser nocivo e que dependa da intervenção da pessoa para ser alterado.

Relativamente às estratégias que integram a EM as participantes consideram ações como: “ouvir, sugerir, ensinar” e também, utilizar “perguntas abertas, reforço positivo, fazer a avaliação do conhecimento, das forças e dificuldades para a ação”. Todos os aspetos estão integrados na utilização da EM como estratégia promotora da mudança, centrada no indivíduo e na sua motivação intrínseca.

De acordo com as necessidades que emergiram da colheita de dados foi necessária formação sobre o conceito de EM, as fases que a constitui e as estratégias inerentes a cada uma delas.

Após a formação, aquando da avaliação dos conhecimentos, quando questionadas sobre em que consiste a EM a definição foi bastante mais elaborada. Mencionaram que se trata de uma “intervenção individual para levar à mudança de comportamento” (3), “que se relaciona com a motivação da pessoa na sua capacidade de realização de um objetivo específico” (2).

Em relação às fases da EM referiram que são seis etapas distintas: “pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e prevenção de recaída” (3) e cinco: “pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção” (2). Não ficou claro para duas enfermeiras a última etapa da EM a prevenção da recaída.

Em relação aos aspetos fundamentais dos estadios da EM as enfermeiras foram consensuais e mencionaram que na fase da “pré-contemplação, a pessoas não têm noção do problema ou comportamento a mudar” (2), “na contemplação a pessoa pensa na mudança, tem noção do comportamento mas não sabe como mudar” (2), “na preparação, está preparado para mudar, sabe quando e define metas” (2), “na ação, a pessoa efetua o comportamento, na manutenção, tem noção que pode recair e evita retomar comportamentos anteriores” (2). Afirmam ainda que “deve ser estabelecida uma relação de empatia com a pessoa para que ela não se sinta em nenhum momento, julgada” (1).

Quando questionadas sobre os objetivos da EM afirmaram que esta pretende a “alteração de um comportamento prejudicial” (1) e “aumentar a motivação da pessoa para a mudança” (4).

Referiram que a EM deve ser utilizada “sempre que haja um comportamento passível de mudança sem consciência das suas consequências” (3) ou mesmo “quando há consciência” (1) ou “esta é necessária e benéfica” (1).

Quando questionadas sobre as estratégias que integram a EM referiram o “uso de questões reflexivas” (1), “a projeção no futuro” (2), “a não emissão de juízo de valor, devolvendo à pessoa o que ela disse, com atenção ao tom de voz” (3).

Após a análise e comparação de todas as respostas, entre a primeira avaliação e a efetuada após a formação, constatou-se um incremento no conhecimento das enfermeiras. Estas demonstraram terem-se apropriado dos conhecimentos abordados na formação, nomeadamente na identificação das fases e no uso das estratégias da EM.

Na avaliação da alteração da prática, através de questionário, foi feita uma descrição de um caso onde tivessem sido aplicados os conhecimentos adquiridos na formação, demonstrado assim a aplicabilidade dos mesmos e a alteração de atuação da enfermeira. Esta análise de dados é feita através da linguagem utilizada, nomeadamente dos conceitos associado ao tema e da descrição das estratégias adotadas no caso descrito. Este questionário pretendia que a enfermeira descrevesse um caso em que aplicou o conhecimento adquirido na formação, fazendo uma síntese do caso, com a apresentação do diagnóstico e aplicação da entrevista motivacional e os respetivos resultados.

Exemplo 1

“Pessoa de 48 anos com índice de massa corporal 30, hemoglobina glicada de 6 mg/dl”.

Refere que quer perder peso, mas gosta de comer, já teve índice de massa corporal de 40 esteve a fazer Ozempic parou por se encontrar esgotada e também porque fica nauseada.

Gosta de comer bem.

Encontra-se na fase (contemplação) tentou justificar todas as dificuldades para pôr em prática a mudança nos comportamentos alimentares (exemplo horário de trabalho e outros) após a sugestão de estratégias.

Ficou marcada uma consulta telefónica dentro de 15 dias para nova avaliação da motivação intrínseca.”

Através da análise deste caso posso constatar que há a demonstração de conhecimentos, nomeadamente na identificação da fase da entrevista motivacional e dos aspetos que a

caracterizam, como é o caso da presença de ambivalência, onde a pessoa põe na balança decisional os prós e contras da mudança de comportamento.

O facto de a enfermeira conseguir promover a ambivalência da pessoa leva-a à consciencialização do que pode mudar e em que medida. Faz parte da intervenção acompanhar o processo dando tempo à pessoa para refletir sobre a sua autoeficácia.

Exemplo 2

“Pessoa 42 anos, obeso, nesta consulta está na fase de preparação. Tem conhecimento sobre estilos de vida saudáveis, define metas e estabelece a altura para começar.”

Analisando este caso, constato que a enfermeira tem conhecimento sobre a fase, identificando-a, assim como as suas características específicas. Infero que houve um trabalho prévio com esta pessoa para que, tendo em conta a sua condição, possa ter chegado o momento de alterar os seus comportamentos, adquirindo comportamentos concordantes com o estilo de vida saudável, com a definição de metas e o estabelecimento de data para o seu início.

Exemplo 3

“Pessoa de 46 anos, fumador há cerca de 26 anos de 20 cigarros/dia com antecedentes de HTA, excesso de peso, dislipidemia, DM tipo 2”.

No final da primeira consulta a pessoa estava comprometida com a mudança e foram criadas, em conjunto, estratégias para a mudança, ou seja, passamos para a fase de preparação e foi definido o dia da ação (dia D). Efetuado um contacto telefónico antes do dia D. Na consulta seguinte, pessoa refere que tinha cessado o consumo. Reforço positivo e estratégias para a manutenção do comportamento.”

Considerando a intervenção da enfermeira, verifico que esta possui o conhecimento necessário para ajudar a pessoa na melhoria da sua motivação intrínseca no sentido de alterar eficazmente o comportamento nocivo, traduzindo-se na melhoria da saúde da pessoa. Tem conhecimento

sobre as fases do processo, identifica características da mesma e implementa estratégias conducentes à próxima etapa.

Todos os resultados foram apresentados à equipa de forma a dar conhecimento de todo o percurso formativo e da preciosa colaboração por parte dos elementos da equipa de enfermagem. Verificou-se que houve ganhos em termos de conhecimento e mudança de comportamento como foi possível perceber pelos exemplos relatados pelas profissionais, uma vez que conseguiram integrar os novos conhecimentos e colocá-los em prática, que consequentemente se traduzem em ganhos em saúde das famílias e dos seus membros.

4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este relatório pretendeu descrever todas as atividades desenvolvidas no contexto da prática, de forma a refletir os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o mestrado, aos objetivos inicialmente propostos no que diz respeito à aquisição de competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados no contexto da enfermagem de saúde familiar, à consolidação da capacidade de incorporar a prática clínica no que respeita às competências clínicas diferenciadas e avançadas.

Toda a experiência prática possibilitou vivenciar diversas situações que tornaram possível a recontextualização de saberes, tendo como eixo estruturante a articulação entre a teoria e a prática, a consolidação de conhecimentos, o desenvolvimento do pensamento sistemático e crítico-reflexivo baseado na evidência científica.

Na competência sobre o cuidado da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, utilizando o MDAIF e a sua matriz operativa, foi possível uma abordagem abrangente à família e às relações que os seus elementos têm entre si, assim como uma relação mais próxima entre mim e as famílias. Os momentos de partilha em consulta foram muito importantes para o estabelecimento de uma relação terapêutica e conseqüentemente, o sucesso da mesma. Permitiu compreender a importância da família, com as suas diferentes configurações e particularidades, como unidade de cuidados através do estabelecimento de uma relação terapêutica articulada com a família no sentido da promoção da saúde familiar e individual e prevenção de complicações associadas à doença crónica. Possibilitou o desenvolvimento de competências e habilidades de avaliação e intervenção familiar, com o treino e a utilização de instrumentos de avaliação familiar, nomeadamente a escala de Graffar, a escala FACES II e o APGAR familiar de Smilkstein, identificando as forças e recursos das famílias. A utilização de técnicas de avaliação e intervenção sistémica, nomeadamente, a utilização de questões reflexivas “como se sentem em relação a esta mudança?”, a utilização de rituais terapêuticos, “sugiro caminhada três vezes por semana com a mãe”, a externalização do problema “esta condição é uma doença e não é uma característica que define o individuo”, a conotação positiva “ como tem visto pelo decorrer do

tempo, é capaz de mudanças positivas” ou a metáfora “imagine uma linha de montagem de um automóvel: cada um tem o seu papel na construção daquele produto. Numa família é o mesmo, todos contribuem para que cada um dos seus membros se construa e todos tem um papel importante”, permitiu promover mudanças positivas. Permitiu o acréscimo de conhecimento para o desenvolvimento de atividades de modo a consciencializar os membros da família sobre as opções de estilo de vida saudável e os efeitos nos restantes membros e em todo o sistema familiar. Fomentou a capacidade de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família. A prática clínica permitiu adquirir as competências específicas nesta área de estudo nomeadamente no estabelecimento da relação com as famílias para promoção da saúde, com as consultas realizadas, a colheita de dados pertinentes para o estado da saúde da família, através da utilização das técnicas e instrumentos acima descritos, a obtenção de dados que permitam uma intervenção direcionada e eficaz na promoção do bem-estar da família, com a elaboração dos planos de cuidados acima, parcialmente, mostrados. Nos cuidados prestados aos membros da família, foi identificada uma doença prevalente, a obesidade, com grande relevância nos indivíduos com menos de 18 anos e identificadas as famílias nesta condição, foram estabelecidas as respetivas relações terapêuticas com as mesmas, colhidos os dados pertinentes sobre o seu estado de saúde, monitorizados as respostas e desenvolvida a intervenção adequada.

Na competência dos processos de intervenção no âmbito da saúde familiar foi possível promover a formação e a prática profissionais com a equipa de enfermagem, contribuindo para a apropriação de novos conhecimentos que na prática potencia a eficácia da intervenção de enfermagem, como foi no caso, a EM, promotora do comportamento de adesão. A formação realizada com a equipa de enfermagem, sobre a entrevista motivacional, foi bastante profícua, uma vez que possibilitou a consolidação de conhecimentos em relação à temática apresentada, através da pesquisa bibliográfica, e a satisfação perante o *feedback* dos elementos presentes. Permitiu a evolução em termos de conhecimento de análise dos dados colhidos e contribuiu para a formação dos elementos da equipa de enfermagem da USF, que se mostrou colaborante, tendo em conta que mediante os dados apresentados houve aumento do conhecimento sobre o tema e mobilização desses conhecimentos em consulta, uma vez que houve elementos de enfermagem capazes de documentar uma consulta nesse âmbito.

No que diz respeito aos registos no sistema informático, tive a oportunidade de identificar que existia uma limitação informática que impedia o registo dos dados colhidos em consulta nas

famílias, isto é, sempre que se tentava o registo na família, o sistema informativo bloqueava e não permitia a gravação dos dados, obrigando a novo login. Em articulação com a equipa de enfermagem, foi reportado aos serviços informáticos. Até terminar a componente clínica não tinha sido resolvido, o que limitou os registos na família.

Para além destas atividades, pude também participar em reuniões formativas, nomeadamente sobre o cuidador informal e sobre o procedimento em caso de incendio, oportunidades, muito importantes para a minha prática diária como profissional de saúde. Durante o decorrer da componente clínica pude participar em dois eventos organizados pela instituição, um de sensibilização das dificuldades que sentem as pessoas portadoras de mobilidade reduzida, importante para que os profissionais de saúde estejam despertos para as dificuldades que muitos indivíduos possuem, mostrando que ao estarem sensibilizados para a temática podem prestar cuidados mais humanizados e mais eficazes. Outra atividade assistida foi uma sessão de esclarecimento de dúvidas sobre a aplicação do guia de diagnóstico de desenvolvimento organizacional nos cuidados de saúde primários, que proporcionou grandes contributos para o enriquecimento profissional, uma vez que, foi possível o esclarecimento de duvidas sobre a aplicação do guia, o que permitirá uma melhor resposta ao que a entidade central gestora dos cuidados de saúde primários pede no que diz respeito à documentação de gestão, suporte e acesso das unidades de saúde.

CONCLUSÃO

No decorrer da componente clínica houve a oportunidade de desenvolver várias atividades nomeadamente, a caracterização do contexto onde este decorreu, a análise dos indicadores de saúde e desempenho da unidade, a caracterização de uma pequena amostra aleatória das famílias que acederam aos cuidados na unidade e daí perceber qual seria uma das áreas de interesse e intervenção, a formação desenvolvida com a equipa de enfermagem, o contato com as famílias, o conhecimento de outra realidade diferente do local onde exerce funções e conhecimento da dinâmica de outra equipa de saúde. A componente clínica permitiu o desenvolvimento das competências específicas do EEECESF pelo contato e intervenção em parceria com as famílias e com a equipa de enfermagem da unidade.

A importância da intervenção em famílias com elemento portador de obesidade e a possibilidade de se poder replicar a avaliação realizada são consideradas forças deste projeto uma vez que poderá não estar a ter a merecida atenção por parte não só dos profissionais, mas também por parte das famílias que recebem cuidados, como vimos acima, que não estão despertas para considerar a obesidade como uma doença crónica.

No que se refere à atividade formativa desenvolvida seria interessante que a formação sobre técnicas e abordagens terapêuticas, nomeadamente sobre a EM, fossem uma preocupação dos serviços de formação dos locais de trabalho e que houvesse investimento desta área para que os cuidados prestados fossem otimizados e mais eficazes, uma vez que os resultados que podem surgir da sua utilização mostram ser uma mais valia no desenvolvimento da prática profissional, uma vez que promove comportamento de adesão.

A componente clínica permitiu desenvolver a análise crítica acerca do processo de aquisição, mobilização e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEECESF, assim como, validar as condições necessárias para a obtenção do grau de mestre.

As aprendizagens realizadas certamente contribuirão de forma muito significativa para a qualidade do desempenho profissional, pois as competências e conhecimentos adquiridos de acordo com o perfil de competências do EEECESF serão o motor para novos saberes ao longo do

percurso laboral, uma vez que o conhecimento produzido será incluído na prática do cotidiano, no sentido de poder colaborar com as famílias na promoção da sua saúde e prevenção de doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central dos Sistemas de Saúde - ACSS. (2023). *Modelos organizacionais*. <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAdede/CSa%C3%BAdedePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdedePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>
- Ahumada, L.R., & Cochoy, L.F. (2008). Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. *Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica clínica*, de A. Martín Zurro e J. F. Cano Pérez. Vol. I, Parte I (5), nº 6, 89-106. Barcelona: Elsevier España, SL.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares-Uma visão sistémica* - 3ª edição. Coimbra: Quarteto Editora
- Alli, L.R., Mattos, A.P., Halpern, R., Bergmann, M. L., Costanzi, C. B. & Rech, R. R. (2007). Obesidade Infantil e Fatores Psicossocioculturais. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*. <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/24>
- Alves, C. R. L., & Viana, M. R. A. (2003). *Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes*. Coopmed.
- Andolfi, M. (1981). *A Terapia Familiar*. Lisboa: Editorial Veja.
- Andrade, T. M., Moraes, D. E. B., & Ancona-Lopez, F. (2014). Problemas Psicológicos e Psicodinâmicos de Crianças e Adolescentes Obesos: Relato de Pesquisa. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 34. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100010
- Araújo, I., & Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência*, 95-102.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Almedina Brasil.
- Barros, L. (2010). *Família, Saúde e Doença: a intervenção dirigida aos pais*. Politécnico de Lisboa.
- Bertoletti, J., & Garcia-Santos, S. C. (2012). Avaliação do Estresse na Obesidade Infantil. *PSICO*. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11091/7616>
- Bilhete Identidade Cuidados de Saúde Primários – BI CSP. (2022). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/relatoriosatividade/Paginas/default.aspx>

- Bomfim, N. F., Guilherme, C. S., Saito, J. A., & Montezani, E. (2016). Obesidade Infantil: Principais causas e importância da intervenção nutricional. *Revista Catussaba*, Universidade Potiguar. <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/1243>
- Brotto, A. & Guimarães, A. (2017). *A Influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas*. Psicologia Hospitalar.
- Bruch, H. (1977). A importância do excesso de peso. In: *Collip, P.J (Org.) Tratamento da criança obesa*. 83-90. São Paulo: Manole.
- Burgos, P., Costa, W., Bombig, M., & Bianco, H. (2014). A obesidade como fator de risco para a hipertensão. *Revista Brasileira Hipertensão* vol. 68-74.
- Camargo, A. P. P. M.; Azevedo, B. A., & Antonio, M. A. R. M., (2013). A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciência e Saúde Coletiva* 323-333
- Cardoso, A. & Carvalho S. (2023). *Aplicação do Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar na Prática Clínica: estudo de caso*. Atena Editora.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. (2ª Ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Carrió, F. (2012). *Entrevista Clínica: Habilidades de comunicação para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Casaca, R. (2018). *A obesidade Infantil*. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- César, A. (2008). *A externalização do problema e a mudança de narrativas em terapia familiar com crianças*. <https://dulwichcentre.com.au/a-externalizacao-do-problema.pdf>
- Coelho, H. & Pires, A. (2014). *Relações familiares e comportamento alimentar*. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100006>
- Conselho Internacional de Enfermeiros - ICN. (2000). *CIE e a Mobilização dos Enfermeiros para a Promoção da Saúde*. Lisboa: OE.
- Coradini, A., More, C. Scherer, A. (2017). Obesidade, família e transgeracionalidade: uma revisão integrativa da literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, n. 58 17-37.
- Correas L. J. (2019). *Prazer e recompensa: os mecanismos da motivação*. Atlântico Press.
- Coslin, Pierre G. (2009). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Crossman, A., Sullivan, D. A., & Benin, M. (2006). The family environment and American adolescents' risk of obesity as young adults. *Social Science & Medicine*, 63, 2255-2267.
- Delage, M. (2015). *La Resiliencia Familiar*. Gedisa.
- Dessen, M. A., & Costa Júnior, A. L. (2005). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Artmed.

- Dias, F. (2001). *Sistemas de Comunicação de Cultura e de Conhecimento. Um Olhar Sociológico*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Direção Geral da Saúde - DGS. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*.
- Direção Geral da Saúde - DGS. (2008). *Missão para os Cuidados de Saúde Primários*.
- Direção Geral da Saúde – DGS. (2013). *Avaliação antropométrica no adulto*. . Lisboa, Portugal: MS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde – DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. . Lisboa, Portugal: MS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção Geral da Saúde – DGS. (2013). *Relatório de caracterização da oferta curricular no ensino pré-graduado dos profissionais de saúde em prevenção e controlo do tabagismo*. Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo. Lisboa, Portugal: MS.
- Direção Geral da Saúde – DGS. (2016). *Processo Assistencial Integrado da pré-obesidade no Adulto*. Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde – DGS. (2022) . *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022 -2030*. Ministério da Saúde.
- Doherty, W.A. & Campbell T.L. (1988). *Families and Health*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Duarte, V. & Monteiro, E. (2017). Impacto da doença crónica e as estratégias de coping na adaptação familiar. *Cuid'art – Revista de Enfermagem*
- Duré, M. L., Schwanke, N. L., Borges, T. S., Burgos, M. S., Garcia, E. L., & Krug, S. F. (2015). A obesidade infantil: Um olhar sobre o contexto familiar, escolar e da mídia. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6072>
- Elsen, I., Althoff, C., & Manfrini, G. (2001). *Saúde da Família: Desafios Teóricos*. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. Vol. 3 89 – 97.
- Feldmann, L. R. A., Mattos, A. P., Halpern, R., Rech, R., Bonne, C.C., & Araújo, M. B. (2009). Implicações Psicossociais da Obesidade Infantil em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade serrana do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/151>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do Cuidar*. Lusociência.
- International Family Nursing Association. (2017). *Position statement on advanced practice competencies for family nursing*. IFNA
- Instituto Nacional de Estatística – INE. (2020). https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUI

SAR&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_texto=obesidade&frm_imgPesquisar=

- Instituto Nacional de Estatística – INE. (2021). https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008044&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2022). *Estado de Saúde. Rendimento e condições de vida 2021*.
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(2), 7–20. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>
- Figueiredo, M. (2008). Cuidar a Família: dos Conceitos às Representações. *Sinais Vitais*, 50-55.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Repositório da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. H., Madeira, A. C., Reis, A. M., Santos, M. I., Santiago, M. C., Ferreira, M. M., & Dias, H. M. (2022). Aprendizagem do cuidar a família na comunidade: Usabilidade do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21073. <https://doi.org/10.12707/RV21073>
- Figueiredo, M., Vilar, A., Mendes, A., Carvalho, D., Marques, E., Madureira, I., Rocha, C., Viseu, I., Pinho, J., Soares, L., Reis, L., Garrido, L., Silva, M., Peixoto, M.J., Ferreira, M., Gomes, M., Barbosa, M., Oliveira, P., Freire, R., ... Brito, T. (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso*. Sabooks Lusodidacta.
- Freire, L. (2020). *Terapia Familiar: Múltiplas abordagens com casais e famílias*. Editora Appris.
- Friedman, M. M. (1998). *Family Nursing: Theory and Practice* (3rd Ed.). Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange.
- Frontzek, L. G. M.; Fernandes, M. M., & Gomes, M. E. J. (2014). A multidisciplinary treatment for morbid obesity: Therapeutic experience with groups. *Psychology*, 5, 875-885.
- Frontzek, L., Bernardes, L., & Modena, C. (2017). Obesidade Infantil: Compreender para Melhor Intervir. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, vol. XXIII, núm. 22 167-174. Brasil.
- Guidetti, A. A., & Martinelli, S. de C. (2017). Percepções Infantis: Relações entre Motivação Escolar e Suporte Familiar. *Psico-USF*, 22(3), 515–525. <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220311>

- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.
- Hemmingsson, E. (2018). Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication. *Current Obesity Reports* 204-209. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29704182>.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *WONG - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (Tradução da 9.ª Edição). Mosby Elsevier.
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., Urkia--Etxabe, J. M., & Asurabarrena-Iraola, C. (2014). Implementation of the nursing process in a health area: Models and assessment structures used. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 772-777. doi:10.1590/0104-1169.3612.2479
- Jingxiong, J., Rosenqvist, U., Huishan, W., Greiner, T., Guangli, L., & Sarkadi, A. (2007). Influence of grandparents on eating behaviors of young children in Chinese three-generation families. *Appetite*, 48, 377-383.
- Jungerman, F.; & Laranjeira, R. (1999). *Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (5), 197-207.
- Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D. K., St. George, S. M., Lawman, H., Segal, M., & Fairchild, A. (2010). *The Integration of a Family Systems Approach for Understanding Youth Obesity, Physical Activity, and Dietary Programs*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 231-253.
- Lancaster, J., & Stanhope, M. (1999). *Enfermagem comunitária – promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (7.ª Ed.). Lisboa: editora Lusociência.
- Lemes, S. O. (2004). *Acompanhamento da obesidade na infância e adolescência. Atualização em obesidade na infância e adolescência* 85-96. São Paulo: Atheneu.
- Lemos, S. (2019). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros, em contexto pediátrico*. ESEP, Porto.
- Lie, S.S., Karlsen, B., Oord, ER, Graue, M., & Oftedal, B. (2017). *Abandono de uma intervenção de eHealth para adultos com diabetes tipo 2: um estudo qualitativo*. *Journal of medical Internet research* , 19 (5), e187.
- Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., Liberatore Júnior, R. D. R., & Domingos, N. A. M. (2005). *Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas*. *Estudos de Psicologia*. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000300005
- Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., & Liberatore Júnior, R. D. R. (2010). *Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas*. Campinas. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000100005
- Machado, R. L.; Pellanda, L. C.; Viguera, E. R. S., & Ruschel, P. P. (2005). Obesidade Infantil Prevenção de Cardiopatia Isquêmica: Contribuições da Intervenção Psicológica em um Ambulatório de Referência no Sul do Brasil. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v8n2/v8n2a04.pdf>

- Martins, P., Santos, C., & Rasesa, E. (2013). *A terapia focada na solução e suas aproximações ao discurso construcionista social*. Estudos de Psicologia 30(1), 111-120.
- McCarron TL, Noseworthy T, Moffat K, Wilkinson G, Zelinsky S, White D. (2019) *Understanding the motivations of patients: a co-designed project to understand the factors behind patient engagement*. Health Expect. 22(4):709-20.
- McCubbin, M.A., & McCubbin, H. I. (1993). *Family coping with health crises: The Resiliency Model of Family Stress and Adaptation*. *Families, health and illness. Perspectives on coping and intervention* 21-63. New York: Mosby.
- McPhie, S., Skouteris, H., McCabe, M., Ricciardelli, L. A., Milgrom, J., Baur, L. A., & Dell'Aquila, D. (2011). Maternal correlates of preschool child eating behaviours and body mass index: a cross-sectional study. *International Journal of Paediatric Obesity*, 6(5/6), 476-480. doi:10.3109/17477166.2011.598937
- Medeiros, A. B., & Teixeira, J. (2022). Motivar a pessoa: um trunfo esquecido na adesão ao tratamento? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(3), 322–327. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i3.13325>
- Melo, V. L. C., Serra, P. J., & Cunha, C. F. (2009). Obesidade Infantil- Impactos Psicossociais. *Revista Médica de Minas Gerais*. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC S&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=564343&indexSearch=ID>
- Mello E. D., Luft, V. C., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. *Jornal de Pediatria*. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000400004&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Mendes, J., Bastos, R., & Moraes, P. (2019). Características psicológicas e relações familiares na obesidade infantil: uma revisão sistemática. *Revista SBPH*. Vol. 22 no. 2.
- Mendes, M. (2004). *Mudanças familiares ao ritmo da doença. As implicações da doença crônica na família e no Centro de Saúde*. Tese de Mestrado.
- Miller WR.(1983) *Motivational interviewing with problem drinkers*. *Behav Psychother*. 11(2):147-72.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento & Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miranda, J. M. Q., Palmeira, M. V., Polito, L. F. T., Brandão, M. R. F., Bocalini, D. S., Figueira Junior, A. J., Ponciano, K., & Wichi, R. B. (2015). Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. Privadas. *Revista Brasileira Medicina do Esporte*. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922015000200104&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Mishima, F. K. T., & Barbieri, V. (2009). *O Brincar Criativo e a Obesidade Infantil*. Estudos de Psicologia. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000300009

- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar Mapeamento de Indicadores. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/mapeamentoindicadores.pdf>.
- Mohareri, F., Norooziasl, S., Behdani, F., & Ghaemi, N. (2018). Evaluating of Psychiatric Behavior in Obese Children and Adolescents. *Iranian Journal of Child Neurology*, 26-36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5760671/>
- Monteiro, U. V., & Vieira, F. O. (2013). *Fatores desencadeadores de obesidade infantil*. Acervo de Iniciação Científica. <https://www.metodista.br/revistas/revistasizabela/index.php/aic/article/view/508>
- Moraes, P. M., & Dias, M. C. S. B. (2013). Nem só de pão se vive: a voz das mães na obesidade infantil. *Psicologia: Ciência e Profissão*. <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n1/v33n1a05>
- Nichols. M., & Schwartz, R. (2007). *Terapia Familiar: Conceitos e métodos* (7ª Edição). Artmed.
- Neves, P. M. J., Torcato, A. C., Urquieta, A. S., & Kleiner, A. F. R. (2010). *Importância do tratamento e prevenção da obesidade infantil*. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC S&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=619607&indexSearch=ID>
- Nogueira, M. (2003). *Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10572/7/6018_TM_01_P.pdf
- Nogueira, M. (2007). *A Família: Conceito E Evolução E Sua Importância*. Rio de Janeiro: Centro Universitário Jorge Amado. <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:5MKXsvP2zh4J:www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/18496-18497-1-PB.pdf>
- Nunes, S. & Castro, M. (2011). *Habilidades Motivacionais. Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento*. Londrina: EDUEL.
- Oliveira, A. M. A., Cerqueira, E. M. M., Souza, J. S., & Oliveira, A. C. (2003). Sobre peso e Obesidade Infantil: Influência de Fatores Biológicos e Ambientais em Feira de Santana, BA. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302003000200006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Oliveira, P., Figueiredo, M., Leite, C., Apóstolo, J. (2017). *As práticas dos enfermeiros de cuidados de saúde primários na avaliação familiar: contributos do processo formativo sobre o MDAIF*. Repositório da Escola de Enfermagem do Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Vol. I). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição N.º 01/2023 da mesa do colégio da especialidade de Enfermagem Comunitária - referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - OCDE. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2011). *Estratégia Global da OMS sobre Dieta, Atividade Física e Saúde*. OMS.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2022). *European Regional Obesity Report*. OMS.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2023). OMS. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/adolescent-health>.
- Otto, A. F. N. , & Ribeiro, M. A. (2012). Unidos em torno da mesa: a dinâmica familiar na obesidade. *Estudos de Psicologia*, 255-263.
- Peixoto, M. & Santos, C. (2009). Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos de saúde*, 2.
- Pinto, I., Wilkinson, S., Virella, D., Alves, M., Calhau, C., & Coelho, R. (2017). Anxiety, Family Functioning and Neuroendocrine Biomarkers in Obese Children. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, Portugal 273-280. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28555552>
- Próspero, M., Russell, A. C., & Gupta, S. V. (2012). Effects of motivation on educational attainment: Ethnic and developmental differences among first-generation students. *Journal of Hispanic Higher Education*, 11(1), 100-119. doi: 10.1177/1538192711435556
- Regulamento 122/2011 (2011). Diário da República: n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18, de 18 de fevereiro.
- Regulamento n.º 367/2015 (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República, 2.ª série — N.º 124 — 29 de junho de 2015.
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho da Ordem dos enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa.
- Regulamento Interno da USF. (2022).
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, C. (2007). Família, saúde e doença. O que diz a investigação? *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 23(3), 299–306. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10363>
- Ribeiro, D., Melo, A., Choupina, A. R., Figueiredo, M. H., & Pinto, M. (2021) Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade: estudo de caso. *Pensar Enfermagem*, Vol. 25, Nº1.

- Santos, A. M. (2003). O Excesso de peso da família com obesidade infantil. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 2. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/964>
- Savage, J. S., Fisher, J. O. & Birch, L. L. (2007). Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *JLME* 22-34.
- Schober, M., & Affara, F. (2001). *The Family Nurse: frameworks for practice*. International Council of Nurses.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa, Lidel.
- Serebrenic F, Lima DR (2019). Rumo aos 40 anos de entrevista motivacional: evolução da abordagem Mudanças *Psicologia e Saúde*. 27(2):45-52. Portuguese.
- Shankar S, Miller WC, Roberson ND, Hubley AM. (2019) Assessing patient motivation for treatment: a systematic review of available tools, their measurement properties, and conceptual definition. *J Nurs Meas*. 27(2):177-209.
- Silva, C. P. G., & Bittar, C. M. L. (2012). *Fatores Ambientais e Psicológicos que Influenciam na Obesidade Infantil*. https://www.researchgate.net/publication/290487341_Fatores_ambientais_e_psicologicos_que_influenciam_na_obesidade_infantil
- Simões, J. A. (2000). *Aspectos éticos da intervenção familiar*. https://www.mgfamiliar.net/MMGF/textos/21/32_texto.html
- Soares, J. C. R. de S., & Camargo Jr., K. R. (2007). *A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65–78. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832007000100007>
- Tassara, V., Norton, R. C., & Marques, W. E. U. (2010). Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Revista Paulista de Pediatria* 309-314.
- Tomás, C., Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Evidências em Saúde Mental: da concepção à ação*. Entrevista Motivacional. Instituto Politécnico de Leiria.
- Vale, E., & Pagliuca, L. (2011). Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1): 106-13.
- Whitney, E., & Rolfes, S. R. (2008). *Nutrição*, Volume 2: aplicações. (10a ed.). São Paulo: Cengage Learning.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: guia para avaliação e intervenção na família* (5a Edição). Roca.
- Zeller, M., H., Reiter-Purtill, J., Modi, A. C., Gutzwiller, J., Vannatta. K. & Davies, W. H.(2007). *Controlled Study of Critical Parent and Family Factors in the Obesigenic*

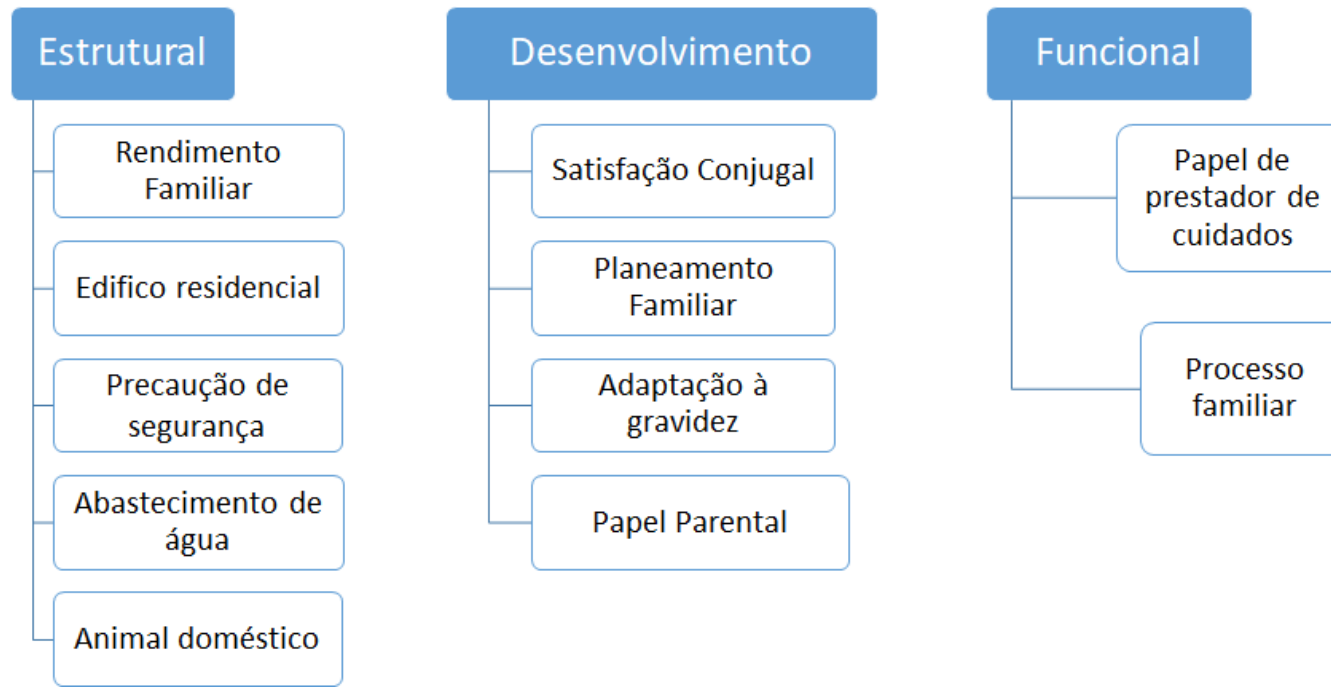
Environment. Obesity, 15(1),
<http://www.nature.com/oby/journal/v15/n1/abs/oby2007517a.html>

126-136.

ANEXOS

ANEXO I – MATRIZ OPERATIVA DO MDAIF

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



Dimensão Estrutural

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)

--



Dado avaliativo: Tipo de Família

Família nuclear		Coabitação	
Família reconstruída		Família Institucional	
Família monoparental		Comuna	
Monoparental liderada pelo homem		Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher		Alargada	

Dado avaliativo: Família Extensa

	Nome(s)	Parentesco(s)
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 intrarmédio								
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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	<ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ▲ ▼ 13	8 ▲ ▼ 10	4 ▲ ▼ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Dado avaliativo: Edifício Residencial

				Sim	Não		
Tipo	Barraca		Divisões	Cozinha			
	Habitação social			Sala			
	Apartamento			Quartos			
	Vivenda ou moradia			Casas de Banho			
	Outro (especificar)			Barreiras Arquitetônicas			
Tipo de aquecimento		Abastecimento de gás		Higiene da habitação		Sim	Não
Aquecedor a gás		Gás canalizado		Habitação espaçosa			
Aquecedor elétrico		Botija		Habitação Conservada			
Lareira		Nenhum		Ventilação			
Cobertor elétrico				Luz Natural			
Central							
Outro							
Nenhum							

Dado avaliativo: Abastecimento de água

		Contolo da qualidade da agua (rede privada)	
Abastecimento de agua	Não tem		
	Rede Pública	Sim	Não
	Rede Privada (poço)		
	Rede Mista		
Serviço de Tratamento de resíduos (Saneamento básico)	Rede Pública		
	Fossa Séptica		
	Não tem		

Dado avaliativo: Animal domestico		
	Sim	Não
Presença de animal doméstico		
Vacinação		
Desparasitação		

Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.):

Foco	Rendimento Familiar	
Juízo	Insuficiente	
	Não Insuficiente	
Critérios diagnósticos	<u>Rendimento Familiar Insuficiente</u> se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> e <u>Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares</u> <u>Não Demonstrado</u>	

Dimensões	Juízo	
Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares	Demonstrado	
	Não Demonstrado	

Rendimento Familiar Insuficiente	Intervenções Sugeridas	
	Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)	
	Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)	
	Promover a gestão do rendimento familiar	
<u>Atividades que concretizam as intervenções:</u>		

--

Avaliação de resultados das intervenções		Data	Data	Data	Data	Data
Rendimento Familiar Insuficiente						
Rendimento Familiar Não Insuficiente						
Foco	Edifício Residencial					
Juízo	Seguro					
	Não seguro					
	Negligenciado					
	Não negligenciado					
Critérios diagnósticos	Edifício residencial Não Seguro: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 (Escala de Graffar) e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro Não demonstrado Edifício residencial negligenciado: <ul style="list-style-type: none"> • 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 					

Dimensões	Juízo	
	Demonstrado	Não Demonstrado
Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro		
Conhecimento sobre governo da casa		
Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional		

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
<u>Edifício residencial Não Seguro</u>	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:		
Edifício residencial Negligenciado	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:		

Avaliação de resultados das intervenções		Data	Data	Data	Data	Data
Edifício residencial Não Seguro						
Edifício residencial Seguro						
Edifício residencial Negligenciado						
Edifício residencial Não Negligenciado						
Foco	Precaução de Segurança					
Juízo	Demonstrado					
	Não Demonstrado					
Critérios diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada se: <ul style="list-style-type: none"> • Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou • Utilização de gás doméstico Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento e/ou 					

	<ul style="list-style-type: none"> • Equipamento elétrico Sim e Conhecimento não demonstrado sobre manutenção de equipamento elétrico e/ou • Existência de Barreiras arquitetônicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas
--	---

Dimensões	Juízo	
	Demonstrado	Não Demonstrado
Conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento		
Conhecimento sobre utilização de equipamento		
Conhecimento sobre manutenção de equipamento elétrico		
Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas		

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
<u>Precaução de Segurança Não Demonstrada</u>	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:		

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
<u>Precaução de Segurança Não Demonstrada</u>					
<u>Precaução de Segurança Demonstrada</u>					

Foco	Abastecimento de Água				
Juízo	Adequado				
	Não Adequado				
Critérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado Se: <ul style="list-style-type: none"> • Utilização da água de rede privada para consumo humano e a família <u>NÃO</u> efetua o controle de qualidade e/ou • Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade e/ou • Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água 				

Dimensões	Juízo	
	Demonstrado	Não Demonstrado
Conhecimento sobre controlo da qualidade da água		
Conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água		

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
<u>Abastecimento de Água Não Adequado</u>	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:		

--

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
<u>Abastecimento de Água Não Adequado</u>					
<u>Abastecimento de Água Adequado</u>					

Foco	Animal doméstico
Juízo	Negligenciado
	Não Negligenciado
Critérios diagnósticos	<p>Animal doméstico negligenciado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Se Animal não vacinado</u> e/ou • Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou • Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade <ul style="list-style-type: none"> • <u>Se Animal não desparasitado</u> e/ou • Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou • Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade

Dimensões	Juízo	
	Demonstrado	Não Demonstrado
Conhecimento sobre vacinação do animal doméstico		
Conhecimento sobre serviços da comunidade		
Conhecimento sobre desparasitação de animal doméstico		

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
-------------	------------------------

<u>Animal Doméstico Negligenciado</u>	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:		

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
<u>Animal Doméstico Negligenciado</u>					
<u>Animal Doméstico Não Negligenciado</u>					

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	

Satisfação conjugal					
Dimensões	Sim	Não	Especificação (se Não)	CrITÉrios de diagnóstico	Juízo
Relação Dinâmica				Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens se situar no <u>NÃO</u>	Funcional
Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas					Disfuncional
Satisfação do casal com o tempo que estão juntos					
Comunicação				Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não Itens 1; 2: Não Itens 1; 2.; 3: Não	Eficaz
O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um					Não Eficaz
O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião					
Interação Sexual				Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não Itens 1; 2: Não	Adequada
Satisfação do casal com o padrão de sexualidade					Não Adequada
Função Sexual				Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim Item 1: Sim e Item 2: Não	Comprometida
Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais					Não Comprometida

Foco	Satisfação Conjugal	
Juízo	Mantida	
	Não Mantida	
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:		

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
<u>Satisfação conjugal não mantida</u>	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:		

--

Avaliação de resultados das intervenções				Data	Data	Data	Data	Data
<u>Satisfação conjugal não mantida</u>								
<u>Satisfação conjugal mantida</u>								
Planeamento Familiar								
Dimensões	Sim	Não	Especificação* (se Sim)	Critérios de diagnóstico		Juízo		
Fertilidade				Comprometida se: O casal deseja ter filhos e tem alterações na fertilidade e/ou um dos itens seguintes se situar no Não		Comprometida		
O casal planeia ter filhos/ mais filhos*								
Alterações na fertilidade do casal*								
Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial								
Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não		Não comprometida		
Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional								
Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não		Demonstrado		
Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez								
Uso de Contracetivo				Não adequado Se: Uso de contracetivo Sim e		Adequado		
Uso de contracetivo*			Qual:					
Interrupção do uso de contracetivo *			Motivo: Quando:					

Satisfação com o contraceptivo adotado				Um dos itens se situar no Não	Não Adequado
Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos					
Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência					
Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivos					
Conhecimento sobre Reprodução					
Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não	Demonstra
Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino					
Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino					
Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez					Não Demonstrado
Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes					
Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas					

Foco	Planeamento familiar	
Juízo	Eficaz	
	Não Eficaz	
Critérios diagnósticos	Planeamento Familiar Ineficaz <ul style="list-style-type: none"> • Se Fertilidade Comprometida e/ou; • Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado e/ou; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • 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:	

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
<u>Planeamento Familiar Não Eficaz</u>	Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos
	Ensinar/ Instruir o casal sobre contraceção de emergência
	Orientar Antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência
	Ensinar/ Instruir/ Treinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado
	Motivar para o uso do contraceptivo
	Providenciar contraceptivo
	Providenciar material de leitura
	Informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional
	Ensinar o casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino
	Ensinar o casal sobre fecundação e gravidez
	Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada
	Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes
	Orientar o casal para serviços médicos
Informar o casal sobre métodos de fertilização artificial	
Atividades que concretizam as intervenções:	

--

Avaliação de resultados das intervenções				Data	Data	Data	Data	Data
<u>Planeamento Familiar Não Eficaz</u>								
<u>Planeamento Familiar Eficaz</u>								
Adaptação à Gravidez								
Dimensões	Sim	Não	Especificação	Critérios de diagnóstico		Juízo		
Conhecimento				<p>Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO</p>		Demonstrado		
Conhecimento do casal sobre direitos sociais da gravidez.								
Conhecimento do casal sobre direitos sociais da maternidade /paternidade.								
Conhecimento do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez.								
Conhecimento sobre as alterações fisiológicas na gravidez.								
Conhecimento sobre novo ciclo vital.								
Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez.								
Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.						Não demonstrado		
Conhecimento sobre desenvolvimento fetal.								

Conhecimento sobre o processo psicológico associado ao puerpério.					
Conhecimento sobre vigilância de saúde do recém-nascido.					
Conhecimento sobre enxoval da mãe e do bebê.					
Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.					
Conhecimento sobre alimentação do recém-nascido.					
Comunicação				Não eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO	Eficaz
O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez					
O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade					Não Eficaz
Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais				Não Demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Comportamentos de adesão					
A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia					
O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto					Não Demonstrado
O casal está a preparar/preparou o enxoval da mãe e do bebê					

Foco	Adaptação à gravidez
------	----------------------

Juízo	Adequada	
	Não Adequada	
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:		

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
<u>Adaptação à gravidez Não adequada</u>	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 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:	

--

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
<u>Adaptação à gravidez Não adequada</u>					
<u>Adaptação à gravidez adequada</u>					

Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)					
Dimensões	Sim	Não	Especificação se (*)	Crítérios de diagnostico	Juízo
Conhecimento do papel (recém-nascido)				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical					
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical					
Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno					
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno					
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial					
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial					
Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido					
Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido					

Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica					
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido					
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido					
Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido					
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido					
Conhecimento dos pais vigilância de saúde					
Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido					Não demonstrado
Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido					
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação					
Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar)					
Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança					
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança					
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança					
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança					
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral					

Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes					
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes					
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária					
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança					
Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança					
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes					
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação					
Conhecimento dos pais sobre socialização					
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil					
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social					
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes					
Comportamentos de adesão					
Os pais fomentam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança					
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança					
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança					

Os pais promovem uma higiene adequada à criança					Não Demonstrado
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança					
Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado á criança					
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança					
Os pais promovem a socialização da criança					
Os pais definem regras entre os subsistemas					
Consenso do Papel		*			
Conflitos de Papel*	*				
Saturação do Papel*	*				

Foco	Papel Parental (Família com filhos pequenos)	
Juízo	Adequado	
	Não Adequado	
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 Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM 	
DiagnÓstico:		

DiagnÓstico	Intervenções Sugeridas	
	Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical	
	Ensinar os pais sobre aleitamento materno	

<u>Papel parental não adequado por Conhecimento do papel (recém-nascido) não demonstrado</u>	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	
<u>Papel parental não adequado por Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar) não demonstrado</u>	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	
<u>Comportamentos de adesão não demonstrado (recém-nascido)</u>	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	
	Motivar os pais para um padrão de exercício adequado à criança	
	Motivar os pais para a socialização da criança	
	Motivar os pais para a importância de regras estruturantes	
	Orientar para serviços sociais	
	Orientar para serviços comunitários	
<u>Comportamentos de adesão não demonstrado (recém-nascido até à infância escolar)</u>		
<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 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	
Atividades que concretizam as intervenções:		

Avaliação de resultados das intervenções				Data	Data	Data	Data	Data
Papel Parental (Família com filhos pequenos) Não Adequado								
Papel Parental (Família com filhos pequenos) Adequado								
Papel parental - Família com filhos na escola								
Dimensões	Sim	Não	Especificação se (*)	Critérios de diagnóstico		Juízo		
Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência)				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO		Demonstrado		
Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança								
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança								
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança								
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança								
Conhecimento dos pais sobre higiene oral								

Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária					Não Demonstrado
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança					
Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança					
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes					
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação					
Conhecimento dos pais sobre socialização					
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil					
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicosssexual e social					
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes					
Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares					
Promoção da socialização/autonomia da criança					
Adaptação da família á escola					
Reorganização funcional para adaptação aos novos horários				Não Eficaz Se: Um dos itens se situar no NÃO	Eficaz
Criação de espaço para a criança estudar					
Participação dos pais nas atividades de estudo da criança					
Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares					

Promoção da socialização/autonomia da criança				Não Demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Comportamentos de adesão					
Os pais fomentam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança					
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança					
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança					
Os pais promovem uma higiene adequada à criança					Não Demonstrado
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança					
Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado á criança					
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança <input type="checkbox"/>					
Os pais promovem a socialização da criança					
Os pais definem regras entre os subsistemas					
Consenso do Papel		*			
Conflitos de Papel*	*				
Saturação do Papel*	*				

Foco	Papel Parental (Família com filhos na escola)	
Juízo	Adequado	
	Não Adequado	
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 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos de Adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel NÃO e/ou Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM
Diagnóstico:	

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
<u>Papel parental não adequado por Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência) não demonstrado</u>	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	
<u>Papel parental não adequado por Adaptação da família à escola Não Eficaz</u>	Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários
	Advogar criação de espaço para a criança estudar
	Motivar os pais para a participação nas atividades de estudo da criança
	Motivar os pais para a participação nas reuniões e atividades escolares

	Promover a socialização/autonomia da criança	
<u>Comportamentos de adesão não demonstrado</u>	Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança	
	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 á criança	
	Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado á criança	
	Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança	
	Motivar os pais para a socialização da criança	
	Motivar os pais para a importância de regras estruturantes	
	Orientar para serviços sociais	
	Orientar para serviços comunitários	
<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	
Atividades que concretizam as intervenções:		

--

Avaliação de resultados das intervenções				Data	Data	Data	Data	Data	
<u>Papel Parental (da infância escolar ao início da adolescência) Não Adequado</u>									
<u>Papel Parental (da infância escolar ao início da adolescência) Adequado</u>									
Papel parental - Família com filhos adolescentes (da adolescência até ao início da idade adulta)									
Dimensões		Sim	Não	Especificação se (*)	Critérios de diagnóstico		Juízo		
Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta)				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO		Demonstrado			
Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente									
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente									
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente									
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente									
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral									
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação do adolescente									
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente									

Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente					Não Demonstrado
Conhecimento dos pais sobre atividades de exercício adequado ao adolescente					
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes					
Conhecimento dos pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência					
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes					
Comportamentos de adesão				<p>Não Demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO</p>	Demonstrado
Os pais fomentam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente					
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente					
Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente					
Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente					
Os pais definem regras entre os subsistemas					
Os pais promovem a interação com o grupo de amigos					
A família respeita a privacidade do adolescente					
Os pais discutem com o adolescente o seu projeto de vida					Não Demonstrado

O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião					
A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente					
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente					
Os pais interagem positivamente com o adolescente					
Consenso do Papel			*		
Conflitos de Papel*		*			
Saturação do Papel*		*			

Foco	Papel parental - Família com filhos adolescentes (da adolescência até ao início da idade adulta)	
Juízo	Adequado	
	Não Adequado	
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 Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM 	
Diagnóstico:		

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
<u>Papel parental não adequado por Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) não demonstrado</u>	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 as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	
	Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes	
<u>Comportamentos de adesão não demonstrado</u>	Motivar os pais para as consultas de vigilância do adolescente	
	Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada ao adolescente	
	Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente	
	Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente	
	Motivar os pais para a importância de regras estruturantes	
	Informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de amigo	
	Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente	
	Promover a comunicação familiar	
	Elogiar as forças da família e dos indivíduos	
<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	
Saturação SIM	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	
Atividades que concretizam as intervenções:		

Avaliação de resultados das intervenções				Data	Data	Data	Data	Data
<u>Papel parental - Família com filhos adolescentes (da adolescência até ao início da idade adulta) Não Adequado</u>								
<u>Papel parental - Família com filhos adolescentes (da adolescência até ao início da idade adulta) Adequado</u>								
Papel parental - Família com filhos adultos								
Dimensões		Sim	Não	Especificação se (*)	Critérios de diagnóstico		Juízo	
Conhecimento do papel					Não demonstrado Se: O item se situar no NÃO		Demonstrado	
Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental							Não demonstrado	
Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)							Demonstrado	

Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto				Não Demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO
Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos				
Satisfação com o contacto mantido				
Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)				
Consenso do Papel		*		
Conflitos de Papel*	*			
Saturação do Papel*	*			

Foco	Papel Parental (Família com adultos)	
Juízo	Adequado	
	Não Adequado	
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 Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM 	
Diagnóstico:		

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
<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	
Atividades que concretizam as intervenções:		

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
<u>Papel parental - Família com adultos Não Adequado</u>					
<u>Papel parental - Família com adultos Adequado</u>					

Dimensão Funcional

Membro da família dependente							
SIM							
NÃO							
Dados avaliativos se membro da família dependente SIM							
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 Actividade Física							
Gestão do regime terapêutico							
Autovigilância							
Autoadministração de medicamentos							
Se o prestador de cuidados não for membro da família:				Instruído ou iletrado			
				Profissão			
				Contacto			

Papel de Prestador de Cuidados (PC)					
Dimensões	Sim	Não	Especificação se (*)	Critérios de diagnóstico	Juízo
Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
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				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
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					Não Demonstrado
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					Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO
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				Não Demonstrado	

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				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência					Não Demonstrado
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				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência					Não Demonstrado
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 -repouso					Demonstrado

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência				Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador					Não Demonstrado
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				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
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					Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
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)					Não Demonstrado
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				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado	
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						Não Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso						
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado	
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						Não Demonstrado
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				Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	Demonstrado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência					Não Demonstrado
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					
Consenso do Papel			*		
Conflitos de Papel*	*				
Saturação do Papel*	*				

Foco	Papel Prestador de Cuidados	
Juízo	Adequado	
	Não Adequado	
Crítérios 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 Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM 	
Diagnóstico:		

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
<u>Papel Prestador de Cuidados Não adequado por Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Higiene Não demonstrado</u>	Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência	
	Ensinar PC sobre a Técnica do Banho	
	Instruir PC sobre a Técnica do Banho	
	Treinar 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		
<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	
Atividades que concretizam as intervenções:		

Avaliação de resultados das intervenções		Data	Data	Data	Data	Data
<u>Papel prestador de cuidados Não Adequado</u>						
<u>Papel prestador de cuidados Adequado</u>						
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
Quem na família expressa mais os sentimentos?
Coping Familiar
Quem na família habitualmente identifica os problemas?
Quem tem a iniciativa para os resolver?
Papéis Familiares
Quem desempenha Papel Provedor?
Quem desempenha Papel de gestão financeira?
Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico?
Quem desempenha Papel Recreativo?
Quem desempenha Papel de Parente?
Relação Dinâmica
Quem é o membro com maior poder na família?

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 – percepção 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 actividades 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

Membros da família

Resultado	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	

Processo Familiar					
Dimensões	Sim/ Favorável	Não/Não favorável	Especificação (se Não ou *)	Critérios de diagnostico	Juízo
Comunicação Familiar					
1. Comunicação emocional					
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da família				Não Eficaz se: Um item se situar no Não/ Não Favorável	Eficaz
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros					
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família					
2. Comunicação Verbal/ Não verbal					

Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem					Não eficaz
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros					
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem.					
3. Comunicação Circular					
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família					
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa					
<u>Coping Familiar</u>					
Existe(m) algum(s) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) a iniciativa para os resolver				Eficaz	
Existe discussão sobre os problemas na família					
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas				Não Eficaz se: Um item se situar no Não/ Não Favorável	Não eficaz
A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas					
Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas					

Interação de Papéis Familiares					
Papel provedor				Não Eficaz Se: Consenso do Papel NÃO e Saturação do Papel SIM	Eficaz
Consenso do Papel					
Conflitos de Papel	*				
Saturação do Papel	*				
Papel gestão financeira					Não Eficaz
Consenso do Papel					
Conflitos de Papel	*				
Saturação do Papel	*				Conflitual
Papel Cuidado Doméstico					
Consenso do Papel					
Conflitos de Papel	*			Conflitual Se: Conflito do Papel SIM	
Saturação do Papel	*				
Papel Recreativo					
Consenso do Papel				Não Conflitual	
Conflitos de Papel	*				
Saturação do Papel	*				
Papel de Parente				Disfuncional	
Consenso do Papel					
Conflitos de Papel	*				
Saturação do Papel	*			Se: Um item se situar no Não/ Não Favorável e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito	
Relação Dinâmica					
1. Influência e Poder					
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros					Não disfuncional
2. Alianças e Uniões					
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros	*				
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a					

forma como a família manifesta a sua união				flexível (adaptabilidade)	Disfuncional
3. Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)				Tipo de família muito equilibrada ou Extrema e/ou	
Coesão		*			
Adaptabilidade		*			
Tipo de família		*			
4. Funcionalidade da família – percepção de cada membro APGAR Familiar de Smilkstein				APGAR familiar de pelo menos um dos membros < 3 (família com disfunção acentuada)	

Foco	Processo Familiar	
Juízo	Não Disfuncional	
	Disfuncional	
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:		

Diagnóstico	Intervenções Sugeridas	
<u>Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Familiar Não Eficaz</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Promover o envolvimento da família	

	Otimizar a comunicação na família	
	Planear rituais familiares	
	Otimizar padrão de assertividade	
<u>Processo Familiar Disfuncional por Coping familiar Não eficaz</u>	Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família	
	Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família	
<u>Processo Familiar Disfuncional por Interação de Papeis Familiares Não eficaz</u>	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 papeis pelos membros da família	
	Negociar a redefinição de papeis 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)	
<u>Processo Familiar Disfuncional por Interação de Papeis Familiares Conflitual</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Promover o envolvimento da família	
	Avaliar os conflitos do Papel	
	Motivar a redefinição dos papeis pelos membros da família	
	Negociar a redefinição de papeis pelos membros da família	
	Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)	
	Requerer Serviço Social	
	Promover estratégias de coping para o papel	
	Promover o suporte da família	
	Requerer serviços de saúde (Psicologia)	
	Otimizar padrão de ligação	

<u>Processo Familiar Disfuncional por Relação dinâmica disfuncional</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Promover o envolvimento da família	
	Otimizar a comunicação na família	
	Otimizar padrão de ligação	
Atividades que concretizam as intervenções:		

Avaliação de resultados das intervenções	Data	Data	Data	Data	Data
<u>Processo familiar Disfuncional</u>					
<u>Processo familiar Não Disfuncional</u>					

ANEXO II – ESCALA DE GRAFFAR

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	<ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

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

ANEXO III – FACES II

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 Lazers		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
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

ANEXO IV – APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

Dados avaliativos da Funcionalidade da Família – percepção dos membros**Apgar Familiar De Smilkstein**

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

ANEXO V – PLANO FORMATIVO

PLANO DE SESSÃO

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

Objetivo específico	Atividades/Tarefas	O que vai ser feito	Quem faz	Quando	Como	Onde
Promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação	Formação numa temática relacionada com a Enfermagem de Saúde Familiar (Entrevista Motivacional)	Diagnóstico da situação: avaliação dos conhecimentos sobre a temática (EM) dos elementos da equipa de enfermagem da USF; Identificação das necessidades formativas em relação ao tema (EM).	Luísa Reis/ Enfermeiras da USF	10 a 14.04.2023	-Elaboração de instrumento de colheita de dados; -Aplicação de instrumento de colheita de dados; -Análise dos dados colhidos.	E-mail
		Desenvolvimento da Formação em Serviço	Luísa Reis	14 a 17.04.2023	-Elaboração do plano formativo	USF

					-Elaboração da apresentação de cordo com os dados colhidos	
		Formação em Serviço sobre Entrevista Motivacional	Luísa Reis	19.04.2023	-Apresentação da formação em PPT. -Método Expositivo.	USF/Sala de reuniões
		Avaliação de resultados: Avaliação imediata dos conhecimentos apos a formação	Luísa Reis/ Enfermeiras da USF	19.04.2023	-Aplicação de instrumento de avaliação dos conhecimentos adquiridos na formação	E-mail
		Avaliação de resultados	Luísa Reis	20 a 26.04.2023	-Análise dos resultados da avaliação de conhecimentos	USF
		Avaliação de resultados: Avaliação das mudanças de comportamento	Luísa Reis/ Enfermeiras da USF	1 a 5.05.2023	-Aplicação de instrumento de avaliação de mudança de comportamento.	E-mail

		Avaliação de resultados	Luísa Reis	6 a 12.05.2023	-Análise dos resultados dos instrumentos de avaliação de mudança de comportamento	USF
		Apresentação dos resultados e esclarecimento de dúvidas decorrentes da operacionalização da EM	Luísa Reis	17.05.2023	-Apresentação dos resultados obtidos.	USF/Sal a de reuniões

ANEXO VI – QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Entrevista Motivacional - diagnóstico da situação

Este questionário tem como finalidade identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem da USF Porta do Sol sobre a Entrevista Motivacional (EM).

A EM é uma abordagem centrada na pessoa que se tem revelado particularmente útil na mudança de comportamentos relacionados com a saúde. T

O questionário é anónimo e confidencial. As respostas serão utilizadas exclusivamente para o efeito referido.

São estimados cerca de 10 minutos para o preenchimento deste questionário.

1. Idade

2. Grau académico

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

3. É especialista (pela OE)?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

4. Se respondeu Sim à questão anterior, indique a especialidade.
5. **Tem formação em Enfermagem de Saúde Familiar?**

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. Se respondeu Sim à questão anterior, indique em que contexto e a sua duração.

7. **Qual o grau de motivação relativamente à formação em EM?** Numa escala de 1 a 7, em que 1 é sem motivação e 7 é muitíssima motivação.

Marcar apenas uma oval.

—

8. **Refira o grau de concordância com a seguinte afirmação. Ajudar a pessoa a mudar o seu comportamento é função do enfermeiro/a?** Numa escala de 1 a 7 , em que 1 é não concordo e 7 é concordo completamente.

Marcar apenas uma oval.

9. **Que dificuldades sente na ajuda à pessoa para encetar mudanças de comportamento?**

10. **Refira em que consiste a Entrevista Motivacional.**

11. **Quais são das fases/estádios da EM?**

12. **Das fases/estádios que referiu, indique um aspeto fundamental.**

13. **Quais são os objetivos da EM?**

14. **Em que situações deve ser utilizada a EM?**

15. **Refira algumas estratégias que integram a EM?**

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXO VII – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Entrevista Motivacional - avaliação da formação

Este formulário pretende averiguar quais as mudanças implementadas após a formação sobre a Entrevista Motivacional (EM) à equipa de enfermagem da USF Porta do Sol. A Entrevista Motivacional é uma abordagem centrada na pessoa que se tem revelado particularmente útil na mudança de comportamentos relacionados com a saúde. O questionário é anónimo e confidencial. As respostas serão utilizadas exclusivamente para o efeito referido.

São estimados cerca de 10 minutos para o preenchimento deste questionário.

1. Refira em que consiste a Entrevista Motivacional.

2. Quais são das fases/estádios da EM?

3. Das fases/estadios que referiu, indique um aspeto fundamental.

4. Quais são os objetivos EM?

5. Em que situações deve ser utilizada a EM?

6. Refira algumas estratégias que integram a EM?

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DAS MUDANÇAS DA PRÁTICA

Entrevista Motivacional - avaliação das mudanças

Este formulário pretende averiguar quais as mudanças implementadas após a formação sobre a Entrevista Motivacional (EM) pelas enfermeiras da USF Porta do Sol.

A Entrevista Motivacional é uma abordagem centrada na pessoa que se tem revelado particularmente útil na mudança de comportamentos relacionados com a saúde.

O questionário é anónimo e confidencial. As respostas serão utilizadas exclusivamente para o efeito referido.

São estimados cerca de 10 minutos para o preenchimento deste questionário.

- 1. Descreva um caso em que aplicou este conhecimento.**
(Síntese do caso/ diagnóstico/ aplicação da EM e resultados)

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários