



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Famílias com idoso(s) dependente(s): Impacto da avaliação e intervenção familiar

Sónia Isabel Vieitos Afonso



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sónia Isabel Vieitos Afonso

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Famílias com idoso(s) dependente(s): Impacto da avaliação e intervenção familiar

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

Trabalho efetuado sob a orientação da Mestre Odete Maria Azevedo Alves

junho de 2024

AGRADECIMENTOS

Na etapa final deste percurso, tenho muito gosto em agradecer a todos que direta ou indiretamente deram um bocadinho de si, do seu tempo ou do seu saber.

Um agradecimento especial àqueles que me acompanharam:

À Mestre Odete Alves, orientadora deste relatório de estágio, pelas orientações, disponibilidade, compreensão e incentivo que me demonstrou ao longo de todo o percurso;

Ao Filipe Leal, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, pela excelente tutoria durante o estágio, pela aprendizagem que me proporcionou, pela partilha do seu conhecimento e pela amizade. Não tenho dúvida do seu contributo, no sucesso desta caminhada;

A todos os profissionais da equipa da USF, pela forma carinhosa e profissional como me receberam e acolheram;

Aos meus colegas de trabalho que compreenderam as minhas ausências;

À Sónia Sousa, pela correção ortográfica de última hora;

À minha mãe, por ter compreendido a minha ausência num dos momentos que mais precisou de mim;

Aos meus filhos, Tiago e Carolina, por aceitarem a indisponibilidade para com eles e para as sessões de beijinhos antes de dormir;

Ao meu marido Duarte, pelo amor, incentivo, apoio, paciência e colaboração;

A quem nunca me deixou desistir...o meu agradecimento sincero!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha irmã e ao meu pai que, por força do destino, infelizmente não tenho a possibilidade de partilhar com eles a felicidade desta conquista.

PENSAMENTO

“Unir-se é um bom começo, manter a união é um progresso, e trabalhar em conjunto é a vitória.”

Henry Ford

RESUMO

A crise demográfica da população portuguesa é demonstrada pela análise dos indicadores do Instituto Nacional de Estatística, onde é evidente que Portugal tem assistido na última década a uma tendência significativa de envelhecimento. Em associação, a diminuição da taxa de natalidade e o aumento da esperança média de vida, contribuem para o fenómeno de duplo envelhecimento. Decorrente deste cenário, surgem desafios constantes às famílias, aos sistemas de saúde e à Enfermagem no que diz respeito à prestação de cuidados às famílias, nomeadamente àquelas que integram idosos. Neste contexto, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar é o profissional com competências específicas para promover a capacitação dos membros das famílias, uma vez que incorpora na intervenção especializada, o indivíduo e a família como um todo, valorizando as transições ocorridas ao longo do ciclo vital.

Perante esta realidade social, pretende-se dar resposta à questão de investigação: “Qual o impacto da avaliação e intervenção familiar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, em famílias com idoso(s) dependente(s)”. Neste sentido, ao longo do Estágio de Natureza Profissional integrado no I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar do consórcio entre as Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Viana Castelo, do Instituto Politécnico de Bragança e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, desenvolveu-se um estudo qualitativo investigação-ação com cinco famílias alargadas que integram um membro idoso dependente, centrado na saúde da família multigeracional com idoso(s) dependente(s) e na intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Familiar baseada nas necessidades do sistema familiar, assim como nas forças e recursos que este mobiliza para incorporar as mudanças decorrentes das transições ao longo do ciclo vital. A avaliação do impacto da intervenção especializada foi efetuada com recurso a indicadores de resultado do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Os ganhos em saúde verificados pela positivação dos diagnósticos são resultantes das ações promotoras da capacitação dos membros que compõem cada sistema familiar, quer para a prestação de cuidados adequados à situação de dependência, quer para a funcionalidade saudável das famílias e dos seus subsistemas.

O relatório do estágio é a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, como contributo essencial na construção do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns ao enfermeiro especialista e específicas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar, Idoso Dependente, Família Multigeracional

ABSTRACT

The demographic crisis of the Portuguese population is demonstrated by the analysis of the indicators from the National Institute of Statistics, where it is evident that Portugal has witnessed a significant aging trend over the last decade. In association, the decrease in birth rates and the increase in average life expectancy contribute to the phenomenon of double aging. As a result of this scenario, constant challenges arise for families, health systems, and Nursing in terms of providing care to families, particularly those with elderly members. In this context, the nurse specialist in Community Nursing in the area of Family Health Nursing is the professional with specific competencies to promote the empowerment of family members, as they incorporate both the individual and the family as a whole in their specialized intervention, valuing the transitions that occur throughout the life cycle.

Given this social reality, the research question aims to address: "What is the impact of the evaluation and family intervention by the Nurse Specialist in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, in families with dependent elderly members?" In this sense, during the Professional Internship integrated into the I Master's Course in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, a consortium between the Health Schools of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo, the Polytechnic Institute of Bragança, and the University of Trás-os-Montes and Alto Douro, a qualitative action-research study was developed with five extended families that include a dependent elderly member. This study focused on the health of the multigenerational family with dependent elderly members and on specialized intervention in Family Health Nursing based on the needs of the family system, as well as on the strengths and resources it mobilizes to incorporate changes resulting from transitions throughout the life cycle. The impact assessment of the specialized intervention was conducted using outcome indicators from the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention. Health gains verified by the positive outcomes of Nursing diagnoses are the result of actions promoting the empowerment of members within each family system, both for providing adequate care for the dependency situation and for the healthy functionality of families and their subsystems.

The internship report is a critical and reflective analysis of the activities developed, serving as an essential contribution to the process of acquiring and developing common competencies for the nurse specialist and specific competencies for the nurse specialist in Community Nursing in the area of Family Health Nursing.

Keywords: Family Health Nursing, Dependent Elderly, Multigenerational Family

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

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

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS- Centro de Saúde

EE- Enfermeiro Especialista

EECESF- Especialidade em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

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

EM- Esclerose Múltipla

ENP- Estágio de Natureza Profissional

ESF- Enfermagem de Saúde Família

ICN- International Council of Nurses

IFNA- Associação Internacional de Enfermagem Familiar

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPVC- Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MCAF- Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCIF- Modelo Calgary de Intervenção na Família

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

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

OE- Ordem dos Enfermeiros

PAI- Plano de acompanhamento interno

PC- Prestador de Cuidados

PNS- Plano Nacional de Saúde

PP- Papel Parental

PPC- Papel de Prestador de Cuidados

RENP- Relatório de Estágio de Natureza Profissional

SPMS- Serviços Partilhados no Ministério da Saúde

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

USF- Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	II
DEDICATÓRIA	III
PENSAMENTO	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT	VI
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VII
SUMÁRIO	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS.....	XI
INTRODUÇÃO GERAL	1
CAPÍTULO I- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	5
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO PARA A PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	6
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	11
2.1. Caracterização do local de estágio	11
2.2. Caracterização das famílias inscritas no ficheiro do enfermeiro de família	15
CAPÍTULO II- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO.....	20
INTRODUÇÃO.....	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	22
2. METODOLOGIA	24
2.1. Objetivos do estudo	24
2.2. População	25
2.3. Técnicas e instrumentos de recolha e avaliação de dados	25
2.4. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas	31
2.5. Procedimentos de avaliação dos resultados	31

3.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS POR ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	32
3.1.	Avaliação inicial das famílias	33
3.2.	Diagnósticos familiares	56
3.3.	Intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Familiar	59
3.4.	Ganhos em saúde.....	65
4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
5.	CONCLUSÕES DO ESTUDO	77
6.	CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	77
CAPÍTULO III- PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS		80
CONCLUSÃO.....		96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		99
ANEXOS		115
ANEXO I – ESCALA DE GRAFFAR ADAPTADA.....		116
ANEXO II – ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE		118
ANEXO III – APGAR FAMILIAR DE SMILKLSTEIN		121
ANEXO IV – FACES II.....		123
ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....		127
ANEXO VI – MAPEAMENTO DOS INDICADORES DO MDAIF		131
ANEXO VII –PLANEAMENTO E RELATÓRIO DE ATIVIDADE FORMATIVA: MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR		137
ANEXO VIII –PLANEAMENTO E RELATÓRIO DE ATIVIDADE FORMATIVA: SCLÍNICO-CSP REGISTOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....		140
ANEXO IX –CERTIFICADO COMUNICAÇÃO ORAL “OBESIDADE FAMILIAR - ESTUDO DE CASO”.....		143

ANEXO X – ARTIGO "FAMILY OBESITY: CASE STUDY"	146
ANEXO XI –CERTIFICADO COMUNICAÇÃO ORAL “FAMILIAS COM IDOSO(S) DEPENDENTE(S): IMPACTO DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR”	1438
ANEXO XII –CERTIFICADO V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR, IV CONGRESSO IBÉRICO DE SAÚDE FAMILIAR	150
ANEXO XIII –CERTIFICADO I CONGRESSO INTERNACIONAL EM ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO IPVC: INVESTIGAÇÃO E DIFERENCIAÇÃO DOS CUIDADOS	152
ANEXO XIV –CERTIFICADO I ENCONTRO CIENTÍFICO DE ESTUDANTES E ANTIGOS ESTUDANTES DO MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA-ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	154
ANEXO XV –CERTIFICADO XVI ENCONTRO DO DIA INTERNACIONAL DA FAMÍLIA: 30 ANOS DE COMEMORAÇÕES ONU	156
APÊNDICES	158
APÊNDICE I- REQUERIMENTO À COMISSÃO DE ÉTICA.....	159
APÊNDICE II- CONSENTIMENTO INFORMADO	162
APÊNDICE III- REFERENCIAÇÃO PARA TÉCNICA SUPERIOR DO SERVIÇO SOCIAL.....	165
APÊNDICE IV- REFERENCIAÇÃO PARA SERVIÇO DE NUTRIÇÃO	167
APÊNDICE V- GUIA ORIENTADOR	169
APÊNDICE VI-COMUNICAÇÃO ORAL- OBESIDADE FAMILIAR: ESTUDO DE CASO	185
APÊNDICE VII- COMUNICAÇÃO ORAL- FAMÍLIAS COM IDOSOS DEPENDENTES: IMPACTO DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	189
APÊNDICE VIII- INFORMAÇÃO PARTILHADA COM O SERVIÇO DE INFORMÁTICA	192

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figuras

Figura 1- Distribuição das inscrições dos utentes na USF	14
Figura 2- Distribuição da população dos 0-14 anos, idade ativa e idosos em 2001, 2011 e 2021	15
Figura3- Genograma da família A	34
Figura 4- Genograma da família B	38
Figura 5- Genograma da família C	44
Figura 6- Genograma da família D	48
Figura 7- Genograma da família E	53

Gráficos

Gráfico 1- Tipo de família	16
Gráfico 2- Tipo de família que integra idosos	17
Gráfico 3- Número de subsistemas familiares presentes nas famílias nucleares, alargadas, reconstruídas e monoparentais	19
Gráfico 4- Taxa de avaliação das famílias, por foco de atenção	57
Gráfico 5- Prevalência dos diagnósticos familiares com necessidades de intervenção	58
Gráfico 6- Prevalência dos diagnósticos familiares com necessidades, após a intervenção	67

Tabelas

Tabela 1- Dimensões familiares, diagnósticos e subconjunto de diagnósticos	9
Tabela 2- Distribuição do número de idosos pelo tipo de família e por grau de dependência	18
Tabela 3- Diagnósticos familiares da família A	37
Tabela 4- Diagnósticos familiares da família B	42
Tabela 5- Diagnósticos familiares da família C	47
Tabela 6- Diagnósticos familiares da família D	51
Tabela 7- Diagnósticos familiares da família E	56
Tabela 8- Dimensões avaliativas e diagnósticos com necessidades de intervenção, por família	59
Tabela 9 - Variação do número e percentual de diagnósticos familiares que requereram intervenção, por dimensões e foco de atenção, entre a 1ª e 2ª avaliação	68

INTRODUÇÃO GERAL

O presente relatório resulta da atividade desenvolvida na Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional (ENP) com Relatório Final, integrada no I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF) do consórcio entre as Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Viana Castelo (IPVC), do Instituto Politécnico de Bragança e da Universidade do Trás-os-Montes e Alto Douro, aprovado pelo Despacho n.º 2555/2022 (2022), de 25 de fevereiro e retificado pelo Despacho n.º 6716/2023 (2023), de 21 de junho, como requisito à obtenção de grau de mestre.

A UC foi desenvolvida no ano letivo 2023/2024, no 2º semestre do curso, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Alto Minho sob orientação pedagógica da Mestre Odete Alves e tutoria do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) Filipe Leal, no período compreendido entre 2 de outubro de 2023 e 29 de março de 2024 num total de 810 horas, correspondentes a 30 ECTS.

O Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENP) pretende apresentar uma análise crítica e reflexiva das atividades realizadas durante o ENP. O seu desenvolvimento foi norteado pelos referenciais teóricos específicos da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), sendo considerado um contributo essencial na construção do processo de aquisição e desenvolvimento de competências, tanto comuns quanto específicas, para o enfermeiro especialista (EE). Relativamente às competências comuns, estão estatuídas no Regulamento n.º 140/2019 (2019), de 6 de fevereiro, e referem-se à responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade, à gestão dos cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para além destas, prevê-se a aquisição e implementação de competências específicas na área da especialidade, sendo que no caso da Especialidade em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) o EECESF rege-se pelo Regulamento n.º 428/2018 (2018), de 16 de julho, no qual se define que este profissional cuida a família enquanto unidade de cuidados e cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, e lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF.

Tendo em vista a aquisição e implementação dessas competências, o ENP foi desenvolvido de acordo com os seguintes objetivos definidos para a UC:

- Concretizar o estágio e relatório final sobre temática pertinente, baseado na evidência, ou sobre aspectos teóricos que levem ao desenvolvimento do conhecimento em ESF;
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família, capacitando-a face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Prestar cuidados especializados à família enquanto unidade de cuidados e a cada um dos seus membros ao longo do ciclo de vida e na promoção de respostas adaptativas às transições, aos diferentes níveis da prevenção;
- Estabelecer relação de parceria efetiva com as famílias, baseada fundamentalmente nos seus pontos fortes em detrimento da centralidade na patologia e na promoção da possibilidade de realidades múltiplas;
- Documentar o processo de cuidados com recurso à classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE);
- Analisar a tomada decisão clínica, mobilizando os referenciais ético-legais, políticos e epistemológicos da EECESF.

Estruturalmente o RENP está organizado em três capítulos.

No primeiro, apresenta-se a contextualização do ENP, dividido no enquadramento teórico que alicerçou a prática especializada em ESF e na apresentação do contexto onde a mesma foi desenvolvida. Neste subcapítulo encontram-se os dados relativos à caracterização do local do estágio e das famílias a que foram prestados cuidados.

O capítulo II descreve o estudo empírico “Famílias com idoso(s) dependente(s): Impacto da avaliação e intervenção familiar”, centrado na saúde das famílias com idosos dependentes e na avaliação e intervenção especializada em ESF. A escolha da temática foi baseada na análise das famílias que compõem o ficheiro do enfermeiro de família (EF), no fenómeno mundial de envelhecimento e no seu impacto na sociedade e nas famílias. Além disso, considerou-se os pressupostos dos cuidados especializados em ESF, que, por se basearem nas necessidades e nos recursos do sistema familiar para enfrentar as suas transições, são um contributo eficaz para a saúde dessas famílias.

O processo formativo e desenvolvimento de competências é abordado no capítulo III, no qual se faz uma análise critico-reflexiva do desempenho enquanto estudante ao longo do

ENP e o seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns ao EE e específicas do EEECESF.

Por fim, na conclusão, destaca-se de forma concisa, o percurso formativo e profissional bem como, as dificuldades e limitações encontradas.

**CAPÍTULO I- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA
PROFISSIONAL**

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO PARA A PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Os cuidados de saúde primários estão na base dos serviços de saúde, fornecendo cuidados globais, contínuos e acessíveis, em resposta às necessidades de saúde das pessoas ao longo da vida (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2020). A evolução dos cuidados de saúde primários ao longo dos tempos assumiu grande relevância no tratamento e prevenção de doenças, aumentando assim a necessidade de cuidados de Enfermagem especializados, com foco específico na família como unidade de cuidados (OE, 2017).

O conceito de família tem sido abordado por inúmeros autores ao longo da história e em diferentes disciplinas. Hanson (2005 pág. 6) define família como “...*dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico...*”. Figueiredo (2012), numa abordagem sistémica, acrescenta que a interdependência entre os elementos da família manifesta-se nos processos de interação, resultando num ambiente coeso e mutuamente influente, onde todos, ao interagir, contribuem para formar um todo harmonioso, mantendo o funcionamento geral. Segundo a mesma autora, apesar das alterações na sociedade que se tem verificado nas últimas décadas, nomeadamente na estrutura e organização familiar, a família continua a ser um espaço fundamental e privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros, mantendo-se como unidade sistémica com papéis sociais definidos. Para o International Council of Nurses (ICN) (2019), família é um “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

Na perspetiva do paradigma ecossistémico, baseado na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner e Morris (2007), a família é um sistema em constante influência do ambiente social e familiar, e a interconexão entre os sistemas que a compõe é um fator condicionante à saúde familiar (Saraiva Menezes & Callegaro Borsa 2022). Neste sentido, (Figueiredo, 2009) aborda vários níveis estruturais que compõe o ambiente familiar, tais como: microsistema como o contexto imediato de interação entre os membros da família, o mesosistema onde há interação ativa dos membros com os sistemas mais amplos, o exosistema caracterizado pela influência da interação das instituições com as quais a família contacta, o macrosistema que inclui os padrões institucionais, cultura, crenças e valores veiculados pelos subsistemas, e o cronosistema refere-se ao momento temporal que a família vivencia, considerando as

transições normativas e acidentais (Figueiredo, 2012; Figueiredo et al., p.135 In Corte, 2023).

Ao se reconhecer a complexidade do sistema familiar nas suas dimensões evolutivas e contextuais, a família é considerada como um sistema autopoieticamente coevolutivo, influenciado pela interação recíproca entre o ambiente e as suas características de globalidade, equifinalidade e auto-organização (Spínola & Figueiredo., p.92 In Corte, 2023). Desta forma, a saúde familiar está intimamente ligada ao bem-estar e funcionamento adequado da família, em que a saúde de cada membro afeta a saúde da globalidade e vice-versa, resultante do processo dinâmico em que o sistema utiliza a sua capacidade coevolutiva, caracterizado pela circularidade entre a estabilidade e a mudança (Figueiredo, 2012).

Neste contexto, os cuidados de ESF preconizam uma abordagem colaborativa com a família como cliente dos cuidados, direcionando o foco da intervenção para as dinâmicas e relações familiares, estrutura e funcionamento do sistema familiar, interação nos subsistemas e destes, com os sistemas mais amplos (OE, 2017).

A intervenção de Enfermagem baseada na teoria geral dos sistemas, apresentada em 1936 por von Bertalanffy, considera o sistema familiar como parte de um suprassistema mais amplo, composto por vários subsistemas que interagem entre si, que toda a sua estrutura é afetada pela influência de cada um dos seus membros e que o próprio sistema é capaz de encontrar o equilíbrio entre a mudança e a estabilidade (Spínola & Figueiredo., p.92 In Corte, 2023). Para além disso, Shajani e Snell (2023) realçam a cibernética e a teoria da comunicação como fontes teóricas importantes para a abordagem da família. Distinguem teoria dos sistemas da cibernética, pois consideram que *“a teoria dos sistemas diz respeito principalmente ao deslocamento do nosso foco conceitual das partes para o todo, enquanto a cibernética está preocupada em mudar o foco da substância para a forma”* (Wright & Leahey, 2018, pág. 31). Portanto, enquanto a teoria dos sistemas reconhece o sistema como um todo com interações entre as partes, a cibernética preocupa-se como estas influenciam o funcionamento familiar (Shajani & Snell 2023). As mesmas autoras abordam ainda a teoria da comunicação humana, que se concentra na compreensão dos processos de comunicação entre os membros das famílias, conduzindo-os à capacidade de resolução de conflitos. A associação da teoria da comunicação humana com as anteriormente referidas na intervenção em ESF, ajuda o enfermeiro a compreender e facilitar a comunicação dentro das famílias, prestar cuidados centrados na família como

unidade de cuidados e construir relacionamentos eficazes de promoção da saúde familiar (Shajani e Snell, 2023). Da mesma forma, reconhecer que o funcionamento familiar é influenciado pelas forças e recursos internos, direciona as intervenções para o empoderamento do sistema, de acordo com o preconizado no modelo de Enfermagem baseados nas forças, referido por Gottlieb & Rowat (1987). Os autores definem como princípios do cuidado, a valorização do que está a funcionar bem realçando os efeitos protetores da família, numa parceria colaborativa, de forma a potenciar a sua capacidade para lidar com os problemas e alcançar os objetivos de saúde (Gottlieb, 2016).

Tendo no horizonte, a excelência nos cuidados prestados às famílias, surgiram ao longo dos anos vários modelos de avaliação e intervenção familiar.

Baseado na teoria geral dos sistemas e nas perspetivas estrutural e funcional da família como cliente (Hanson, 2005), o Modelo de Avaliação da Família de Friedman pressupõe a visão macrosistémica da família, centrando-se na organização familiar e nas relações da família com os suprasistemas (Friedman et al., 2002). Realça as funções da família enquanto sistema social, com características funcionais comparáveis a outros grupos inseridos na sociedade, reforçando o papel crucial da família na socialização, ao promover a interiorização de normas e valores por parte dos seus membros (Figueiredo, 2009; Friedman et al., 2002; Gilliss, 1991; Hanson, 2005). Friedman (1998) criou um formulário de entrevista direcionado à identificação da família; ciclo vital e história familiar; dados ambientais; padrões de comunicação, poder, valores e papéis; funções de socialização, afetos e cuidados dentro da família e ao *stress* e *coping* familiar (Gilliss, 1991; Figueiredo et al., p. 374 In Corte, 2023). Esta abordagem permite ao enfermeiro orientar a sua entrevista familiar, contudo este modelo pode fornecer numerosos dados sem direção definida para a intervenção com a família (Hanson, 2005).

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) desenvolvidos por Wright e Leahey, alicerçados na teoria geral dos sistemas, cibernética e teoria da comunicação, apresentam uma perspetiva multidimensional, focada na estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família (Shajani & Snell, 2023). Na perspetiva das autoras, a família é um sistema composto por subsistemas e inserido num suprasistema maior, com capacidade de autorregulação criando um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade. Acrescentam ainda que todo o sistema é influenciado pela mudança ocorrida num dos seus membros e os comportamentos de cada um individualmente são influenciados pelo todo (Shajani

&Snell, 2023). Estruturalmente, o MCAF orienta a intervenção de Enfermagem para a avaliação da dimensão estrutural, processo de desenvolvimento e funcionamento do sistema familiar. A aplicação do MCIF permite que o enfermeiro tenha uma posição de complementaridade relativamente à saúde da família e dos seus membros, pela abordagem sistémica à família no sentido de reinventar o comportamento na direção da mudança do sistema (Santos., p.377 In. Corte, 2023). Uma eficiente intervenção de Enfermagem produzirá ganhos em saúde resultantes do funcionamento eficaz das famílias nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental (Hanson, 2005; Santos., p.377 In Corte, 2023; Shajani&Snell, 2023).

Fundamentado no pensamento sistémico e nas fontes teóricas do MCAF e MCIF, Figueiredo (2009) desenvolveu, fruto de um percurso de investigação-ação e em articulação com os enfermeiros de família, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar(MDAIF): uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família, com uma matriz operativa centrada nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, com vista a alcançar o conhecimento aprofundado da família (Figueiredo, 2012). Na tabela 1, apresentam-se os diagnósticos e subdiagnósticos que integram cada dimensão.

Tabela 1- Dimensões familiares, diagnósticos e subconjunto de diagnósticos

DIMENSÃO FAMILIAR		DIAGNÓSTICOS E SUBCONJUNTOS DIAGNÓSTICOS
ESTRUTURAL		Rendimento familiar não Insuficiente/Suficiente
		Edifício residencial seguro/ Não seguro
		Edifício residencial Não negligenciado/Negligenciado
		Precaução de segurança Demonstrada/Não Demonstrada
		Abastecimento de água Adequado/Não adequado
		Animal Doméstico Não Negligenciado/Negligenciado
DESENVOLVIMENTO		Satisfação conjugal mantida/ não mantida
		• Relação dinâmica não disfuncional/disfuncional • Comunicação eficaz/ não eficaz • Interação sexual adequada/ não adequada • Função sexual não comprometida/comprometida
		Planeamento Familiar eficaz/ não eficaz • Fertilidade não comprometida / Fertilidade comprometida

- Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional demonstrado/ não demonstrado
- Uso de contraceptivos adequado/ não demonstrado
- Conhecimento sobre reprodução demonstrado/ não demonstrado

Adaptação à gravidez

- Conhecimento demonstrado/ não demonstrado
- Comunicação eficaz/ não eficaz
- Comportamento de adesão demonstrado/ não demonstrado

Papel parental adequado/ não adequado

- Conhecimento do papel demonstrado/ não demonstrado
- Comportamento de adesão demonstrado/ não demonstrado
- Adaptação da família à escola eficaz/ não eficaz
- Consenso do papel Sim/Não
- Conflitos do papel Sim/Não
- Saturação do papel Sim/Não

Papel de Prestador de cuidados

- Conhecimento do papel de prestador de cuidados demonstrado/ não demonstrado
- Comportamento de adesão demonstrado/ não demonstrado
- Consenso do papel Sim/Não
- Conflito do papel Sim/Não
- Saturação do papel Sim/Não

Processo Familiar

- Comunicação eficaz/ não eficaz
- *Coping* familiar eficaz/ não eficaz
- Interação de papéis eficaz/ não eficaz
- Interação de papéis não conflitual/conflitual
- Relação dinâmica disfuncional/ não disfuncional

Nota: adaptada do MDAIF (Figueiredo 2012)

Sendo um referencial teórico-metodológico, permite a interligação entre as várias etapas do processo de Enfermagem, orienta para a formulação de diagnósticos segundo os critérios de diagnósticos e os dados recolhidos, e apresenta propostas de intervenção

ajustáveis às necessidades das famílias (Figueiredo., p. 383 In Corte, 2023). Foi reconhecido pela OE em 2011, e internacionalmente pela Associação Internacional de Enfermagem Familiar (IFNA) em 2015, como um dos modelos de referência para a prática de Enfermagem de família, que baseado em pressupostos sistémicos, visa otimizar o potencial do EF no seu exercício profissional (IFNA, 2015).

A sua aplicação permite aos enfermeiros fundamentar a tomada de decisão nos cuidados com as famílias, e por ser aquele que está parametrizado, possibilita a documentação do processo de Enfermagem nos sistemas de informação existentes na linguagem padronizada CIPE e terminologia ICN (Figueiredo, 2009).

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

Neste capítulo pretende-se proporcionar uma visão abrangente e detalhada do contexto do ensino clínico, destacando os elementos essenciais que moldam o ambiente profissional onde foi realizado. O ENP representa uma fase essencial ao desenvolvimento do enfermeiro, na qual se consolida a identidade profissional ao integrar a teoria na prática (Veiga et al., 2020). No que diz respeito aos contributos para a instituição, é salientada a divulgação de conhecimentos atualizados, que promovem nas equipas uma reflexão acerca da rotina no serviço e revitalização das práticas, de acordo com a renovação do conhecimento (Ramos et al., 2022).

2.1. Caracterização do local de estágio

A USF iniciou a sua atividade a 30 de dezembro de 2013 em tipologia modelo A, com autonomia organizativa, funcional e técnica para prestar cuidados de saúde aos utentes inscritos. Pela aplicação da Portaria n.º 454-A/2023, 28 de dezembro, ocorreu a transição da USF para modelo B, enquanto modelo promotor de maior motivação dos profissionais e satisfação dos utentes (Portaria n.º 411-A/2023, 2023; Portaria n.º 454-A/2023, 2023). Relativamente à estrutura orgânica, é composta pelo Coordenador, o Conselho Técnico que integra um elemento de cada grupo profissional e o Conselho Geral constituído por todos os elementos da unidade (Decreto-Lei n.º 103/2023, 2023). A USF tem como missão, a prestação de cuidados de saúde personalizados à população, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. Como visão, pretende ser reconhecida pela excelência no atendimento e qualidade do desempenho. Segundo o regulamento interno da unidade, os seus profissionais regem-se pela

cooperação entre todos os elementos da equipa, conciliação de cuidados personalizados com eficiência e qualidade, solidariedade, autonomia, articulação com outras unidades funcionais, avaliação para adoção de medidas corretivas e gestão participativa (Regulamento interno, 2023).

A USF é parte integrante do Centro de Saúde (CS), juntamente com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Serviço Social, Serviço de Nutrição e o Serviço de Atendimento Complementar, que se realiza aos fins de semana e feriados das 8 às 20h. Estruturalmente está localizada no piso 1 do edifício, dispõe de oito gabinetes médicos, oito gabinetes de Enfermagem, duas salas de tratamentos, duas salas de saúde infantil, duas salas de saúde materna e uma área de secretariado clínico. Existe um corredor ao longo de toda a unidade, que separa a sala de espera dos utentes da ala de consulta. A sala de reuniões está localizada no segundo piso e é partilhada com as restantes unidades, mediante escala de agendamento. Relativamente aos recursos humanos, a equipa é constituída por oito médicos, oito enfermeiros, dos quais três com especialidade (um com EECESF, um em Enfermagem Comunitária e um em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) e cinco secretários clínicos. As tarefas de limpeza, higienização, esterilização e a recolha de resíduos são asseguradas por seis assistentes operacionais, em partilha com as restantes unidades. O horário de funcionamento da unidade é de segunda a sexta das 8 às 20h. As especificidades relativas ao funcionamento da USF encontram-se descritas no regulamento interno. O mesmo documento refere que a carteira de serviços da USF é a que consta na Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro, atualizada pelo Despacho 12456-B/2023, de 5 de dezembro (Regulamento interno, 2023). No que diz respeito ao núcleo básico dos serviços de saúde, inclui-se a vigilância, a promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente na Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e do Idoso. No âmbito da gestão da doença crónica, estão incluídas a diabetes mellitus, a hipertensão arterial, as doenças do aparelho respiratórios, a multimorbilidade ou outros tipos de doença, as consultas de hipocoagulação e o tratamento de feridas. A USF garante igualmente, a resposta em situações de doença aguda, os cuidados domiciliários e a interligação e colaboração com outros serviços sociais e de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados.

As várias unidades que integram o CS articulam-se entre si, de forma a alcançar a excelência nos cuidados que prestam aos utentes por quem são responsáveis. No que concerne à UCC, vários programas e projetos permitem a referenciação de utentes pela

equipa de saúde familiar, através do sistema informático, sempre que sejam identificadas necessidades no âmbito das especialidades existentes, garantindo uma abordagem especializada a cada indivíduo. A sua carteira de serviços vai de encontro ao diagnóstico de saúde da comunidade e de acordo com as estratégias do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s (PNS) e contempla os seguintes programas e projetos: Comissão de proteção de crianças e jovens em risco; Comportamentos e estilos de vida saudáveis- grupo para a promoção da saúde; Cuidados continuados integrados; Cuidados paliativos em contexto domiciliário; “Respirar Bem, Viver melhor”; Plano IADem- Plano de Investigação-ação nas demências e fragilidade; Não à diabetes; Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco; Prevenção de acidentes- “Vive a tua vida, sempre em segurança”; Rede social- Conselho local de ação social; Rendimento social de inserção; Saúde escolar- “Comunidade escolar mais saudável”; Saúde infantil; Saúde mental e psiquiátrica- prevenção e controle de problemas ligados ao álcool; Saúde oral; Saúde das pessoas idosas frágeis e Saúde reprodutiva- Ser pais, um compromisso para a vida”.

Quanto aos sistemas de informação, a USF dispõe da utilização do SClínico-CSP; Sistema de Gestão de Hipocoagulados (Gota), Registo Nacional de Utentes (RNU), Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Sistema de informação para a gestão de Programas de Rastreio Populacionais (SiiMA Rastreios). Existem ainda plataformas de apoio à contratualização e governação clínica tais como, Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS), Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) e Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP).

A área geográfica abrangida pela USF coincide com a área do concelho onde está inserida, sendo composta por 17 freguesias/união de freguesias.

Segundo dados dos Censos nacionais de 2021, o concelho no qual a USF está inserida, tem 4382 famílias residentes, com uma média de 2,5 indivíduos por família. Os 11044 cidadãos são 1145 jovens, 6568 tem entre 15 e 64 anos e 3331 são idosos, com a percentagem de dependência de idosos a situar-se nos 37,6% (Pordata, 2021).

Comparativamente com os dados do BI-CSP relativos ao mesmo período, verificam-se números relativamente superiores, sendo as famílias em número de 5290 e 11973 utentes,

distribuídos pelos mesmos grupos etários da seguinte forma: 1177 jovens, 7252 dos 15 aos 64 anos e 3544 idosos (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2023).

Os dados da mesma plataforma referentes a outubro de 2023 que se apresentam na figura 1, mostram que, nessa data, a USF era responsável pelos cuidados a 5377 famílias, 11901 utentes ao que corresponde 16733 unidades ponderadas, inscritas em oito equipas de saúde familiar. Segundo a mesma fonte, 3594 indivíduos têm 65 ou mais anos de idade, o que reflete uma taxa de dependência de idosos local de 50,29%, um valor consideravelmente superior àquele que se verifica a nível nacional (SPMS, 2023).

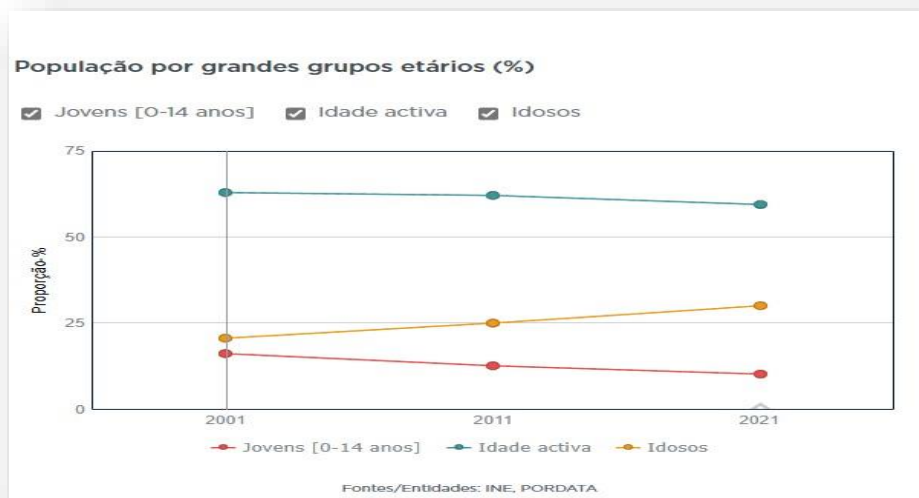
Figura 1: Distribuição das inscrições dos utentes na USF



Nota: De acordo com a Plataforma BI-CSP do SNS a outubro 2023.

O envelhecimento populacional do concelho tem sido notório ao longo das últimas décadas, tal como se pode constatar pelos dados da estatística nacional apresentadas na figura 2, que demonstram um aumento progressivo da população idosa, sendo em 2001 de 20,8%, em 2011 de 25,1% e em 2021 30,2% (Pordata, 2021).

Figura 2- Distribuição da população dos 0-14 anos, idade ativa e idosos em 2001, 2011 e 2021



Fonte: Instituto Nacional de Estatística/Pordata

2.2. Caracterização das famílias inscritas no ficheiro do enfermeiro de família

O EF é referido como sendo o profissional de Enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, é responsável pela prestação de cuidados de Enfermagem globais a famílias ao longo do ciclo vital, pela articulação com outros profissionais e com os recursos da comunidade (Decreto-Lei n. °118/2014, 2014).

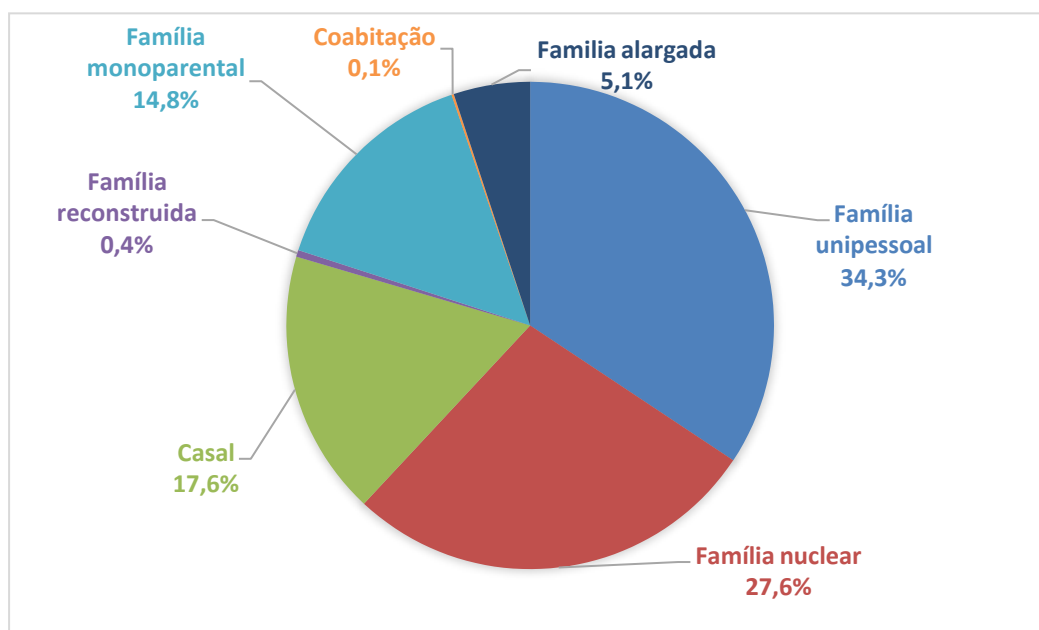
A caracterização das famílias foi efetuada com dados retirados da plataforma MIM@UF a 3 de outubro de 2023, referentes a agosto de 2023, tendo em consideração as seguintes variáveis: tipo de família, idade e sexo dos membros, tipo de família que integra idosos, grau de dependência dos idosos e subsistemas presentes. O ficheiro do enfermeiro tutor verificou-se ser constituído por 1553 utentes, integrados em 670 famílias, com uma média de 2,3 utentes por família.

Na abordagem ao tipo de família, adotou-se a classificação apresentada por Figueiredo (2012), na qual são descritas como casal- “homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo que podem ou não serem legalmente casados”; família nuclear- “homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adotados e podendo ser ou não legalmente casados; casal do mesmo sexo com um ou mais filhos adotados, podendo ser ou não legalmente casados”; família reconstruída- “casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento”; família monoparental- “constituída por figura parental única e presença de uma ou mais crianças,

com a identificação do gênero da pessoa que representa a figura parental”; coabitação- “homens e mulheres solteiros partilhando a mesma habitação”; família institucional- “conventos, orfanatos, lares de idosos, internatos”; comuna- “grupos de homens, mulheres e crianças sem delimitação expressa de subsistemas associados a grupos domésticos”; unipessoal- “uma pessoa numa habitação” e alargada- “constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco”.

O gráfico 1 refere-se à caracterização do ficheiro, relativamente ao tipo de família: 230 famílias unipessoais, 185 nucleares, 118 casais, 99 monoparentais, 34 alargadas, três reconstruídas e uma coabitação.

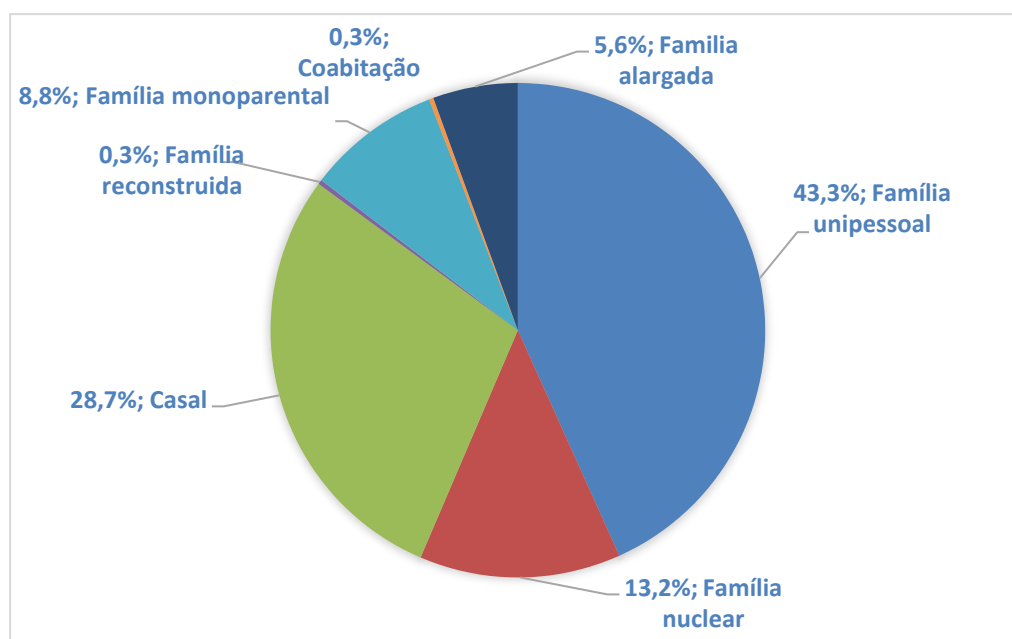
Gráfico 1- Tipo de família



Fonte: MIM@UF 2023

As idades dos membros das famílias variam de zero a 96 anos e o número de indivíduos com 65 ou mais anos é 459, representando 29,5% da população. Estes idosos são membros de 342 famílias, distribuídos por 148 unipessoais, 45 nucleares, 98 casal, uma reconstruída, 30 monoparentais, uma coabitação e 19 famílias alargadas, tal como representado, percentualmente, no gráfico 2.

Gráfico 2- Tipo de família que integra idosos



Fonte: MIM@UF 2023

A passagem a idoso, ao ser considerada uma transição desenvolvimental do ciclo vital familiar, de acordo com Silva et.al, p.152, In Corte, 2023, acarreta adaptações do indivíduo que envelhece e ao mesmo tempo, a readaptação do sistema familiar no qual está inserido, uma vez que as famílias envelhecem juntamente com os seus membros (Duarte & Domingues, 2020). As mudanças decorrentes desta transição normativa, nomeadamente o agravamento da dependência dos idosos, conduzem à necessidade de reorganização da estrutura e dos papéis familiares (Shajani & Snell, 2023). Este processo orienta para um novo equilíbrio, sendo que cada família, por ser única, tem a sua forma de enfrentar e ultrapassar os fatores geradores de mudança de acordo com a sua capacidade de autorregulação (Figueiredo, 2012).

Perante esta evidência, e considerando que 51% das famílias do ficheiro analisado integram idosos, os serviços de saúde devem adaptar-se e a Enfermagem desempenhar um papel crucial na prestação de cuidados direcionados às necessidades (Figueiredo et al., 2011).

O nível de dependência dos idosos foi avaliado através do índice de Barthel, validado para Portugal, por ser uma ferramenta que permite avaliar a capacidade de um indivíduo relativamente a dez atividades essenciais da vida diária: alimentação, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir-se, controlo de

esfíncteres, deambulação, transferência da cadeira para a cama, e subir e descer escadas (Araújo et al., 2007). Os mesmos autores referem que a escala permite identificar os itens em que idosos apresentam menor ou maior grau de dependência, o que possibilita a planificação de cuidados de acordo com as suas necessidades. Na sua versão original, a avaliação dos 10 itens da escala, com pontuação variável entre 0 e 100, traduzem-se em dependência total (0-20 pontos); dependência grave (21-60); dependência moderada (61-90); dependência muito leve (91-99) e independência (100) (Azeredo & Matos, 2003).

Os resultados obtidos classificaram como independentes, 14 idosos, dois com dependência muito leve, dois com dependência moderada e três com dependência grave e encontram-se expressos na tabela 2, na qual se verifica o número de idosos que integram cada tipologia de família, por grau de dependência.

Tabela 2- Distribuição do número de idosos pelo tipo de família e por grau de dependência

Tipo de família	Independente	Dependência muito leve	Dependência moderada	Dependência grave
Unipessoal	89	17	20	22
Nuclear	65	3	5	1
Casal	145	19	10	8
Reconstruída	1	0	0	0
Monoparental	20	4	1	6
Coabitação	1	0	0	1
Alargada	14	2	2	3

Fonte: SClínico CSP, 2023

Relativamente ao sexo dos membros, 867 (55,8%) pertenciam ao sexo feminino e 686 (44, 2%) ao sexo masculino.

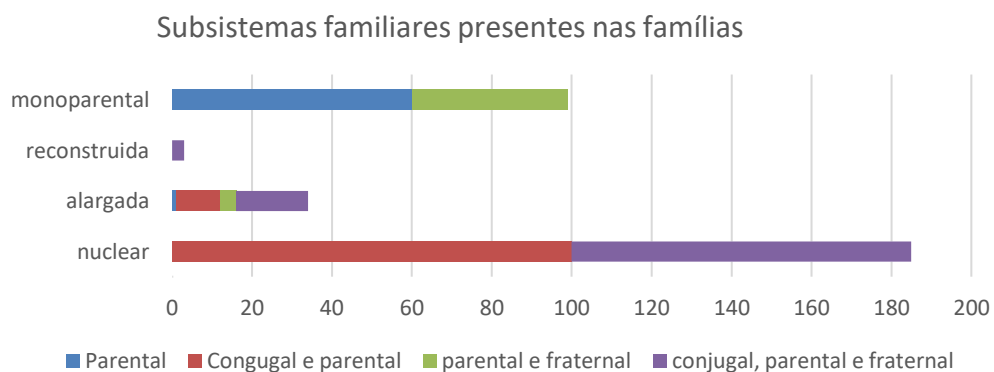
A compreensão do ciclo vital familiar permite enriquecer a abordagem e proporcionar uma perspetiva contínua e única de cada família, por se focar nos processos associados às transições inerentes a cada etapa, e valorizar as interações entre os subsistemas presentes dentro do sistema familiar (Relvas, 2006). Nesta perspetiva, as etapas do ciclo vital da família são formação de casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos, reconhecendo-se estas como as fases de desenvolvimento do sistema familiar nas quais ocorrem transformações impulsionadoras de mudanças no funcionamento, na estrutura e na interação familiar (Relvas, 2006).

O conhecimento desta trajetória permite a implementação de cuidados que capacitem os membros da família para o desempenho de tarefas fundamentais em cada fase, assim como antecipar as eventuais crises familiares associadas às transições do ciclo vital (Figueiredo, 2012). Acresce ainda, a existência de subsistemas que agrupam membros com interesses ou características semelhantes, nos quais cada indivíduo desempenha papéis distintos, contribuindo para a complexa dinâmica que molda os relacionamentos e interações familiares (Minuchin, 1990).

Assim, a abordagem do ciclo vital familiar e dos subsistemas familiares, emerge como elemento fundamental no âmbito dos cuidados de Enfermagem centrados na família. Neste sentido, através da análise da composição do agregado familiar, procedeu-se à classificação das famílias de acordo com a etapa do ciclo vital familiar, tendo-se verificado que 14 situam-se na etapa II (filhos pequenos), 16 etapa III (filhos na escola), 26 etapa IV (filhos adolescentes) e 129 etapa V (filhos adultos).

Relativamente aos subsistemas, como demonstrado no gráfico 3, verificou-se que 100 famílias nucleares, tem presentes os subsistemas conjugal e parental e 85, o conjugal, parental e fraternal. No que concerne às famílias alargadas, os subsistemas parental, conjugal e fraternal estão presentes em 18 famílias, conjugal e parental em 11, parental e fraternal em quatro e parental numa. Em todas as famílias reconstruídas, encontraram-se os subsistemas conjugal, parental e fraternal. Por fim nas famílias monoparentais identificaram-se, o subsistema parental em 60 e o parental e fraternal nas restantes 39.

Gráfico 3- Número de subsistemas familiares presentes nas famílias nucleares, alargadas, reconstruídas e monoparentais



Fonte: SClínico CSP, 2023

CAPÍTULO II- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, apresenta-se o estudo empírico realizado no período compreendido entre dezembro de 2023 e março de 2024, sustentado nos pressupostos da EECESF, de acordo com os regulamentos de competências que orientam a prática especializada baseada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e na prestação de cuidados à família, enquanto unidade de cuidados e a cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

A crise demográfica da população portuguesa é demonstrada pela análise dos indicadores do Instituto Nacional de Estatística (INE), onde é evidente que Portugal tem assistido na última década a uma tendência significativa de envelhecimento. Estes dados baseiam-se na diminuição da taxa de natalidade de 9,2‰ em 2011 para 7,6‰ em 2021, pelo aumento da taxa de envelhecimento no mesmo período, de 127,84% para 182,07% e pelo aumento da esperança média de vida, uma vez que o índice de longevidade em 2011 era de 47,9 e de 48,7 em 2021 (Portugal, 2021). Assim, observa-se o fenómeno do duplo envelhecimento, associado, por um lado, à diminuição do número de jovens e por outro, ao aumento do número de idosos (Moreira, 2020).

O aumento da esperança de vida surge como resultado da evolução ocorrida nas últimas décadas, marcadas pela modernização social e económica, pela melhoria das condições de vida e pelo acesso a cuidados de saúde, como contributo para o crescimento da proporção de idosos (Moreira, 2020). Face à conjuntura descrita, surgem desafios constantes às famílias, aos sistemas de saúde e à Enfermagem no que diz respeito à prestação de cuidados às famílias, nomeadamente àquelas que integram idosos (Rebelo, 2019). Neste contexto, o EECESF, é o profissional com competências específicas para promover a capacitação dos seus membros, uma vez que incorpora na intervenção especializada, o indivíduo e a família como um todo, valorizando as transições ocorridas ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

É perante esta realidade social, que se pretendeu dar resposta à questão de investigação: “Qual o impacto da avaliação e intervenção familiar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, em famílias com idoso(s) dependente(s)?”.

O objetivo da intervenção especializada é promover a funcionalidade das famílias que integram idosos dependentes, identificar barreiras e fatores facilitadores que estas

enfrentam e encontrar, colaborativamente, soluções baseadas em evidências que possam melhorar ou manter o equilíbrio saudável do sistema (Leal, 2023).

Desta forma, com a avaliação e intervenção familiar que se desenvolveu ao longo do estudo pretendeu-se por um lado, colaborar com as famílias que integram idosos dependentes, na perceção das suas forças e recursos como contributo para o funcionamento familiar adequado e, por outro, na definição de estratégias para ultrapassarem situações complexas, avaliando os ganhos em saúde resultantes da intervenção especializada em ESF.

Estruturalmente, apresentam-se as várias fases do processo da investigação-ação: a planificação num primeiro momento com a avaliação inicial das famílias para identificação de problemas, a fase de ação ao explicar a intervenção realizada mediante a co construção dos planos de cuidados individualizados, e por fim, a fase de reflexão com a apresentação dos resultados que refletem os ganhos em saúde ou a identificação de novas necessidades.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As famílias que integram idosos enfrentam desafios complexos que vão além dos problemas de saúde puramente clínicos, tais como questões emocionais, sociais e económicas, com influência reconhecida na qualidade do cuidado prestado e na funcionalidade das famílias (Pinheiro, 2021). As alterações sociais ao longo dos tempos, apesar de manterem a família como recurso insubstituível de apoio, tem conduzido à sua reorganização e à necessidade de repensar a intervenção dos enfermeiros, tornando os cuidados numa abordagem colaborativa com a família (Martins & Ribeiro., p.200, In Corte, 2023).

A pessoa idosa é todo o indivíduo com 65 anos ou mais, que associado ao fenómeno do envelhecimento natural, vai perdendo capacidades de forma gradual e apresenta características únicas resultante das comorbilidades associadas, fragilidades ou perda de autonomia (Veras & Oliveira, 2016).

Do envelhecimento resulta a redução gradual da independência, o aumento da vulnerabilidade a doenças, assim como a diminuição da atividade física e mental do idoso, o que por sua vez, exige desafios na sua adaptação com o objetivo de preservar o

equilíbrio entre o ciclo de vida familiar e o ciclo de vida individual (Figueiredo et al., 2011).

O déficit do autocuidado surge quando o idoso demonstra diminuição na capacidade de desenvolver as atividades diárias que lhe permitem manter o seu bem-estar (Figueiredo, 2012). Nesta perspectiva, o Modelo do Autocuidado engloba a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que permitem olhar a pessoa idosa (Orem & Rodrigo, 1993; Orem 2001), integrando as suas capacidades de aprendizagem, execução e adaptação (Figueiredo, 2012). Inicialmente a autora do modelo refere-se à família com um contexto de aprendizagem e de suporte aos cuidados, porém a Teoria do Déficit de Autocuidado aproximou-se da visão da família como alvo dos cuidados, ao se focar na capacidade dos seus membros em desempenhar tarefas adequadas ao desenvolvimento individual e da família enquanto sistema (Gray, 1996 cit. por Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

Neste contexto, emerge a necessidade de capacitar os membros das famílias de forma a contribuir para a sua adaptação às diferentes etapas do ciclo vital familiar, favorecendo a integração dos seus idosos e manutenção da qualidade de vida do sistema familiar. Sabe-se que uma etapa do ciclo não termina no momento que se inicia uma nova, que as mudanças no sistema familiar são desencadeadas por acontecimentos previsíveis e por transições não normativas e que ambas são responsáveis pela modificação dos padrões familiares que se desenvolvem progressivamente (Hanson, 2005; Kaakinen et al., 2018).

A ESF destaca-se pela sua ênfase na avaliação e intervenção na família como unidade de cuidados, reconhecendo que os padrões e as dinâmicas familiares desempenham um papel fundamental na saúde e no bem-estar dos indivíduos e da família (Regulamento n.º 428/2018, 2018), da mesma forma que a integração do idoso no seio familiar é reconhecida como um fator de extrema importante para a sua saúde (Suzana et al., 2021).

Os cuidados de Enfermagem à família baseiam-se, segundo Figueiredo (2012), nos pressupostos de que a família é um sistema que integra vários subsistemas e reflete a sua unicidade tendo em conta a diversidade de configurações familiares e interações, enquanto mobiliza recursos internos e externos para superar os processos de transição. Guerra et al. (2017) reconhecem que a família é composta por partes interrelacionadas que funcionam de maneira integrada para colmatar as necessidades individuais dos seus membros, assim como preservar as interações e o funcionamento familiar como um todo.

Segundo Vicente & Sousa (2007), os subsistemas que formam o sistema familiar são: “o indivíduo”, como a unidade básica de todos os sistemas sociais, “o núcleo familiar” composto por indivíduos que partilham a mesma residência e podem ou não partilhar laços familiares, “a composição familiar” que se refere à associação, aliança ou coligação de dois ou mais núcleos familiares, “a geração” como sendo a associação horizontal de indivíduos que compartilham a mesma posição geracional e “a linhagem” no que diz respeito à associação vertical de indivíduos de diferentes gerações, segundo laços de ascendência ou descendência.

Esta verticalização das famílias corresponde à tipologia da família alargada, caracterizada pela coabitação de várias gerações, sendo que a diversidade de subsistemas contribui para a partilha de sentimentos de amor e solidariedade, prolonga os papéis de pais, filhos, irmãos e avós, e evidencia a complexa relação entre as gerações (Vivente & Sousa, 2007). Os mesmos autores referem-se a estas famílias como multigeracionais, nas quais é reconhecida a relação entre o cruzar de gerações e a dificuldade em estabelecer fronteiras que permitam distinguir as tarefas de cada membro (Herédia et al., 2007; Araújo et.al, p. 227 In Corte, 2023; Santiago &Figueiredo, p101 In Corte, 2023).

2. METODOLOGIA

A estrutura metodológica serviu como guia orientador da pesquisa, pois define a quem e como se procedeu à colheita de dados, análise e discussão dos resultados. O seu cumprimento garantiu uma pesquisa rigorosa, resultando em *insights* valiosos para enriquecer os cuidados especializados em ESF no âmbito da temática da investigação.

O presente estudo respeitou a metodologia científica de trabalho, ou seja, o processo de Enfermagem. Centrou-se na saúde da família multigeracional com idoso(s) dependente(s) e na intervenção especializada em ESF baseada nas necessidades do sistema familiar, assim como nas forças e recursos que este mobiliza para incorporar as mudanças decorrentes das transições ao longo do ciclo vital. O desenvolvimento do mesmo teve por base a perspetiva sistémica enquanto referencial teórico e a avaliação familiar que orientou a formulação dos diagnósticos de enfermagem, planos de cuidados e reavaliação.

2.1. Objetivos do estudo

Os objetivos definidos para este estudo foram: avaliar famílias com membro(s) idoso(s) dependente(s) no autocuidado; intervir em famílias com membro(s) idoso(s)

dependente(s) no autocuidado e avaliar o impacto da intervenção familiar especializada na família como unidade de cuidados.

2.2. População

Segundo Fortin (2009, pág. 69) “*a população estudada, designada população alvo, é um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns*” sendo o elemento considerado como a unidade onde é recolhida a informação (Vilelas, 2022).

Da totalidade do ficheiro do enfermeiro tutor foi selecionada a população alvo do estudo pela aplicação dos seguintes critérios de inclusão: ser uma família alargada e integrar pelo menos um dos membros idoso dependente em grau moderado ou grave, pois estas famílias apresentam por um lado, maiores fontes de apoio, diversidade de vínculos e relacionamentos e a possibilidade de cuidados multigeracionais e, por outro, são alvo de maior vulnerabilidade (Júnior et al., 2019; Araújo et al., p. 209 In Corte, 2023).

A avaliação e intervenção numa perspetiva sistémica com estas famílias representa um desafio para o EEECESF, tendo em consideração a sua multiplicidade de subsistemas, que potencializam ou condicionam a funcionalidade familiar (Vivente & Sousa, 2007). Esta abordagem visa capacitar, antecipadamente, os membros das famílias para responderem eficazmente a exigências associadas às mudanças decorrentes do ciclo vital familiar, uma vez que a integração de um idoso dependente na família surge como uma transição desenvolvimental que impõe adaptações específicas do sistema familiar (Suzana et al., 2021).

Tendo em conta a análise de dados, a pertinência da temática escolhida e os critérios de inclusão para o estudo a desenvolver, a população alvo são cinco famílias alargadas que integram um membro idoso com dependência moderada ou grave, à data de 13 de outubro de 2023.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolha e avaliação de dados

Os instrumentos de recolha de dados são qualquer recurso ou ferramenta que um investigador utiliza para obter informações e dados relacionados com o fenómeno de estudo. Devem ser validados, de confiança e adequados ao propósito da pesquisa, a sua escolha depende da natureza da investigação e dos dados que se pretende reunir (Vilelas, 2022).

No presente estudo, a interligação entre as várias etapas do processo de Enfermagem nos cuidados com as famílias enquanto unidade de cuidados, foi potenciada pela utilização da

matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012). Neste contexto, a entrevista familiar sistêmica alicerçada na teoria geral dos sistemas e na teoria da comunicação, emergiu como uma ferramenta crucial nos cuidados à família, por ser um recurso que permite implementar intervenções mais eficazes e personalizadas nos cuidados de Enfermagem (Zordan et. al, 2012). Ao colocar a família no centro da sua intervenção, o enfermeiro assume o papel de “maestro” (Leal, 2023) e colabora na identificação de padrões disfuncionais de comportamento e comunicação, ao mesmo tempo que fornece suporte nos processos adaptativos do sistema familiar (Figueiredo., p. 147 In Corte, 2023).

Enquanto técnica de intervenção sistêmica, a entrevista familiar sistêmica é orientada segundo os princípios de hipotetização, neutralidade e circularidade (Relvas, 1996). Estes princípios são apresentados por Figueiredo (2012) e Ferré-Grau., p.403 In Corte (2023), sendo a hipotetização, o ponto de partida que orienta a tomada de decisão do enfermeiro em direção às áreas de atenção prioritárias, envolve a criação de hipóteses sem juízo quanto à sua veracidade ou falsidade, com o objetivo de serem comprovadas ou contraditas. No que diz respeito à neutralidade, refere-se à atitude imparcial do profissional sobre os membros da família e os seus comportamentos, assim como à sua capacidade de estabelecer alianças com cada membro e com todos em simultâneo. O princípio da circularidade diz respeito à capacidade de conduzir a entrevista e fazer circular informação entre os participantes, de forma a fazer emergir a influência causada por cada membro no padrão de interação familiar (Ferré-Grau p. 403 In Corte 2023). Neste sentido, o questionamento circular procura obter as respostas que conduzam à validação ou modificação da hipótese inicial, e ainda facilitar a partilha de opinião que cada membro tem sobre o funcionamento familiar (Pinto, 2023).

Durante a entrevista familiar sistêmica, o EEECESF mediante o objetivo que pretende obter, mobiliza diferentes tipos de questões, tendo sido aplicadas neste estudo as questões lineares, reflexivas, circulares e de escala. As questões lineares, por serem aquelas que forneceram informação para identificar o problema, as reflexivas que facilitaram uma visão diferente da realidade, as estratégicas que orientam a criação de novos padrões pela confrontação com os disfuncionais, as circulares focadas no efeito da reciprocidade, e as de escala foram utilizadas para quantificar o evento *stressor*, permitindo aos membros da família visualizar as mudanças e incentivar a resolução do problema (Figueiredo, 2012). Relativamente às questões circulares, estas dividem-se em questões sobre as diferenças entre os membros, crenças ou sentimentos; questões comportamentais que exploraram os

padrões de circularidade entre os membros da família; questões à díade ou tríade que possibilitam conhecer como cada membro percebe os relacionamentos, e as questões hipotéticas como aquelas que permitem analisar a percepção dos membros da família em relação às diferentes alternativas para a mudança (Figueiredo, 2012; Ferré-Grau., p. 403 In Corte, 2023). Enquanto intervenção estruturada, a entrevista familiar sistémica desenvolve-se em quatro etapas, cada uma com objetivos específicos para compreender e intervir nas dinâmicas familiares, referidas por Wright & Leahey (2018) como o acolhimento, a avaliação, a intervenção e a finalização.

Na fase de acolhimento, o princípio da neutralidade é fundamental para criar um ambiente de confiança e segurança para todos os membros da família, que facilite o processo terapêutico orientado para a mudança. Segue-se a fase de avaliação para identificar e explorar as necessidades da família, podendo ser estabelecida relação entre estas e os padrões de interação e comunicação, e ainda, conhecer o que já foi tentado na resolução do problema e os objetivos que se pretendem alcançar. A intervenção corresponde à fase em que, com a implementação de técnicas especializadas, se pretende promover mudanças nos padrões de interação e comunicação disfuncionais. Por fim, a avaliação pretende identificar as mudanças no sistema familiar de acordo com os objetivos estabelecidos com a família, correspondentes a realidades, relações e comportamentos diferentes ((Ferré-Grau., p. 403 In Corte, 2023.; Shajani & Snell., 2023).

No decorrer da entrevista familiar sistémica, foram ainda implementadas algumas técnicas específicas de intervenção sistémica, tais como o reenquadramento, a conotação positiva, a metáfora e a abordagem orientada para a solução.

O reenquadramento pretendeu alterar a percepção dos membros da família sobre determinados comportamentos ou interações, transformar interpretações negativas ou disfuncionais em interpretações positivas e construtivas, capazes de promover mudanças no funcionamento familiar (Marina & Jelena, 2022).

A conotação positiva, por um lado, orientou a família para reconhecer os seus recursos como facilitadores à resolução do problema e por outro, redefiniu-o sem se focar na causa, mas sim no efeito de coesão obtido na família (Tato, 2019; Figueiredo & Dias, p. 438 In Corte, 2023).

A abordagem centrada na solução como terapia focada no futuro, mostrou-se eficaz como estratégia de *coping*, pela analogia com acontecimentos do passado que foram bem-sucedidos, orientando a família a mobilizar os seus recursos para a construção de soluções

e alcançar os seus objetivos (Torres et al., 2020).

A metáfora como técnica de intervenção sistémica foi uma ferramenta útil, pelo uso de histórias ou imagens simbólicas para ilustrar padrões de comportamento, interações familiares ou situações complexas dando-lhe uma nova visão, o que facilitou a compreensão e a mudança no funcionamento familiar (Figueiredo & Dias., p. 438 In Corte, 2023).

As técnicas de intervenção implementadas visaram obter um conhecimento aprofundado do sistema familiar e possibilitar a orientação das intervenções para o fortalecimento do mesmo.

Igualmente, a matriz operativa do MDAIF e os instrumentos de avaliação que o integram, permitiram a identificação das necessidades das famílias nas dimensões estrutural, do desenvolvimento e funcional.

Da avaliação estrutural do sistema familiar resulta a compreensão da sua estrutura, vínculos internos e externos, assim como, o conhecimento acerca dos determinantes em saúde associados ao contexto ambiental. Incide na composição da família, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e ambiente biológico (Figueiredo, 2012). Nesta dimensão foram utilizados como instrumentos de avaliação familiar, o genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada.

O genograma é um instrumento de recolha de dados da família, ao longo de pelo menos três gerações, apresentados em representação gráfica. Permite, de forma eficaz, perceber a estrutura interna e externa da família, abordando os vínculos familiares. Apresenta uma visão retrospectiva e orienta para a identificação de potenciais problemas futuros, revelando padrões recorrentes relacionados com situações de saúde/doença, dinâmicas relacionais e comportamentais (Figueiredo, 2009, 2012).

O ecomapa permite ao profissional visualizar a existência ou não de relações entre membros da família e destes com os sistemas mais amplos (Figueiredo, 2012).

A escala de Graffar desenvolvida em 1956 foi adaptada para a população portuguesa em 1990 por Fausto Amaro, e atualizada pelo mesmo autor em 2001 (Anexo I) (Amaro, 2001). A sua utilização permite identificar a notação social da família, baseada no estudo de cinco critérios: a profissão, o nível de instrução, as fontes do rendimento familiar, o conforto, a segurança e o ambiente residencial. A cada critério é atribuída a pontuação

entre 1 e 5, sendo no caso da profissão, instrução e origem do rendimento familiar considerado o de maior nível. A notação social da família em cinco posições distintas resulta do somatório de todas as pontuações, considerando-se como classe alta (I) de 5 a 9; classe média alta (II) de 10 a 13; classe média (III) de 14 a 17; classe média baixa (IV) de 18 a 21 e classe baixa (V) se a pontuação se situar entre 22 e 25 (Figueiredo, 2012).

Alinhado com o PNS, o MDAIF sugere ainda nesta dimensão avaliativa, conhecer os determinantes ambientais em saúde para as famílias, pela identificação do controlo da qualidade da água, controlo e gestão de resíduos e águas residuais, assim como os riscos biológicos associados à presença de animais domésticos (Portugal, 2022).

No âmbito da dimensão do desenvolvimento, a utilização de uma abordagem processual e contextual na avaliação familiar, proporciona uma compreensão dos fenómenos relacionados com o ciclo vital, permitindo a implementação de um processo colaborativo com a família que considere a sua complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade (Figueiredo, 2012). A mesma autora refere ainda que esta intervenção oferece cuidados antecipatórios no sentido de promover o fortalecimento do sistema para as transições e desempenho das tarefas inerentes a cada etapa do ciclo vital. A recolha de dados relacionados com as definições que integram esta dimensão (satisfação conjugal, planeamento familiar; adaptação à gravidez e papel parental) foi potenciada pela entrevista familiar sistémica.

Relativamente à dimensão funcional, esta refere-se ao funcionamento da família que é caracterizado pelos padrões de interação familiar que permitem a continuidade do sistema (Figueiredo, 2012). Engloba o Papel de Prestador de Cuidados (PPC) na vertente instrumental, sempre que a família integra um membro com défice no autocuidado, e o Processo Familiar na expressiva (Figueiredo, 2009, 2012). Para além das técnicas de intervenção sistémicas, os instrumentos de avaliação utilizados na avaliação das famílias relativamente à sua funcionalidade são a escala de readaptação social de Holmes e Rahe, o APGAR familiar e a escala FACES II.

A escala de readaptação social de Holmes e Rahe (1967) foi traduzida para português por Caeiro (1991) como Escala de Readaptação Social (Anexo II), tem por finalidade identificar a relação entre 43 acontecimentos normativos ou acidentais, ocorridos no último ano, geradores de *stress*/crise e o aparecimento de doenças psicossomáticas. Os seus autores verificaram que o risco de desenvolver doença crescia proporcionalmente com o aumento de eventos identificados (Figueiredo, 2012). A cada acontecimento

descrito é atribuída uma pontuação entre 11 e 100 e o somatório de todos os resultados, determina a probabilidade de adoecer por doença psicossomática, sendo > 80% se superior a 300; 50% se 200 a 300 e se o *score* obtido se situar entre 150-200, existe uma menor probabilidade de incidência de doenças (Caeiro, 1991).

A aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein (1978) (Anexo III) a cada membro resulta na percepção individual do funcionamento da família, mediante a crença como estes o percebem e expressam o grau de satisfação no cumprimento de parâmetros básicos da função familiar. Expressa o seu significado pela análise das suas iniciais, sendo Adaptação (*Adaptability*) – a partilha de recursos e satisfação dos membros da família relativamente à assistência recebida pela mesma; Participação (*Partnership*) – modo como as decisões são partilhadas e satisfação sobre a reciprocidade dos processos comunicacionais; Crescimento (*Growth*) – percepção sobre a flexibilidade familiar relativa à mudança de papéis e à concretização do crescimento individual; Afeto (*Affection*) – satisfação sobre a partilha das experiências emocionais e a intimidade e interação inerente a essa partilha; Decisão (*Resolve*) – satisfação da partilha do tempo, espaço e recursos, no contexto familiar. É composta por cinco perguntas, cada uma direcionada a uma variável, tem três respostas possíveis, às quais é atribuída a pontuação de 0 se quase nunca, 1 algumas vezes e 2 quase sempre. A pontuação final classifica a família com disfunção acentuada (0 a 3 pontos), moderada disfunção (4 a 6 pontos) e altamente funcional (7 a 10 pontos) (Figueiredo, 2012).

Para além dos aspetos referidos anteriormente, os conceitos de coesão e adaptabilidade familiar também permitem explorar o funcionamento das famílias. Estes parâmetros foram avaliados pela aplicação da escala FACES II, desenvolvida em 1978 no modelo Circumplexo de Olson e seus colaboradores, na versão portuguesa de Otilia Fernandes (1995) (Anexo IV). A escala engloba 30 questões que são colocadas à família, das quais, 16 são direcionadas à coesão, por estarem relacionadas com os laços emocionais, limites familiares, coligações, tempo, espaço, amigos, decisões, interesse e lazer e 14 referem-se à adaptabilidade ao abordarem a imposição, liderança, disciplina, negociação, papéis e regras. As respostas possíveis são: quase nunca; de vez em quando; às vezes; muitas vezes ou quase sempre, sendo atribuída a pontuação de 1 a 5 sucessivamente. Os resultados que se obtêm, orientam para a classificação de família quanto à coesão como desmembrada, separada, ligada ou muito ligada e rígida, estruturada, flexível ou muito flexível relativamente à sua adaptabilidade. A relação entre os resultados obtidos permite definir

o tipo de família classificando-a como extrema, intermédia, moderadamente equilibrada ou equilibrada (Fernandes, 1995).

2.4. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

O ICN reconhece que todos os direitos humanos são interdependentes e indivisíveis, que a saúde e o bem-estar dos indivíduos podem ser prejudicados quando os seus direitos humanos são violados (ICN, 1998).

Nesta temática, o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro são referências para o exercício de Enfermagem respeitando princípios éticos e deontológicos, quer na prática de cuidados quer na investigação. Os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar, respeitar e promover ativamente os direitos das pessoas à saúde, incluindo a prestação de cuidados adequados de acordo com o código ético e deontológico de Enfermagem. Da mesma forma, o enfermeiro deve-lhes garantir a informação adequada e compreensível antes destas consentirem os procedimentos, incluindo a participação em pesquisas (Decreto-Lei n.º 104/98, 1998; Decreto-Lei n.º 161/96, 1996; ICN, 1998).

Perante as orientações anteriormente referidas foi solicitada autorização escrita à comissão de ética da Unidade Local de Saúde onde decorreu o estudo (Apêndice I) tendo sido obtido parecer positivo (Parecer n.º 76/2023, de 30 de novembro) (Anexo V). Posteriormente, as famílias selecionadas para o estudo, foram informadas sobre os objetivos e contextualização do mesmo, assegurado a sua participação voluntária e a possibilidade de desistir a qualquer momento. Todas aceitaram participar, pelo que se procedeu à obtenção do consentimento livre, informado, esclarecido e assinado por parte membros das famílias (Apêndice II).

2.5. Procedimentos de avaliação dos resultados

De acordo com o tipo de estudo adotado no presente trabalho, os dados recolhidos durante as etapas da investigação foram alvo de análise qualitativa.

A partir dos resultados apresentados na avaliação inicial das famílias, a aplicação de indicadores do MDAIF (Anexo VI), no que se refere aos indicadores de processo, a taxa de avaliação foi fundamental para medir a dimensão e a qualidade da colheita de dados, proporcionando uma base sólida para a análise subsequente.

A conjugação da análise interpretativa das narrativas dos membros das famílias, durante toda a investigação, e os resultados obtidos pela aplicação dos vários instrumentos de

avaliação, orientou a formulação dos diagnósticos familiares. De modo a expressar e quantificar a sua frequência, recorreu-se ao indicador de processo do MDAIF, taxa de prevalência.

Os indicadores de resultado referidos no mesmo modelo medem os ganhos em saúde, e foram utilizados para avaliar o impacto da avaliação e intervenção especializada em ESF.

A positivação dos juízos dos diagnósticos, que se apresenta na reavaliação das famílias, indicou que as necessidades identificadas foram colmatadas, resultando na melhoria da saúde familiar e funcionalidade dos sistemas familiares.

Por fim, a análise interpretativa foi baseada no resultado dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados especializados em ESF comparativamente com a literatura existente, proporcionando o conhecimento ampliado sobre a temática, que validou os achados obtidos e demonstrou a pertinência de desenvolver investigação nesta área.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS POR ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de Enfermagem é uma abordagem sistemática e científica que orienta para a tomada de decisão e juízo clínico dos enfermeiros, de forma a garantir a qualidade, individualidade e continuidade dos cuidados (Silva, 2024).

Considerando as várias etapas que o constituem, neste ponto, pretende-se apresentá-las de forma sequencial, em que à primeira corresponde a avaliação inicial de cada família, obtida no processo de avaliação da investigação-ação, definida por Vilelas (2022) como a avaliação do processo. A colheita de dados foi fundamental para demonstrar a taxa de avaliação familiar relativamente aos focos de atenção de Enfermagem, tal como preconizado pelos indicadores de processo do MDAIF.

Esta etapa orienta para a seguinte, que corresponde à identificação dos diagnósticos de Enfermagem, designados como diagnósticos familiares pelo modelo adotado no estudo. A prevalência dos diagnósticos reflete as necessidades ou as forças e recursos das famílias. O planeamento da intervenção resulta na co construção dos planos de cuidados individualizados.

Posteriormente, será apresentada a intervenção especializada que se desenvolveu e por fim, a última etapa do processo de Enfermagem com a apresentação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem, como resultado das intervenções implementadas.

3.1. Avaliação inicial das famílias

Esta fase refere-se aos dados avaliativos obtidos ao longo das várias consultas realizadas com as famílias, que aqui se identificaram como A, B, C, D e E. Inicialmente, apresenta-se o genograma de cada uma, assim como as suas ligações com os sistemas mais amplos, a sua notação social, e posteriormente a atividade diagnóstica desenvolvida nas dimensões estrutural, do desenvolvimento e funcional. No final da apresentação de cada família, surge uma tabela onde se expõe os diagnósticos familiares identificados.

Família A- dados avaliativos

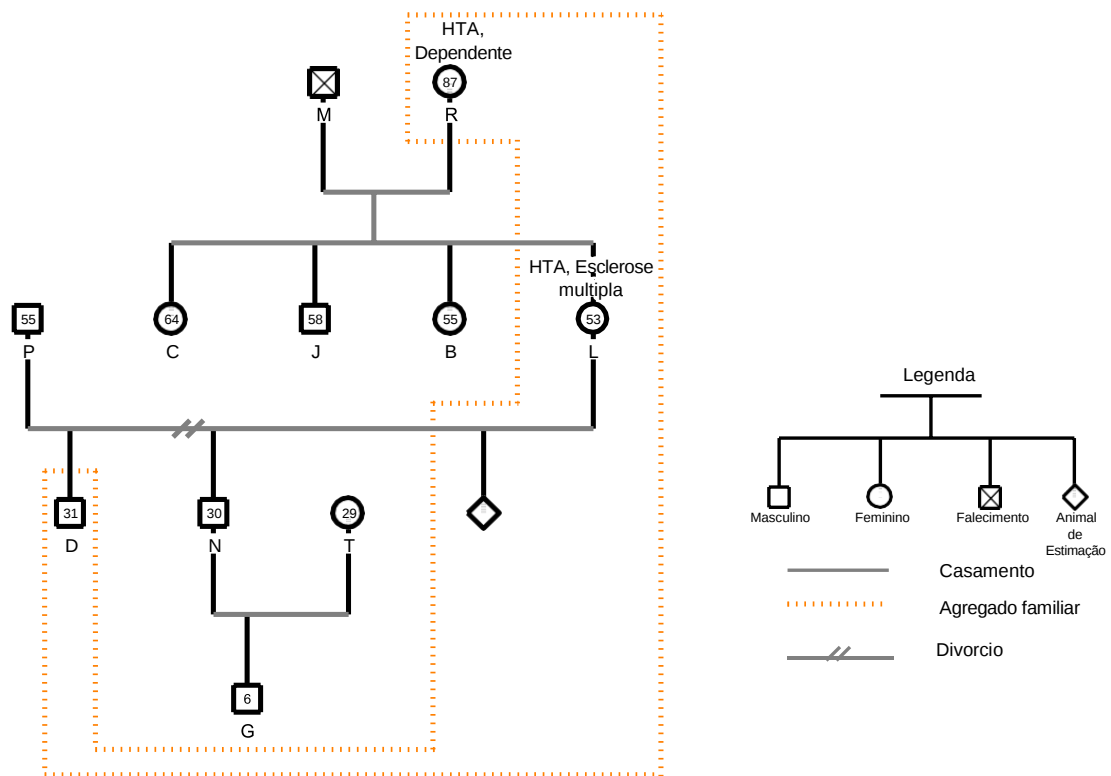
As consultas com a família foram realizadas em contexto domiciliário, num total de quatro, estando presentes em duas R e L e nas restantes os três membros da família.

O genograma da família A apresentado na figura 3 demonstra que esta é constituída por três elementos, com idades compreendidas entre os 31 e os 87 anos, tem presente o subsistema parental e inclui um animal doméstico. A R é hipertensa, dependente em grau moderado, com um *score* de 62 no índice de Barthel, no autocuidado: higiene, vestuário e atividade física, passa o dia em casa, entre a cama e o sofá. O Prestador de Cuidados (PC) é a filha L, divorciada, reformada por invalidez por ser portadora de esclerose múltipla (EM). Tem dois filhos, N residente em França e D que faz parte do agregado familiar.

Referem ter ligação com a família extensa, semanalmente por videochamada com N, com T e o filho G e presencial praticamente todos os dias com a irmã de L, B e a sua família nuclear, que residem na mesma freguesia. Quanto aos sistemas mais amplos, apenas D referiu ligação com o trabalho e com amigos com quem partilha alguns momentos de lazer.

O resultado 16 na escala de Graffar adaptada coloca a família na classe média (III), situando-se no grau 4 relativamente à profissão e no grau 3 no tipo de habitação, local de residência, instrução e origem do rendimento familiar.

Figura 3- Genograma da família A



Atividade diagnóstica/Dimensão estrutural

O abastecimento de água verificou-se ser através de rede mista, sendo por um lado, uma prática corrente da família, o consumo da água proveniente da rede privada e por outro, demonstrado que os seus membros não têm conhecimento acerca da necessidade de efetuar controlo da qualidade da água consumida. *“A água é da nossa, mas também temos da pública. No verão quando a nossa acaba, usamos a pública, mas no inverno é sempre a da mina para cozinhar e para tomar banho, para beber compro do garrafão. Não faz falta fazer análises, ela vem do monte, por perto não há fossas nem nada, só no outro dia andou lá uma vizinha a deitar herbicida”*.

No que se refere ao edifício residencial e à precaução de segurança, pela observação da habitação, verificou-se a presença da botija de gás dentro de casa e próxima de uma fonte de calor, a lareira.

A família possui dois pássaros, estão dentro de casa, numa gaiola que se apresenta com adequadas condições de higiene.

Atividade diagnóstica/Dimensão do desenvolvimento

A avaliação do foco Papel Parental (PP) na família com filhos adultos foi direcionada para o conhecimento e comportamento de adesão na redefinição da relação adulto-adulto, assim como para as condições que possibilitam o consenso, a saturação e o conflito do papel. Às questões lineares e reflexivas que foram colocadas *“pelo que já me disse, o seu filho colabora quando pode, vai consigo às compras e às consultas (...) o que espera dele? como é que você o vê? Mãe e avó tem por hábito interferir nas decisões dele? A privacidade dele é respeitada? Como acha que ele a considera no desempenho do seu papel de mãe?”* obtiveram-se respostas favoráveis à não identificação de necessidades e à percepção dos recursos familiares relacionados com esta dimensão: *“está sempre pronto a ajudar-me, nunca diz que não”, “às vezes até me custa pedir-lhe coisas”, “sim respeitamos o espaço dele”, “ele entra e sai quando quer, não lhe dizemos nada, mas se vem tarde, é claro que fico preocupada, mas ele avisa sempre”, “eu acho que não deve ter razão de queixa nem minha, nem da minha mãe”*.

Atividade diagnóstica/Dimensão funcional

A vertente instrumental da dimensão funcional, PPC, foi avaliada em contexto domiciliário, na presença do membro idoso dependente, R, através de uma intervenção de carácter exploratório, educativo e assistencial. O cuidador principal é L e sempre que necessário, dispõe da ajuda do filho, D. Demonstrou conhecimento e comportamento de adesão, assim como se verificou consenso do papel.

Contrariamente, da análise da narrativa do PC às questões reflexivas e de escala que lhe foram colocadas *“sabendo que a L desempenha vários papéis nesta família, sente-se sobrecarregada por algum?”*, *“Considera que dispõe de tempo, disposição e capacidade para desempenhar a função de cuidadora da sua mãe?”* e *“numa escala de 1 a 10, em que 1 representa totalmente capaz e 10 incapaz de desempenhar esta função, onde se coloca?”* verificou-se conflito e saturação do papel de acordo com as respostas obtidas *“Se calhar, estou num 6 ou 7”, “não é propriamente por cuidar dela, mas sim porque, sinto-me cansada, eu nunca paro, ando sempre para traz e para diante. Às vezes até parece que não vou aguentar”*. Importa referir que L é portadora de EM, pelo que em momentos de exacerbação, esta é atingida por insónias, sentimentos de cansaço e ansiedade (Marques et al., 2020), em que a fadiga pode resultar numa menor tolerância às atividades diárias (Oliveira & Souza, 1998).

No âmbito da dimensão expressiva, todas as dimensões operativas foram consideradas forças e recursos da família. Sobre a comunicação familiar, afirmaram *“a opinião de cada um é respeitada”*, assim como perante uma pergunta de escala *“Numa escala de 1 a 10, em que 1 é má e 10 é muito boa, como classificam a comunicação entre vocês?”* *“Num 10 sem dúvida”*.

Ao abordar as estratégias de *coping*, questionou-se a família acerca do hábito de falarem sobre os problemas de todos e de cada um: *“Costumam pensar sobre os vossos problemas familiares? Falam sobre eles? Acham importante discuti-los e encontrar soluções em conjunto?”* A resposta dada foi *“de momento, não identifico nenhuma dificuldade nem problemas de maior”*.

Os vários papéis desempenhados dentro do sistema familiar são descritos pelos membros como consensuais, não conflituosos e em momentos de saturação, encontram facilmente auxílio uns nos outros para a ultrapassar: D- *“eu e a minha mãe vamos dividindo as tarefas e eu ajudo sempre que ela me pede.”* O papel de provedor é dos três, os de gestão financeira, cuidado doméstico e parente são da L e o papel recreativo é do D.

No âmbito da relação dinâmica, a família foi classificada como ligada, flexível e moderadamente equilibrada pelo *score* obtido na escala FACES II. Relativamente à readaptação social, apenas foi identificada a morte de um familiar próximo como um acontecimento gerador de *stress*/crise, pelo que é reconhecida uma baixa probabilidade de incidência de doenças. A perceção dos membros acerca da funcionalidade da família, expressa no APGAR familiar, foi igual para todos os membros com pontuação de dez, pelo que se consideram, uma família altamente funcional.

Através do discurso dos membros da família, foi perceptível a influência de crenças culturais e de valores relacionadas com os cuidados à idosa dependente R, consideradas responsabilidades da família. Esta atribuição de responsabilidade foi referida como um comportamento normativo dos filhos.

A R e a L referem ainda a crença na religião católica como um recurso pessoal para o conforto e serenidade espiritual, assim como, alicerce durante situações complexas, nomeadamente na aceitação do luto.

A primeira avaliação realizada à família A resultou na identificação dos diagnósticos familiares que são apresentados na tabela 3.

Tabela 3- Diagnósticos familiares da família A

Dimensão	Foco	Diagnóstico
Estrutural	Rendimento familiar	Rendimento familiar não insuficiente
	Abastecimento de água	Abastecimento de água não adequado
	Edifício residencial	Edifício residencial não seguro Edifício residencial não negligenciado
	Precaução de segurança	Precaução de segurança não demonstrada - Conhecimento não demonstrado sobre abastecimento a gás - Conhecimento não demonstrado sobre aquecimento
	Animal doméstico	Animal doméstico não negligenciado
Desenvolvimento	Papel parental	Papel parental adequado
Funcional	Papel de prestador de cuidados	Papel de prestador de cuidados não adequado - Conflito do papel- sim - Saturação do papel- sim
	Processo familiar	Processo familiar não disfuncional

Família B- dados avaliativos

A avaliação e intervenção realizada com a família B decorreu em cinco consultas, três em contexto domiciliário e duas na unidade de saúde. Na unidade, na primeira consulta, esteve presente B e na segunda B, R, D e T. Nas visitas domiciliárias, a primeira foi realizada com I, L e V, a segunda com o casal L e V e na última participaram I, L e V e a filha B.

Na figura 4, apresenta-se o genograma familiar, no qual está representada uma família alargada de quatro gerações, composta por sete elementos com idades compreendidas entre os três e os 97 anos. Tem presentes o subsistema parental em três gerações e o conjugal em duas. Verifica-se também a presença do sistema fraternal na quarta geração.

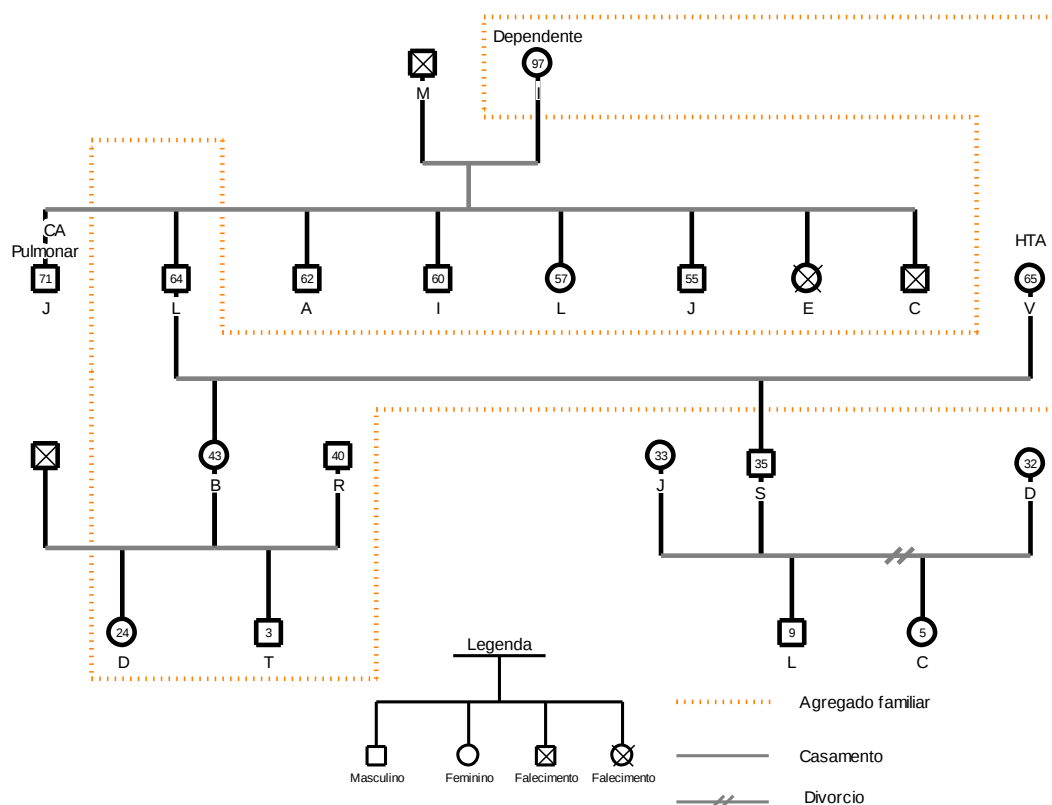
A I apresenta um grau de dependência grave segundo índice de Barthel, *score* 25, fruto da idade avançada, tem como cuidadora principal a nora V, que é também a responsável pela gestão e funcionamento do estabelecimento comercial da família situado no rés-do-chão da residência. O L é reformado, trabalha na agricultura e colabora em algumas

tarefas do estabelecimento. O casal tem dois filhos, um constituiu família e nova residência, e B, a filha mais velha, viúva de um primeiro casamento do qual tem a filha D, vive em união de facto com R na residência dos pais e tem um filho de três anos em comum, T. O casal e a filha mais velha desempenham atividade profissional no concelho onde residem e T frequenta o jardim de infância onde a mãe trabalha.

Referem relações conflituosas com os irmãos de L, fruto do distanciamento e desinteresse que manifestam perante a dependência da mãe. A interação social tem lugar principalmente com colegas de trabalho de cada um dos membros da família e com os clientes do estabelecimento.

A família apresenta a notação social pela escala de Graffar adaptada de classe média- III (16 pontos), situada no grau 4 relativamente à profissão e no grau 3 para os itens tipo de habitação, local de residência, instrução e origem do rendimento familiar.

Figura 4- Genograma da família B



Atividade diagnóstica/Dimensão estrutural

Os focos da dimensão estrutural avaliados através de perguntas lineares, por não apresentarem necessidades interventivas, foram todos considerados forças e recursos do sistema familiar.

Atividade diagnóstica/Dimensão do desenvolvimento

A avaliação foi efetuada nos dois subsistemas conjugais, de acordo com a etapa do ciclo vital familiar em que se encontram. Com L e V, nas dimensões avaliativas satisfação conjugal e papel parental- filhos adultos e com R e B para além destas, o papel parental- de recém-nascido até à infância escolar e o Planeamento Familiar.

Ao casal L e V, foram colocadas algumas questões lineares e outras reflexivas, que permitiram avaliar as várias dimensões operativas da área de atenção satisfação conjugal. Relativamente à relação dinâmica, a partilha das tarefas domésticas é consensual: *“Sentem que é uma divisão justa?”* V- *“Sim, concordamos os dois.”* L- *“Sim”* *“Gostariam que fosse diferente?”* V- *“Nunca pensei nisso, já é assim há tanto tempo.”*

Na abordagem acerca da comunicação, interação e função sexual, obteve-se igualmente respostas compatíveis com padrões de comunicação eficaz, interação sexual adequada e função sexual não comprometida: *“Tendo em conta aquilo que já referiram, apesar de nem sempre concordem totalmente um com o outro, como é que normalmente resolvem os desentendimentos que possam surgir?”* V- *“Agora está bem se pensar no passado, foi muito difícil, ele queria que eu mandasse em tudo e ele mandasse em mim, agora normalmente aceitamos o que cada um diz”* L- *“as discussões entre o homem e a mulher tem que haver, se concordamos com tudo alguma coisa não está bem”* *“Há que dizer sim e dizer não, importante é saber aceitar e resolver as coisas”*.

Acerca das temáticas função e interação sexual, os membros do casal colocaram-se ambos na pontuação de 10 quando questionados: *“De acordo com a idade e com aquilo que esperam do outro, numa escala de 1 a 10 em que 1 é insatisfação e 10 é completa satisfação, como avaliação a vossa intimidade?”*

Contrariamente a estes resultados, foi possível perceber o desagrado dos membros do casal acerca do tempo que passam em conjunto: *“Habitualmente fazem atividades em conjunto?”* *“Conseguem dar-me algum exemplo? Gostariam de passar mais tempo juntos?”* V- *“Eu gostava de podermos ir os 2 ao culto como fazíamos dantes”*. L- *“Mas agora não podemos por causa da minha mãe, ou vai ela ou vou eu. Ela vai com a filha,*

eu umas vezes com ela, outras vezes vou sozinho.”

Realizada a mesma abordagem, ao casal R e B em consulta no centro de saúde, verificou-se satisfação conjugal mantida através da análise dos discursos dos membros: *“somos verdadeiros companheiros”, “falamos das nossas coisas sem problema e é raro discutirmos”, “espero que assim continue, já tive a minha má experiência”*.

Junto deste casal, foi também avaliado o Planeamento Familiar, que apesar de ser perceptível algum desacordo na intenção de ter ou não mais filhos: *“ele até gostava de ter outro, mas sinceramente com a minha idade e da maneira que o mundo está não estou muito a favor”, “eu percebo, a B já tem dois filhos e não deixa de ter razão no que diz”,* as estratégias encontradas pelos dois, demonstraram a capacidade de encontrar um equilíbrio. Desta forma, considerou-se este foco como um recurso do subsistema conjugal, na medida em que lhes permite otimizar a partilha de emoções e a comunicação eficaz.

O foco PP abordado nos dois subsistemas parentais obteve juízos diferentes em cada um deles. Relativamente ao PP desempenhado por L e V, verificou-se ser adequado nas diferentes áreas avaliativas, apesar de ter sido referido por B, que o estilo parental adotado pelo seu pai foi marcado pela imposição de limites e regras rígidas para controlo do comportamento dos filhos, que para Lawrenz et al. (2020) corresponde a um estilo parental autoritário. Atualmente demonstram concordância e respeito pelo espaço e tarefas de cada um, V- *“eles têm a vida deles e o que fazem é lá com eles”,* L- *“às vezes há que dizer não, não podemos dizer sempre sim”,* B- *“tem uma mentalidade muito diferente da nossa, são de outro tempo, mas eu sei que não o fazia por mal”*. Foi ainda colocada a questão reflexiva *“Se perguntasse aos vossos filhos, como é que vocês são como pais, o que acha que eles diriam?”* à qual foi respondido *“espero que digam bem, porque sinceramente só não fazemos mais porque não podemos”*.

Igualmente o PP desempenhado pelo casal R e B perante a filha mais velha é adequado e dotado de aspetos compatíveis com uma relação adulto-adulto: *“A D sempre esteve presente nos problemas e na resolução”, “apesar de não ser o pai, há um mútuo respeito” “tenho muito receio do dia em que ela saia de casa, é a minha menina, vai ser um passarinho a fugir”, “não quero cometer os mesmos erros que a minha mãe cometeu comigo”*.

Contrariamente, ao abordar o desempenho do papel relativamente ao filho mais novo, este apresenta-se inadequado pelo conhecimento e comportamento de adesão não

demonstrado- padrão de sono/repouso adaptado à criança “*o T dorme connosco*”.

Atividade diagnóstica/Dimensão funcional

A avaliação do PPC englobou observação direta e questões lineares, tendo sido verificado o conhecimento e o comportamento de adesão em todas as atividades diagnósticas, com exceção do autocuidado relacionado com as atividades recreativas do membro idoso dependente.

À avaliação direta, apesar de não ser prática habitual, a I apresenta condições físicas para fazer levantar, deslocar-se em cadeira de rodas e passar parte do dia na presença de outras pessoas. As restantes dimensões avaliativas foram consideradas, pelo profissional e pelos membros da família, forças do sistema familiar.

No âmbito do processo familiar, foi aplicada a escala de readaptação social de Holmes e Rahe e obtida a pontuação de 147 ao identificarem os acontecimentos geradores de stress, verificou-se que a família apresenta menor probabilidade de incidência de doenças.

A comunicação desta família é marcada por princípios rígidos, tendo em conta que perante as seguintes questões lineares e reflexivas “*Está satisfeita com a forma como a sua família aceita os seus sentimentos?*”, “*o que poderia mudar nesse sentido?*”, os membros referem alguma dificuldade em comunicar: “*totalmente satisfeita não estou, às vezes não consigo que entendam o que eu quero dizer, ou porque não me consigo expressar, ou porque eles não me entendem mesmo*”, “*só se mudassem a mentalidade, sabe que são pessoas antigas, não pensam como nós.*” De acordo com as respostas obtidas, a comunicação familiar foi considerada ineficaz.

Contrariamente, foi identificada a capacidade de mobilização de estratégias de *coping* nesta família, nomeadamente ao ser relatada a resolução de um conflito conjugal no passado. A atividade diagnóstica que se desenvolveu no âmbito do *coping* familiar, abordagem orientada para a solução com conotação positiva, permitiu também, identificar as crenças culturais e de valores assumidas pela família.

As expressões utilizadas por V “*foi muito complicado quando eu decidi mudar de religião*”, “*ele dizia que eu ia era ter com outros homens*”, “*nunca aceitou ir comigo e ver o que lhe tentava dizer*”, demonstraram a renitência do marido em assumir vivências diferentes daquelas que lhe foram transmitidas pela sua família de origem. No que se refere à crença religiosa, atualmente, toda a família faz parte da congregação cristã, estando relacionada com o culto de fé e é identificada como um recurso para a

espiritualidade de cada um e por consequência, do sistema familiar.

Os papéis familiares de provedor, de gestão financeira, de cuidado doméstico, recreativo e de parente são desempenhados por todos de forma consensual e sem conflitos ou saturação “*cada um faz a sua parte*”.

Com a avaliação da relação dinâmica, verificou-se a existência de uma maior influência de B sobre os outros membros da família, apesar de L fazer “*questão de ter sempre a última palavra*”.

Não foram identificadas alianças ou uniões que afetem nenhum membro da família. A aplicação da escala FACES II, identificou uma relação dinâmica disfuncional, uma vez que se obteve um resultado compatível com a classificação da família como sendo do tipo extrema, desmembrada na componente coesão e rígida na adaptabilidade. São exemplo de respostas que conduziram à classificação desmembrada: “Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala- quase nunca, e rígida: “É difícil mudar as normas que regulam a nossa família” - quase sempre.

A percepção da funcionalidade familiar, pelos membros da família foi avaliada pelo APGAR familiar, que resultou em família altamente funcional para D e R com 10 e 8 pontos respectivamente e família com moderada disfunção para V, B ambas com 6 e para L com 5.

Da primeira avaliação realizada à família B, resultou a identificação dos diagnósticos familiares que são apresentados na tabela 4.

Tabela 4: Diagnósticos familiares da família B

DIMENSÃO	FOCO	DIAGNÓSTICO
Estrutural	Rendimento familiar	Rendimento familiar não insuficiente
	Abastecimento de água	Abastecimento de água adequado
	Edifício residencial	Edifício residencial seguro Edifício residencial não negligenciado
	Precaução de segurança	Precaução de segurança demonstrada
Desenvolvimento	Satisfação conjugal	Satisfação conjugal não mantida - Relação dinâmica disfuncional
	Planeamento familiar	Planeamento familiar eficaz
	Papel parental	Papel parental não adequado - Conhecimento não demonstrado- hábitos de sono
		- Comportamento de adesão não demonstrado- hábitos de sono

Funcional	Papel de prestador de cuidados	Papel de prestador de cuidados não adequado - Conhecimento do papel não demonstrado- autocuidado atividade recreativa -Comportamento de adesão não demonstrado- atividade recreativa
	Processo familiar	Processo familiar disfuncional - Comunicação familiar não eficaz - Relação dinâmica disfuncional

Família C- dados avaliativos

Foram realizadas três consultas com a família, duas em contexto domiciliário e uma na unidade de saúde. Esta última foi realizada com a presença de C e S, e em domicílio, uma com R e C e a outra contou ainda com E.

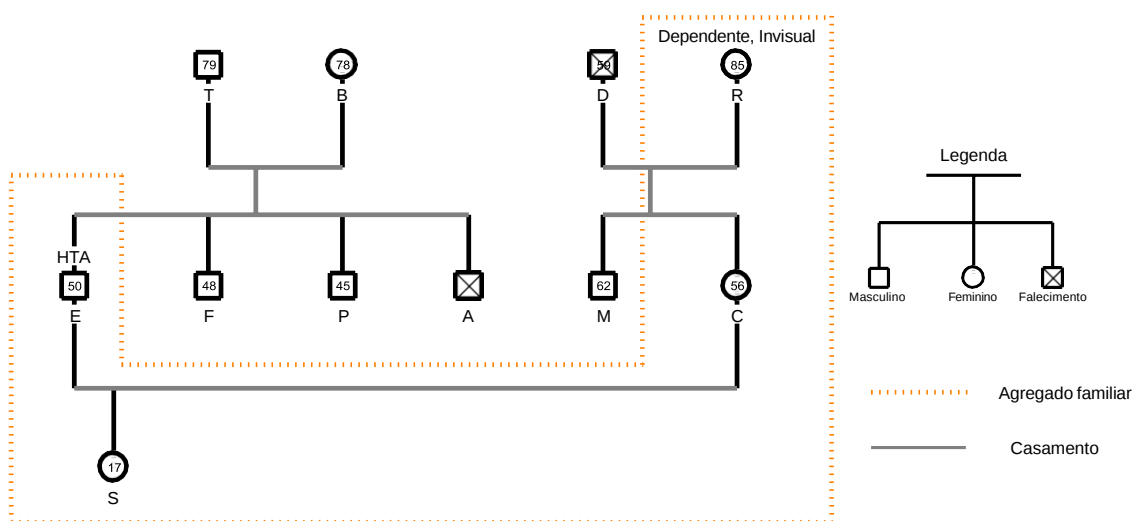
A família C, representada no genograma da figura 5, é constituída por quatro elementos de 17, 50, 56 e 85 anos, contemplando um subsistema conjugal e dois parentais. A R é totalmente dependente segundo o índice de Barthel, *score* 0, invíscual e hipertensa. A C, filha, é a sua cuidadora a tempo inteiro, apesar de não ter reconhecido o estatuto de cuidador informal. Casada com E, construtor civil, tem em comum a filha S de 17 anos, estudante a 65 Km de casa, que vai e vem todos os dias.

Relativamente à família extensa, dizem ter contacto frequente com os irmãos de E e com M, irmão de C, que semanalmente visita a mãe. Este também colabora com a família perante a necessidade de assumir o papel de cuidador em momentos esporádicos.

No que se refere aos sistemas mais amplos, E tem bom relacionamento com o trabalho, S refere uma ligação intensa com o namorado e com os amigos. Por sua vez, C diz não ter ligações sociais.

Da aplicação da escala de Graffar adaptada, obteve-se a pontuação 4 na profissão e instrução, 3 na origem do rendimento familiar e tipo de habitação e 2 no local de residência. O somatório dos cinco itens coloca a família na notação social de classe média- III.

Figura 5- Genograma da família C



Atividade diagnóstica/Dimensão estrutural

Através da observação direta e questionamento linear, todos os itens de avaliação diagnóstica referentes à dimensão estrutural, não demonstraram necessidades de intervenção, portanto consideraram-se forças e recursos da família.

Atividade diagnóstica/Dimensão do desenvolvimento

Nesta dimensão, optou-se apenas pela avaliação da satisfação conjugal e papel parental, uma vez que os restantes itens avaliativos não se adequam à etapa desenvolvimental da família.

Para obter os dados necessários, foram colocadas ao casal as seguintes questões reflexivas e de escala: “Como fazem a divisão das tarefas cá em casa?”, “O que acham dessa divisão?”, “Conseguem ter tempo destinado para vocês como casal?”, “Gostavam que esse tempo fosse mais ou de melhor qualidade?”, “Falando de expressão de sentimentos, o que tem a dizer sobre vocês como casal?”, “Numa escala de 1 a 10, em que 1 é nada satisfeito e 10 é totalmente satisfeito, como classificam a comunicação entre vocês?”, “Conseguem dizer um ao outro aquilo que vos preocupa no dia-a-dia?”, “Relativamente a sexualidade, como classificam a vossa relação como casal? “e na relação mais íntima, alguma vez passaram por alguma situação mais delicada?”.

As respostas obtidas permitiram considerar que o casal demonstra satisfação conjugal mantida: “O meu marido dá-me muito apoio, é muito compreensivo, até faz a comida quando eu não posso”, “Não posso pedir muito, ele trabalha o dia todo e eu fico em casa, é normal que seja eu que faço mais coisas em casa”, “O tempo é pouco, mas vamos

arranjando”, “Gostar até gostava, mas não há muitas possibilidades, há sempre alguma coisa por fazer”, “A mãe ocupa-lhe o tempo e a cabeça”, “Talvez 9, há sempre alguma coisa que não nos agrada, mas normalmente resolvemos tudo na hora, conversamos e nunca vamos dormir sem resolver as coisas”, “Diria razoável, a gente cá se desenrasca”, “Nunca tivemos problemas, temo-nos ajustado bem. Até quando eu fui operada, ele foi muito compreensivo”.

A abordagem acerca do PP, também revelou que este se encontra adequado, na medida em que os pais demonstram conhecimento e comportamento de adesão relacionados com as tarefas inerentes ao desempenho do papel- filhos adolescentes, nomeadamente na definição das regras: *“Relativamente à vossa função de pais, o que tem a dizer das vossas facilidades ou dificuldades? Como classifica a relação pais/filha?” “Corre tudo normal, ela está a estudar longe, eu levo-a todos os dias ao autocarro, é uma rapariga responsável, obediente, até agora nunca tivemos problemas”.*

Atividade diagnóstica/Dimensão funcional

A existência de um membro totalmente dependente nesta família há cerca de cinco anos, terá permitido aos seus membros o ajustamento às necessidades relacionados com o PPC, uma vez que manifestam conhecimento e comportamento de adesão adequados às necessidades do membro idoso dependente. O papel assumido pela filha tem o consenso dos membros coabitantes, assim como da restante família alargada. Não se verificaram conflitos pela assunção do papel, C diz que está tudo bem com ela, no entanto quando foi questionada *“Numa escala de 1 a 10, em que 1 se sente totalmente apta e 10 no seu limite para cuidar da sua mãe, onde se classifica hoje?” “acho que estarei num 5”* apercebe-mo-nos da existência de saturação do PPC.

No âmbito do processo familiar, a pontuação de 0 obtida pela aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe à família traduz-se, segundo o autor da escala, numa menor probabilidade de incidência de doenças, não tendo sido identificado no último ano, qualquer acontecimento gerador de *stress* na família.

A comunicação familiar foi considerada, por todos, eficaz tanto na comunicação verbal e não-verbal, como emocional e circular: *“Numa escala de 1 a 10, em que 1 é nada satisfeito e 10 é totalmente satisfeito, como se sentem em relação à forma como vocês comunicam?”*, *“sentem que ficam coisas por dizer?”*. As respostas dadas pelo casal foram de 9 e a filha referiu que *“às vezes acho que eles não querem entender-me totalmente, por isso diria 8, mas não tenho nenhum problema com isso, deve ser normal,*

sei lá...”

Com o objetivo de avaliar o *coping* familiar, aplicaram-se as seguintes perguntas: *“Quando surgem problemas na família, como é que os discutem?”*, *“Existem estratégias específicas que vocês usam para enfrentar os problemas juntos?”*, *“Existe alguém fora do núcleo familiar a quem possam recorrer como suporte?”*, *“Tem recorrido a essas pessoas?”*, *“Consideram importante ter esse recurso?”*. No seguimento das respostas dadas sobre a comunicação, os membros desta família referem que *“sempre que um problema incomoda um de nós, é falado em família e não me recordo de nenhuma situação que não tenhamos conseguido resolver”*.

Para avaliar a relação dinâmica, procurou-se identificar a existência de alianças ou uniões, que foram identificadas entre C e S, quando a filha referiu *“a minha mãe está sempre disponível para mim, já com o meu pai há coisas que não quero falar, também acho que é normal, é um homem”*. Ao questionar o E acerca da intensidade desta ligação, foi entendida como um não constrangimento.

A família foi considerada moderadamente equilibrada pela escala FACES II, ligada na componente coesão, no entanto encontra-se num extremo da escala na adaptabilidade-muito flexível. No que diz respeito à flexibilidade, um exemplo de resposta que contribui para este resultado foi quase nunca na questão *“é difícil mudar as normas que regulam a nossa família”*.

Relativamente aos dados avaliativos resultantes do APGAR familiar, todos os membros têm perceção de serem uma família altamente funcional.

No que diz respeito às crenças familiares, como religiosa foi referida a católica e percecionada a cultural e de valores, relacionadas com as responsabilidades de cada membro relativamente aos papéis familiares. Neste contexto, atribuem relevância ao facto de E desempenhar uma atividade profissional e ter o papel de provedor, tornando aceitável que C seja a responsável pelos restantes papéis familiares que orientam o padrão funcional da família.

A primeira avaliação realizada à família C resultou na identificação dos diagnósticos familiares que são apresentados na tabela 5.

Tabela 5: Diagnósticos familiares da família C

DIMENSÃO	FOCO	DIAGNÓSTICO
Estrutural	Rendimento familiar	Rendimento familiar não insuficiente
	Abastecimento de água	Abastecimento de água adequado
	Edifício residencial	Edifício residencial seguro Edifício residencial não negligenciado
	Precaução de segurança	Precaução de segurança demonstrada
Desenvolvimento	Satisfação conjugal	Satisfação conjugal mantida
	Papel parental	Papel parental adequado
Funcional	Papel de prestador de cuidados	Papel de prestador de cuidados não adequado - Saturação do papel- sim
	Processo familiar	Processo familiar disfuncional - Relação dinâmica disfuncional

Família D- dados avaliativos

O contacto com esta família desenvolveu-se ao longo de cinco consultas de Enfermagem, três em contexto domiciliário, nas quais estiveram presentes na primeira A, M e C, na segunda A e M e na última A e o casal M e S. Tendo em conta a atividade laboral dos filhos e na impossibilidade de consulta presencial, foram efetuadas com cada um deles, via telefone.

Na figura 6, apresenta-se o genograma da família D, que é formada por um casal, dois filhos, um membro idoso dependente e quatro animais de estimação. Relativamente aos subsistemas presentes, verifica-se o parental, conjugal e fraternal.

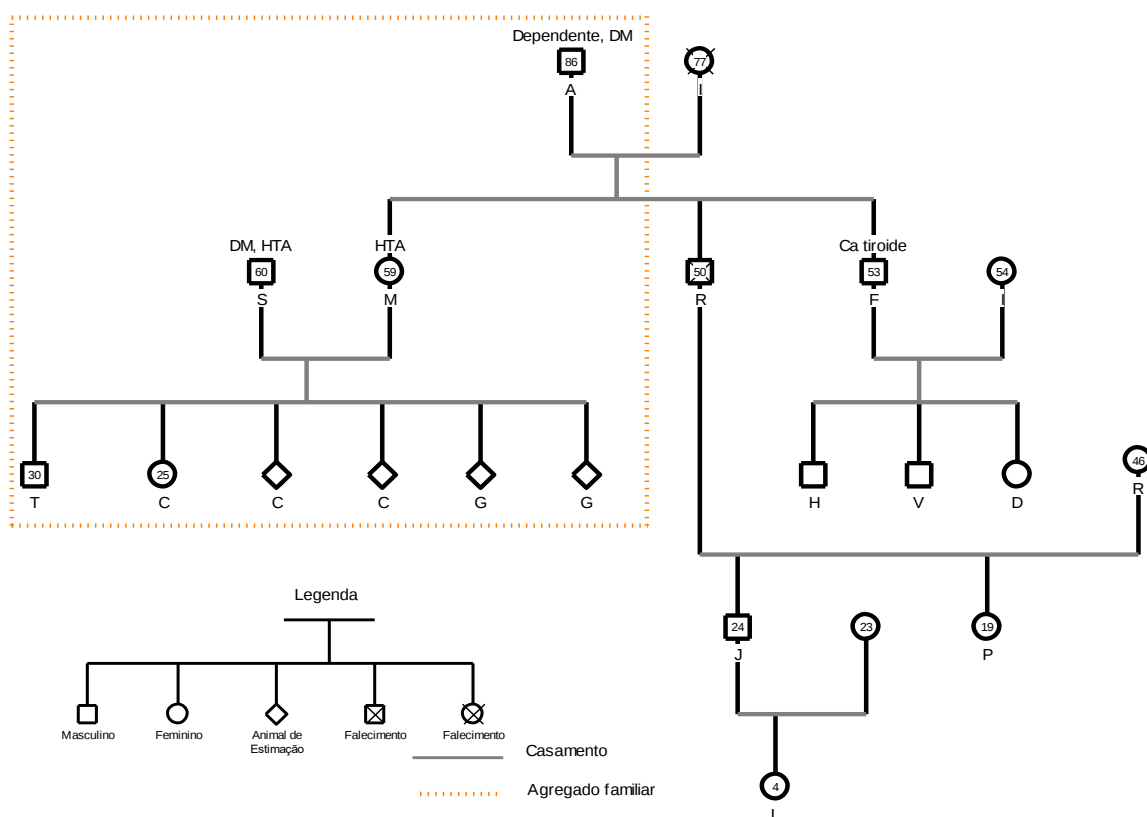
O A com 86 anos, é viúvo, diabético, hipertenso e apresenta dependência moderada segundo o índice de Barthel com um *score* de 61, no autocuidado higiene e mobilidade. Coabita com a filha M, que não exerce atividade profissional remunerada, o genro S trabalhador na adega regional do concelho e com os dois netos. O mais velho, T, trabalha numa associação florestal e C é estudante de mestrado, pelo que passa a semana fora e o fim de semana em casa da família.

No que diz respeito aos relacionamentos com a família extensa, todos os membros desta família se referem aos mesmos, como sendo escassos: “*está cada um na sua vida*”. Como

sistemas mais amplos, são referidos os colegas de trabalho de T e S, os amigos de T e C e a associação folclórica é apontada por S. A M fala de contactos muito esporádicos com os vizinhos.

Em relação à notação social, esta família situa-se na classe média alta (II) pelo resultado 12 na escala de Graffar adaptada, com os itens profissão, origem do rendimento familiar e local de residência pontuados no grau 3, o tipo de habitação no 2 e no grau 1 a instrução dos membros da família.

Figura 6- Genograma da família D



Atividade diagnóstica/dimensão estrutural

Da avaliação dos itens desta dimensão, verificou-se origem do rendimento familiar proveniente de rendimentos certos, abastecimento de água da rede pública, tipo de habitação grau 2 e com higiene adequada, precaução de segurança demonstrada por inexistência de barreiras arquitetónicas, conhecimento sobre aquecimento e abastecimento a gás e ainda, a presença de dois cães e dois gatos vacinados e desparasitados. Estes dados, permitiram considerar todos os diagnósticos desta dimensão como forças e recursos da família.

Atividade diagnóstica/dimensão do desenvolvimento

Considerando a etapa do ciclo vital familiar, família com filhos adultos, nesta dimensão, foi avaliada a satisfação conjugal e o papel parental- família com filhos adultos.

Relativamente ao primeiro item referido, recorreu-se às seguintes questões lineares e reflexivas: *“Como casal, de que forma dividem as tarefas cá em casa?”*, *“Quando o seu marido está, que apoio lhe dá?”*, *“Acha que poderia ser diferente?”*, *“É uma situação aceite pelos dois?”*. *“Têm reservado tempo para falar?”*, *“Costumam falar sobre os vossos sentimentos?”*, *“Quem costuma ter a iniciativa para conversar?”*, *“À medida que envelhecemos, podem surgir desafios físicos que afetam a atividade sexual. Algum de vocês experimentou algum desses desafios? Sabem como os ultrapassar, caso surjam?”*, *“Estão satisfeitos com a vossa vida sexual atual? Querem partilhar alguma preocupação sobre este assunto?”*

As respostas obtidas demonstram satisfação com a comunicação, função e atividade sexual do casal, no entanto é perceptível, a presença de uma relação dinâmica disfuncional, causada pelo tempo que o casal dispõe só para os dois: *“só os dois não, nada, não há possibilidade. Ele está sempre a dizer-me ao domingo para irmos dar uma volta, mas eu não consigo sair de casa”*, *“já nem me lembro de sair só com ela”*.

Na avaliação do PP, verificou-se a adequação no desempenho das tarefas inerentes à etapa em que a família se encontra (família com filhos adultos), pelo que foram identificadas como forças e recursos nesta área.

Atividade diagnóstica/dimensão funcional

Na vertente instrumental, avaliou-se o PPC em todos os itens avaliativos. Verificou-se conhecimento e comportamento de adesão em todos os autocuidados, é referido consenso na assunção do papel por parte de M e verifica-se conflito do papel dada a multiplicidade de papéis desempenhados pela cuidadora e saturação do papel, devido à sobrecarga física: *“Sinto-me muitas vezes cansada, quase sem forças para fazer tudo o que tenho para fazer”*, *“tenho duas hérnias na coluna, às vezes tou cheia de dores”*, *“tenho tonturas”*, *“e acredito que esteja a falhar em alguma coisa...o mais provável é que seja com o meu marido”*.

Na abordagem à dimensão expressiva do processo familiar, a comunicação familiar foi considerada eficaz pelas respostas obtidas às seguintes questões lineares, reflexivas e de escala: *“Quem na família costuma falar/expressar mais o que sente e de que forma?”*,

“Como é que os membros desta família reagem a essa forma de expressão?”, “De uma forma geral, estão satisfeitos com a forma como expressam o que sentem? Acham que são compreendidos?”, “O que acham da forma como os outros se expressam? Compreendem o que querem dizer?”, “Enquanto família, estão satisfeitos com a forma como falam uns com os outros? Acham que a comunicação atual é eficaz para vocês?”, “Numa escala de 1 a 10, como classificariam a vossa comunicação em geral? E o que seria necessário para subir um ponto nessa escala?”, “A opinião de cada um é aceite pelos outros?”, “Quando há uma discordância na família, como é que cada um de vocês reage?”, “E como é que essas reações influenciam o resultado da situação?”, “Se eu perguntasse a cada um de vós como o outro costuma responder quando está chateado, o que é que acha que ele diria?”

O elemento identificado por todos, como sendo o mais expressivo na forma de comunicar, foi M; *“Quando a minha mãe começa a resmungar com tudo e com todos, nós começamos a pegar com ela para ela desanuviar, já sabemos que vai acabar mal, começa numa ponta e vai tudo à frente”, “Ui, nessas alturas é melhor nem falar para ela”, “Eu quando estou aborrecida, vou para o campo, choro, rio, canto e passa”, “Reagem bem, graças a Deus, eles são muito meus amigos”, “Ajuda enfermeira, que remédio, temos que resolver estas coisas”.*

Tendo como objetivo avaliar o *coping* familiar, realizou-se uma abordagem orientada para a solução, ao ser sugerido à família a identificação de uma situação do passado causadora de *stress* ao sistema familiar, e que tenham conseguido superar até um novo equilíbrio, uma vez que a sua implementação, permite destacar os pontos fortes das famílias e os recursos que estas utilizaram na resolução de problemas (Finlayson et al., 2019). Os membros da família relataram a depressão vivida por M há vários anos como uma transição saúde/doença, que foi associada à acumulação de várias situações (Acidente vascular cerebral do pai, diagnóstico de cancro da mãe com vigilância durante dez anos no Instituto Português de Oncologia e sobrecarga de tarefas familiares), perante qual os membros da família mobilizaram recursos internos e externos de forma a ultrapassar esse momento de crise.

No que diz respeito aos papéis desempenhados na família, está presente o consenso na sua distribuição, sendo o de provedor do A e S, o de gestão financeira e o cuidado doméstico recaem sobre M e os de parente e recreativo são assumidos pelos filhos. Não foi demonstrado conflito nem saturação de papéis supra descritos, por nenhum membro

da família.

No item avaliativo da relação dinâmica, pela avaliação da escala FACES II esta família demonstrou ser moderadamente equilibrada, na coesão ligada, e no extremo da escala relativamente à adaptabilidade-muito flexível. Os resultados individuais obtidos no APGAR familiar revelam que todos os membros da família têm a percepção da alta funcionalidade familiar.

Foi identificada na família, a crença cultural e de valores expressa na convicção da não institucionalização do idoso dependente: *“o meu pai há-de ficar nesta casa até morrer, fiz à minha mãe tenho que fazer ao meu pai”*.

Assumem a crença religiosa, católica.

A primeira avaliação realizada à família D resultou na identificação dos diagnósticos familiares que são apresentados na tabela 6.

Tabela 6: Diagnósticos familiares da família D

DIMENSÃO	FOCO	DIAGNÓSTICO
Estrutural	Rendimento familiar	Rendimento familiar não insuficiente
	Abastecimento de água	Abastecimento de água adequado
	Edifício residencial	Edifício residencial seguro Edifício residencial não negligenciado
	Precaução de segurança	Precaução de segurança demonstrada
	Animal doméstico	Animal doméstico não negligenciado
Desenvolvimento	Satisfação conjugal	Satisfação conjugal não mantida - Relação dinâmica disfuncional
	Papel parental	Papel parental adequado
Funcional	Papel de prestador de cuidados	Papel de prestador de cuidados não adequado - Conflito do papel- sim - Saturação do papel- sim
	Processo familiar	Processo familiar disfuncional - Relação dinâmica disfuncional

Família E- dados avaliativos

A avaliação e intervenção familiar foi desenvolvida ao longo de sete consultas familiares, quatro no domicílio e três no centro de saúde. Em contexto domiciliário, os elementos M e C participaram em todas as consultas, J em três, T e A apenas em uma. À unidade compareceu a uma consulta A, numa T e na outra T, acompanhado por C. Não foi possível

estabelecer qualquer contacto com B.

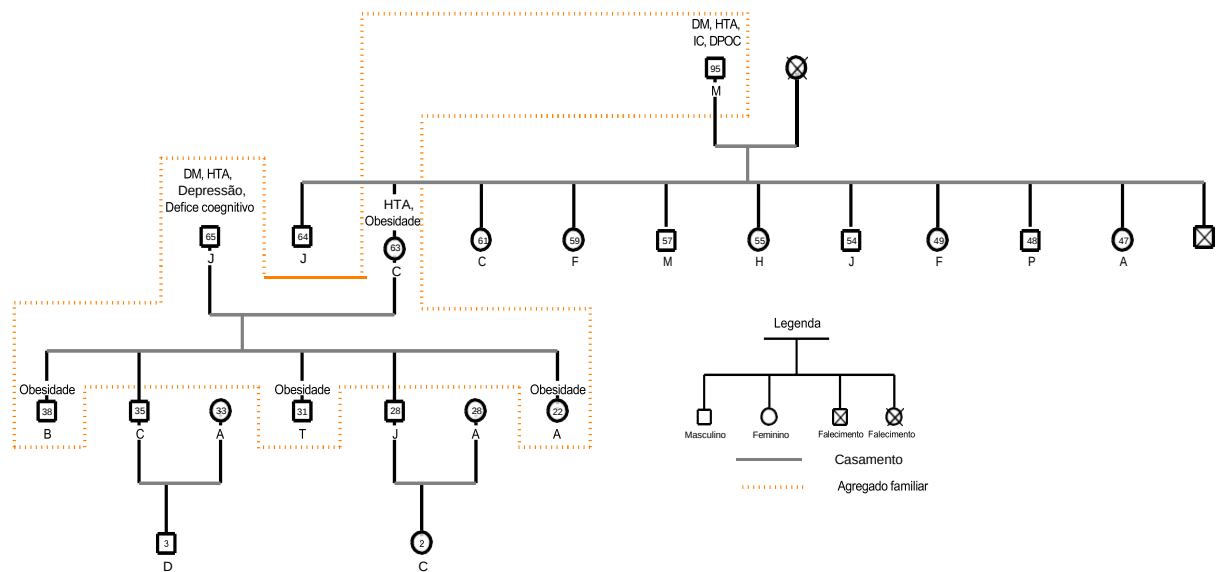
O genograma apresentado na figura 7, refere-se à composição familiar, constituída por três gerações, um casal J e C com cinco filhos adultos, três dos quais ainda residem em casa dos pais, B, T e A. Coabita também, M com 95 anos, pai de C, com grau de dependência grave segundo o índice de Barthel, *score* 55, apresenta como comorbilidades hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica. O J é igualmente hipertenso e diabético e reformado por invalidez devido ao diagnóstico médico atribuído em 2017 de incapacidade cognitiva média. A C com 63 anos de idade, não tem atividade profissional remunerada e é a responsável pela maioria dos papéis dentro do sistema familiar. Os filhos B e T são operários da construção civil com vencimentos incertos e A com 22 anos, está desempregada. Todos os elementos desta família têm diagnóstico de obesidade. Relativamente à escolaridade dos membros da família, foi demonstrado que um não tem qualquer formação académica, três terminaram o ensino básico e dois completaram o ensino secundário.

A família extensa é numerosa uma vez que M tem mais nove filhos, dos quais três residem no estrangeiro e os restantes no mesmo concelho. A C refere que a ligação com eles é fraca, alguns nem sequer colaboram nas despesas que tem com o pai e o contacto presencial é escasso: *“de vez em quando lá telefonam, mas aparecer é muito raro”*. Relativamente ao contacto com os filhos que saíram de casa, este é diário e presencial, uma vez que fazem a refeição do almoço em casa dos pais.

No que concerne aos sistemas mais amplos, são referidos os amigos dos filhos, J alude o pároco e sacristão da freguesia com quem esporadicamente vai almoçar e os amigos com quem joga às cartas no café. A C habitualmente não sai de casa, pelo que não refere ligações sociais.

Pela aplicação da escala de Graffar adaptada obteve-se a notação social da família de classe média baixa (profissão-5, instrução- 3, origem do rendimento- 4, tipo de habitação e local de residência- 3).

Figura 7- Genograma da família E



Atividade diagnóstica/dimensão estrutural

A origem do rendimento familiar é proveniente de pensões e vencimentos incertos.

O abastecimento de água é da rede privada, a família não efetua o seu controlo nem demonstra conhecimento sobre controlo da qualidade da água: *“A nossa água é do furo, mas nunca fizemos nenhuma análise, acho que não faz falta”*.

Verificou-se o conhecimento dos membros da família acerca do abastecimento a gás, sistema de aquecimento e barreiras arquitetónicas.

Não existem animais domésticos.

Atividade diagnóstica/dimensão do desenvolvimento

O conhecimento da etapa desenvolvimental em que a família se encontra, orientou para a avaliação dos itens que compõe a dimensão do desenvolvimento, satisfação conjugal e papel parental- família com filhos adultos.

Relacionado com a satisfação conjugal, J não se mostrou recetivo à abordagem referindo apenas *“quando não nos entendemos, eu saio porta fora”*. Assim sendo, a informação acerca desta temática foi recolhida com a esposa. Para conhecer a relação dinâmica do casal questionou-se de forma reflexiva: *“Estão os dois em casa, como partilham as tarefas diárias?”* *“Ele levanta-se ao meio dia, depois lá vai até ao campo e trata dos animais, o resto é comigo. Já é assim há muito tempo e está tudo bem”*. Foi identificada

uma comunicação ineficaz pelo facto de J abandonar a conversa quando não há entendimento e por C acrescentar, *“ele não fala”*.

A questão de escala aplicada permitiu avaliar a função e interação sexual *“Pensando em toda a relação de casal que tem, quanto às tarefas, à comunicação entre os dois e ao relacionamento sexual, atenção e carinho entre vocês, onde classifica a vossa relação numa escala de 1 a 10, em que 1 é muito má e 10 é ótima?”*. Obtiveram-se como respostas: *“desde que ele começou a tomar aqueles remédios, nunca mais funcionou, já lá vão uns bons anos”*, *“por mim está tudo bem, nunca foi de muitos carinhos, posso dizer 10”*, *“se quer que lhe diga a verdade, já foi muito pior, houve tempos que até me bateu”*.

No âmbito do PP, verificou-se a inexistência de coparentalidade, que no entendimento de Pereira (2022), é frequente em situações de divórcio dos pais, no entanto também pode ser verificada, como no caso desta família devido ao défice cognitivo de J. Desta forma a assunção do papel por C, apesar de não ter sido consensual também não foi imposto, tendo surgido de forma natural e é referida pelos membros da família como recurso para o equilíbrio familiar. A união entre os filhos e a mãe demonstrou ser um fator protetor do sistema, ao se verificar o desempenho das tarefas inerentes ao ciclo vital familiar em que se encontram: *“eles têm a vida deles, mas não deixam de ter a vida cá em casa”*, *“claro que não temos que dizer tudo que fazemos”*, *“somos adultos a viver na casa dos pais”*.

Atividade diagnóstica/dimensão funcional

O conhecimento, aprendizagem de habilidades e a sua implementação por parte do PC sobre gestão do regime terapêutico, vigilância e administração de medicamentos, autocuidados higiene, vestuário, comer, beber, uso do sanitário, comportamentos de sono e repouso, atividade de lazer, atividade física foi avaliado através de perguntas lineares: *“diga-me C que dúvidas ou dificuldades tem nos cuidados que presta ao seu pai?”*.

Das narrativas proferidas, foram-lhe reconhecidos o conhecimento e o comportamento de adesão em todos os dados avaliativos, exceto no autocuidado comer: *“ele é muito esquisito na comida”*, *“só come o que quer”*, *“não gosta de legumes por isso não faço nada que tenha, se não ele já não come”*.

Com a finalidade de avaliar o consenso, conflito e saturação do papel, colocaram-se as seguintes questões reflexivas e de escala: *“uma vez que o Sr. M tem tantos filhos, como é que foi tomada a decisão de ser a C, a cuidadora?”*, *“acha que o tempo que dispõe para*

cuidar do seu pai, tem impacto no seu marido ou nos seus filhos?”, “como se sente em relação à sua função de cuidadora, numa escala de 1 a 10, sendo 1 totalmente capaz e 10 no limite das suas capacidades?”. As respostas obtidas permitiram identificar o conflito e a saturação do papel de PC “olhe a decisão foi simples, nós sempre vivemos todos aqui, quem havia de tratar dele se não eu? Os meus irmãos trabalham todos e os que se interessam por o pai, dão me algum dinheiro pelo trabalho.”, “às vezes o meu marido resmunga por eu dormir cá em baixo”; “não é que não aguento tratar do meu pai, mas que me custa, custa, se calhar estarei a meio dessa escala”.

Com instrumentos avaliativos do foco processo familiar, a escala de Holmes e Rahe aplicada à família com o resultado de 78 pontos, demonstra que existe baixa de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica. O APGAR familiar preenchido por C, B e A, demonstram que estes consideram a família altamente funcional com oito, sete e dez pontos respetivamente. A escala de Faces II classificou esta família como moderadamente equilibrada, apesar de ser muito flexível na componente adaptabilidade e separada na coesão. Para o elevado grau de adaptabilidade obtido, orientaram respostas como por exemplo, quase sempre “a nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas”, e para o nível separado de coesão é exemplo, a dificuldade referida para realizarem atividades em conjunto, enquanto família.

Foram identificadas alianças significativas entre a mãe e os filhos, no entanto demonstraram não ser uma área intra sistémica geradora de *stress* para os restantes elementos do sistema familiar.

No que se refere às crenças familiares, a cultural apesar de não ser referida por nenhum membro, foi percecionada pela perpetuação do sentimento relacionado com os hábitos alimentares, ao ser feita relação entre o esforço físico realizado no trabalho e a necessidade de consumo de refeições muito calóricas. No que se refere à crença sobre a intervenção dos profissionais de saúde, demonstrou a expectativa dos membros da família, quanto à contribuição destes, para a promoção, recuperação e manutenção da saúde familiar. Assumem-se como católicos face à crença religiosa.

A primeira avaliação realizada à família E resultou na identificação dos diagnósticos familiares que são apresentados na tabela 7.

Tabela 7: Diagnósticos familiares da família E

DIMENSÃO	FOCO	DIAGNÓSTICO
Estrutural	Rendimento familiar	Rendimento familiar insuficiente
	Abastecimento de água	Abastecimento de água não adequado
	Edifício residencial	Edifício residencial seguro Edifício residencial não negligenciado
	Precaução de segurança	Precaução de segurança demonstrada
Desenvolvimento		Satisfação conjugal não mantida
	Satisfação conjugal	- Comunicação não eficaz - Interação sexual não adequada - Função sexual comprometida
	Papel parental	Papel parental adequado
Funcional		Papel de prestador de cuidados não adequado
	Papel de prestador de cuidados	- Conhecimento não demonstrado sobre autocuidado comer - Conflito do papel- sim - Saturação do papel- sim
	Processo familiar	Processo familiar disfuncional - Relação dinâmica disfuncional

3.2. Diagnósticos familiares

A formulação dos diagnósticos resultou da informação obtida e validada com as famílias, de acordo com as áreas de atenção avaliadas em cada uma. Para a tomada de decisão acerca dos focos a avaliar nas dimensões estrutural, do desenvolvimento e funcional, considerou-se a complexidade, intersubjetividade e contextualidade dos sistemas familiares (Figueiredo, 2012).

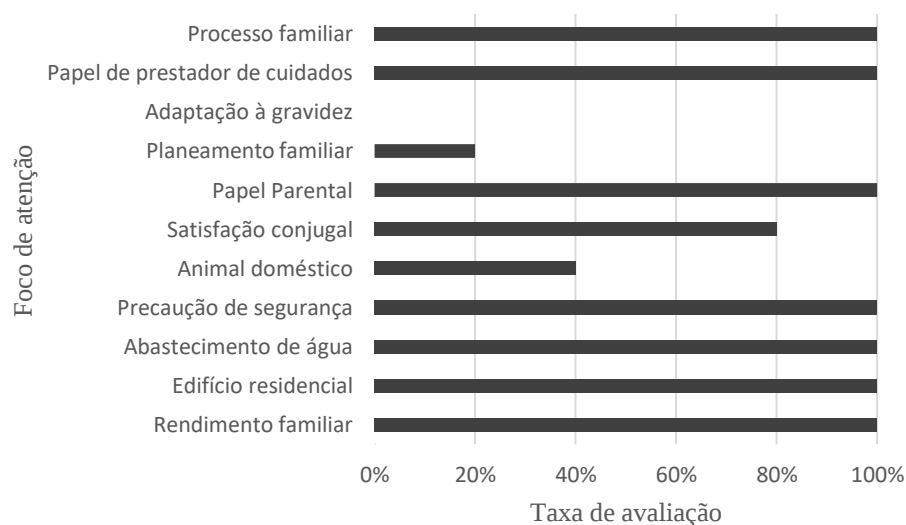
De acordo com a referida avaliação, com recurso aos indicadores do MDAIF e fundamentado no Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (OE, 2007) a taxa de avaliação de cada foco

está refletida no gráfico 4, no qual se verifica que na dimensão estrutural, o rendimento familiar, edifício residencial, abastecimento de água e precaução de segurança foram avaliados na totalidade das famílias, representando uma taxa de avaliação de 100%, enquanto os comportamentos e conhecimentos sobre o animal doméstico se avaliaram em 40%, uma vez que as restantes, referiram não o ter.

No âmbito da dimensão do desenvolvimento, excluiu-se avaliar a adaptação à gravidez em todas as famílias por nenhuma se encontrar nessa etapa do ciclo vital familiar, o planeamento familiar foi avaliado em 20% das famílias por integrarem o subsistema conjugal em idade fértil, e em todas, foram incluídas as dimensões avaliativas referentes à satisfação conjugal e ao papel parental, verificando-se uma taxa de avaliação de 100%.

Na mesma percentagem, os focos de atenção da dimensão funcional, foram avaliados na totalidade das famílias, quer no âmbito do papel do prestador de cuidados quer no processo familiar.

Gráfico 4- Taxa de avaliação das famílias, por foco de atenção



De acordo com os resultados apresentados, foram identificados os diagnósticos familiares fundamentais no processo de cuidar, pois descrevem as respostas das famílias a situações consideradas complexas que exigiram a intervenção em ESF (Silva et al., 2022).

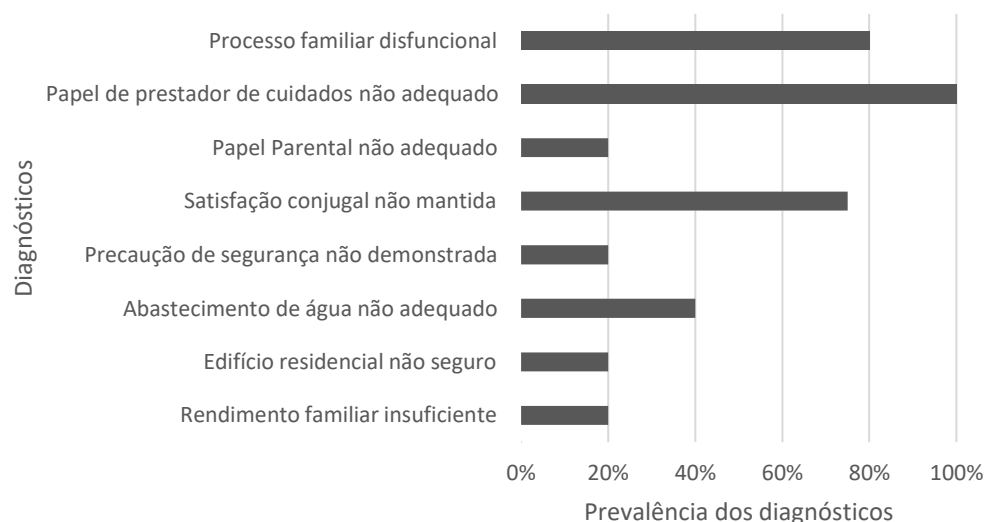
A prevalência dos diagnósticos familiares identificados na avaliação inicial das famílias, que requereram intervenção, é apresentada no gráfico 5. Na dimensão estrutural, verificou-se que 20% das famílias tem rendimento familiar insuficiente (grau 4 na escala de Graffar adaptada). Na mesma percentagem, verificou-se a precaução de segurança não

demonstrada e edifício residencial não seguro, uma vez que os seus membros não têm conhecimento acerca do abastecimento a gás nem sobre aquecimento. Em 40% das famílias, o consumo da água verificou-se ser inadequado, uma vez que se constatou ausência de conhecimento acerca do consumo da água da rede privada sem controlo. Em 100% das famílias avaliadas, verificou-se o animal doméstico não negligenciado.

Na dimensão do desenvolvimento, 20% das famílias avaliadas apresentaram o papel parental não adequado, a satisfação conjugal não mantida em 75% e o planeamento familiar eficaz em 100%.

Por fim, na dimensão funcional, 80% das famílias demonstraram processo familiar disfuncional e 100%, PPC não adequado.

Gráfico 5- Prevalência dos diagnósticos familiares com necessidades de intervenção



Os resumos dos diagnósticos de todas as famílias, com necessidades de intervenção são explanados na tabela 8, e demonstram que as famílias apresentam necessidades distintas, sendo a família E aquela na qual se manifestaram em maior número e em todas as dimensões avaliativas. Com a menor incidência, identificou-se a família C, apenas na dimensão funcional. Nas famílias B e D foram detetadas necessidades nas mesmas áreas avaliativas e excluiu-se a implementação de intervenções na dimensão estrutural. Por fim, a família A demonstrou necessidades interventivas em quatro diagnósticos familiares, incluídos nas dimensões estrutural e funcional.

Tabela 8- Dimensões avaliativas e diagnósticos com necessidades de intervenção, por família

Dimensões /Diagnósticos/Famílias		A	B	C	D	E
Dimensão estrutural	Rendimento familiar insuficiente					
	Abastecimento de água não adequado					
	Edifício residencial não seguro					
	Precaução de segurança não demonstrada					
Dimensão do desenvolvimento	Satisfação conjugal não mantida					
Dimensão funcional	Papel de prestador de cuidados não adequado					
	Processo familiar disfuncional					

3.3. Intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Familiar

O número de consultas realizadas diferiu de família para família, mediante a disponibilidade das mesmas, a eficácia de cada consulta, as necessidades demonstradas por cada família e o atingimento dos objetivos definidos nos planos de cuidados co-construídos.

Intervenções no âmbito do rendimento familiar

- a) Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)
- b) Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)

Ao informar a família acerca dos direitos sociais disponíveis em situação de dependência ou carência económica, pretendeu-se garantir condições sociais e económicas adequadas à manutenção de hábitos de vida saudáveis. Foi realizada referenciação interna pelo enfermeiro tutor e via correio eletrónico (Apêndice III) para a técnica superior do serviço social da unidade para que fossem prestadas as informações mais adequadas à situação familiar.

Intervenções no âmbito do abastecimento de água

Na primeira consulta, os elementos das famílias foram alertados para os riscos que advém do consumo de água não controlada, assim como do procedimento para efetuar o controlo da mesma.

Face à avaliação inicial apresentada, a introdução de perguntas reflexivas seguidas de informações e orientação prática, teve como finalidade promover a alteração comportamental: *“Sabem que há possibilidade de nessas águas haver microrganismos que possam causar doenças? É muito importante conhecermos a qualidade da água que usamos no nosso dia-a-dia. Recomendo que façam uma análise o mais rápido possível”* (Família E), *“Colha uma amostra da torneira e leve ao laboratório para analisar”*, *“Enquanto não tiver resultado, use a pública”* (Família A).

O primeiro objetivo foi alcançado, no momento em que os membros da família, demonstraram o conhecimento sobre o controlo da qualidade da água: *“Ainda bem que me disse, não sabia. Então vou dizer ao meu filho para ir levar ao laboratório uma garrafa com a nossa água.”* (família A). *“Eu já tinha dito à minha filha que havia de ser controlada”*, *“Vamos então agilizar a análise?”*, *“Sim vamos, Sra. Enfermeira, a ver se um dos rapazes tem um bocadinho de tempo para passar lá no laboratório”* (Família E).

Intervenções no âmbito do edifício residencial e da precaução de segurança

A existência de uma botija a gás dentro do fogão e próxima da lareira, coloca em causa a segurança de toda a família. A L (Família A) referiu que sempre ali esteve e nunca houve problemas, no entanto quando confrontada com o risco de explosão, percebeu a necessidade de ser colocada no exterior da habitação. Na consulta seguinte, mencionou que já havia tratado com o empreiteiro, para no verão fazer obras e colocar um fogão elétrico.

Intervenções no âmbito da satisfação conjugal

A identificação de necessidades interventivas nesta área foi associada à relação dinâmica disfuncional, devido à insatisfação dos membros do casal com o tempo que passam juntos (famílias B e D) e à comunicação não eficaz, interação sexual não adequada e função sexual comprometida (família E).

Nas famílias B e D, os casais foram motivados à realização de atividades em conjunto e ao planeamento de rituais, com o objetivo de fortalecer a união e os incentivar à identificação de estratégias promotoras de momentos significativos. *“Podemos então encontrar uma coisa que os dois gostem de fazer e programar um ritual de casal”* (família B), *“Recordem algo que antigamente gostavam de fazer juntos. Estão dispostos a tentar fazer novamente?”* (família D).

A família B referiu que em tempos, *“iam várias vezes junto ao culto”*, no entanto a atual situação de dependência de I, provocou alterações no sistema familiar, nomeadamente no tempo que o casal dispõe para os dois. Afirmações semelhantes são proferidas pelo PC da família D, na medida que esta não se dispõe a deixar o pai para manter as atividades lúdicas anteriores: *“gostava bem de ir ao rancho, e o meu marido está sempre a dizer-me para ir”*.

A escuta ativa com as famílias contribuiu para a perceção das suas realidades individuais e os desejos de otimizar a relação dinâmica, levando ao planeamento de um ritual com a família B, a ida do casal ao culto à quarta-feira à noite. Foram esclarecidos que uma vez que a celebração tem a duração aproximada de uma hora, o risco de deixar a idosa sozinha em casa é reduzido. No caso da família D, contou-se com a colaboração dos filhos e do membro idoso dependente, que também incentivaram a cuidadora a ir aos ensaios do rancho com o marido, de forma a retomar a sua vida social e passar mais tempo na companhia dele.

A fim de otimizar a comunicação do subsistema conjugal da família E, a intervenção colaborativa teve em consideração os princípios de circularidade e recursividade que condicionam a relação do casal, caracterizados pelo efeito que o comportamento de um, causa na resposta do outro, e assim sucessivamente (Rebelo., p.77 In Corte, 2023). Procurou-se promover a comunicação expressiva de emoções, orientando para falarem abertamente um com o outro, sobre o que sentem, o que os preocupa e como gostariam de ser compreendidos, numa abordagem sistémica com recurso à conotação positiva que teve como objetivo contribuir para a construção de um novo padrão de comunicação. Desta forma, perante um padrão atual marcado por reações e contrarreações, o reenquadramento da situação, procurou realçar que a atitude continuada que J adota quando não quer falar com C, poderá ser vista como uma estratégia para evitar discussões entre os dois.

Da mesma forma, acerca dos itens interação e função sexual, foi reforçado que a sexualidade é uma necessidade humana básica, que além do ato sexual, envolve partilha de sentimentos, de preocupações um com o outro e gestos de carinho (Soares & Meneghel, 2021).

Intervenções no âmbito do Papel parental

Nesta dimensão, o PP verificou-se não adequado por comportamento de adesão não

demonstrado relativamente aos hábitos de sono da criança com três anos, uma vez que esta dorme com os pais. Na consulta de vigilância, referiram saber que esta prática é pouco saudável e que as dificuldades em quebrar esta rotina têm sido cada vez maiores, uma vez que a permissão dos comportamentos inadequados da criança conduz à sua repetição e intensificação numa tentativa de desafio dos pais (Sá, 2024^a). Por conseguinte, verificou-se a adoção de um estilo parental permissivo, no qual o cumprimento das normas e regras é descurado e que associado à tolerância e aceitação dos impulsos da criança, condiciona desenvolvimento da sua autonomia (Lawrenz et al., 2020). Perante avontade manifestada pelos pais em desempenhar adequadamente as tarefas inerentes à etapa do ciclo vital familiar, no que se refere aos hábitos de sono da criança, optou-se pela forma de intervenção, conversação terapêutica, que Murteiro & Figueiredo., p.440 In Corte, (2023) entendem ser aquela que orienta a família a traçar novos caminhos e focarem-se no seu seguimento. Com a criança e consentimento dos pais, foi implementada a seguinte metáfora: *“Era umavez, um coelhinho brincalhão e divertido que passava o dia a brincar na floresta. Quando chegava a noite e a hora de ir dormir, lá ia o coelhinho todo satisfeito para a sua toca, que era só dele e passou uma noite tão tranquila que no dia seguinte lá estava ele outravez cheio de energia para brincar”*. *“Achas que tu és como o coelhinho?”*, *“eu acho queés, de certeza que também queres dormir no teu quarto para de manhã estares cheio de energia”*, *“que achas T?”* (Família B).

Intervenções no âmbito do Papel de Prestador de cuidados

Com o objetivo de melhorar a interação social e familiar de I (família B), implementou-se um contrato terapêutico com o PC de forma a promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente, nomeadamente ao ser acordado efetuar levante ao idoso e levá-lo a fazer as refeições com a família, pelo menos uma vez por semana.

Após avaliação da família E, detetou-se a condição de obesidade em todos os membros da família, e que os hábitos alimentares demonstram ser potenciadores deste fenómeno (Afonso et al., 2024; Coradini et al., 2017). Com a finalidade de contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre o autocuidado comer, quer do PC, quer dos restantes membros do sistema familiar, diligenciar uma intervenção multidisciplinar mostrou ser benéfica para o concretizar dos objetivos. A referenciação interna para o serviço de nutrição (Apêndice IV), teve como objetivo o acompanhamento da família como um todo e de cada um dos seus membros individualmente. Na perspetiva de cuidados

multidisciplinares, foi realizada uma visita domiciliária com a nutricionista, fez-se educação para a saúde relacionada com os hábitos alimentares saudáveis, verificou-se os alimentos existentes na habitação com sugestões para eliminar uns e substituir outros, assim como, foi estabelecido um contrato terapêutico acerca do regime alimentar da família. Assim, foi possível ensinar o PC sobre padrão alimentar adequado, planejar alterações na dieta da família e motivar o PC a promover ingestão adequada ao membro da família dependente.

No que diz respeito ao conflito do PPC (família A, D e E) e à saturação do PPC (famílias A, C, D e E), têm lugar, na sua maioria, pela acumulação de papéis por parte do PC, uma vez que o PPC é desempenhado em todas as famílias que apresentam saturação do PPC por mulheres, filhas do idoso dependente, desempregadas, com filhos adultos ou adolescentes e desempenham pelo menos mais dois papéis familiares. Não sendo possível delegar alguns dos que são desempenhados pelas cuidadoras, o reenquadramento com conotação positiva do momento vivido pelas famílias, teve como objetivo proporcionar ao PC uma visão positiva sobre o tempo dispensado nos cuidados ao membro idoso dependente, como momentos de qualidade com o progenitor: *"Entendo completamente como se deve sentir cansada com o seu dia-a-dia, no entanto, se me permite gostaria de sugerir um olhar diferente para essa situação"*, *"Em vez de encarar todas essas tarefas como um fardo, pode vê-las como uma oportunidade única de demonstrar amor e gratidão à sua mãe"* (família A), *"Tal como a C disse, só tem uma mãe, sugiro que recorde essas palavras sempre que vai cuidar dela, e talvez consiga ver esse trabalho como uma oportunidade única de reforçar a ligação que tem com a sua mãe"* (família C), *"Tente ver cada ato de cuidado e dedicação como uma expressão profunda de afeto e respeito pelo seu pai, acredito que vai com certeza contribuir para que se sinta valorizada e amada."* (família D), *"Se conseguir ter a perspetiva desta tarefa como dedicação e não obrigação, pode encontrar um significado diferente no papel de cuidadora e transformar o cansaço num ato de amor"* (família E).

Para além disto, as questões de escala colocadas na avaliação do conflito e saturação do PPC, foram também uma intervenção, na medida que permitiram ao PC quantificar o seu sentimento sobre as tarefas que tem à sua responsabilidade, permitindo que estes visualizem e percecionem a necessidade de solicitar ajuda e avancem em direção às soluções (Sousa et al., 2020). Neste contexto, a referenciação interna de todas as famílias para a técnica superior do serviço social, surgiu com o objetivo de ser realizada a

avaliação social das famílias e promover o conhecimento dos seus membros sobre os recursos comunitários, nomeadamente a possibilidade de se programar o ingresso temporário dos idosos dependentes numa unidade de cuidados continuados, na tipologia de descanso do cuidador, para que a família possa ter férias ou simplesmente descansar por um período da sua função de PC.

Adicionalmente, as questões circulares que foram colocadas durante a avaliação familiar neste foco de atenção, tiveram como objetivo motivar para a redefinição dos papéis familiares pelos membros da família, de forma a promover um funcionamento mais colaborativo e equilibrado.

Como aspeto positivo neste âmbito, verificou-se que a multigeracionalidade das famílias em estudo, compostas por três gerações com membros adultos em todas elas, permitiu orientar a intervenção no sentido de encontrar soluções práticas e eficazes para os problemas atuais enfrentados pelas famílias, tal como a saturação do PPC, recorrendo às suas capacidades de desencadearam as mudanças necessárias para o equilíbrio do sistema (Guerra et al., 2017).

Intervenções no âmbito do processo familiar

Detetadas necessidades nesta dimensão, a intervenção especializada focou-se nos padrões de interação entre os membros das famílias e na sua capacidade de mudança (Figueiredo, 2012).

As entrevistas familiares sistémicas realizadas com o propósito avaliativo, contribuíram igualmente para o desenvolvimento da intervenção especializada direcionada à comunicação familiar, na medida em que, por um lado, as questões circulares tiveram o efeito de reciprocidade na resposta de cada membro, levando-os a reconhecer os seus processos de interação e por outro, ao introduzir questões reflexivas, proporcionou-se uma visão da realidade distinta daquela que a família vivencia (Zordan et al., 2012). Uma vez sentida a necessidade de mudança, estas estratégias permitiram implementar as intervenções acordadas, rumo ao funcionamento familiar pretendido.

Recorrendo à conotação positiva, procurou-se que as famílias reconhecessem comportamentos inspirados pelo objetivo de manterem um adequado funcionamento familiar e a coesão dos seus membros e ao mesmo tempo terem a perceção dos efeitos negativos que provocam nos outros (Figueiredo & Dias., p. 438 In Corte, 2023) “*entendo que às vezes o seu pai é inflexível, mas e se virmos o lado bom? Parece-me que é uma*

demonstração de uma forte convicção nas suas crenças e valores, o que é sinal de integridade”.

As famílias foram incentivadas a definirem rituais semanais propícios à partilha de emoções, como almoços, passeios ao ar livre, caminhadas, procurando estabelecer novos padrões familiares desafiando regras rígidas ou muito flexíveis (Torres et al., 2020): *“recordem-me quando foi a última vez que fizeram alguma coisa todos juntos?”*, *“como se sentiram?”*, *“como veem a possibilidade de replicar esse dia”*, *“conseguem imaginar-se daqui a seis meses com essa rotina implementada?”*.

3.4. Ganhos em saúde

Os ganhos em saúde decorridos da intervenção especializada em ESF que se apresentam, refletem os resultados alcançados ou a manutenção das necessidades por parte das famílias nas dimensões estrutural, do desenvolvimento e funcional.

A fonte do rendimento da família E, após a intervenção realizada, continua a ser proveniente de pensões e rendimentos incertos (grau 4) segundo a escala de Graffar adaptada, portanto, o diagnóstico formulado não sofreu alteração do juízo, mantendo-se o **Rendimento familiar insuficiente**.

Relativamente ao abastecimento de água, nas últimas consultas com as duas famílias, estas já tinham o relatório da análise da água, que se apresenta adequada para o consumo humano, pelo que se verificou a alteração do diagnóstico para **Abastecimento de água adequado**.

Apesar de se verificar o conhecimento sobre abastecimento a gás, o comportamento de mudança ainda não ocorreu, pelo que o diagnóstico elaborado não sofreu alterações mantendo-se **Edifício residencial não seguro e Precaução de segurança não demonstrado**.

No que diz respeito à satisfação conjugal, no último contacto realizado com a filha do casal da família B, esta informou que os pais tinham cumprido o ritual estabelecido na semana anterior e demonstraram-se satisfeitos por terem conseguido cumprir, alterando o juízo do diagnóstico para **Satisfação conjugal mantida**.

Contrariamente, na última consulta M (família D) referiu: *“não consegui ir, não sei se foi por deixar o meu pai sozinho ou se porque não me apeteceu mesmo”*. Apesar disso, não foi colocado totalmente de parte a possibilidade de virem a implementar o ritual planeado quando o tempo ficar mais quente. Assim sendo, o subsistema mantém a **Satisfação**

conjugal não mantida.

As intervenções realizadas com o subsistema conjugal da família E foram improdutivas, uma vez que a condição cognitiva de J o torna distante da esposa. No entanto, os dois elementos do casal consideram que, apesar das dificuldades sentidas na díade conjugal, o que lhes foi dito acerca da sexualidade, fez com que tivessem consciência do sentimento que têm um pelo outro. Desta forma, em conjunto, consideramos terem alcançado um novo equilíbrio conjugal refletido em **Satisfação conjugal mantida.**

No que diz respeito ao PP, a intervenção realizada com os pais demonstrou ter sido eficaz na promoção do conhecimento acerca das tarefas inerentes à etapa do ciclo vital familiar, verificado através das narrativas do casal ao reconhecerem a necessidade de adotarem uma parentalidade positiva. Sá (2024^a) considera que esta fundamenta-se nas relações interpessoais e na comunicação no subsistema parental e promove a autonomia das crianças no processo de tomada de decisões, conduzindo assim, à sua independência.

O resultado da aplicação da metáfora com a criança demonstrou a eficácia da intervenção, uma vez que, pelo menos nos fins de semana, já é rotina do T dormir no quarto dele. De acordo com o anteriormente referido e pela manifestada vontade dos pais em adequar os seus comportamentos parentais, considerou-se o diagnóstico **Papel Parental adequado.**

No âmbito do PPC, foi cumprido o ritual familiar estabelecido com a família B, verificando-se o **Papel de Prestador de Cuidados adequado.**

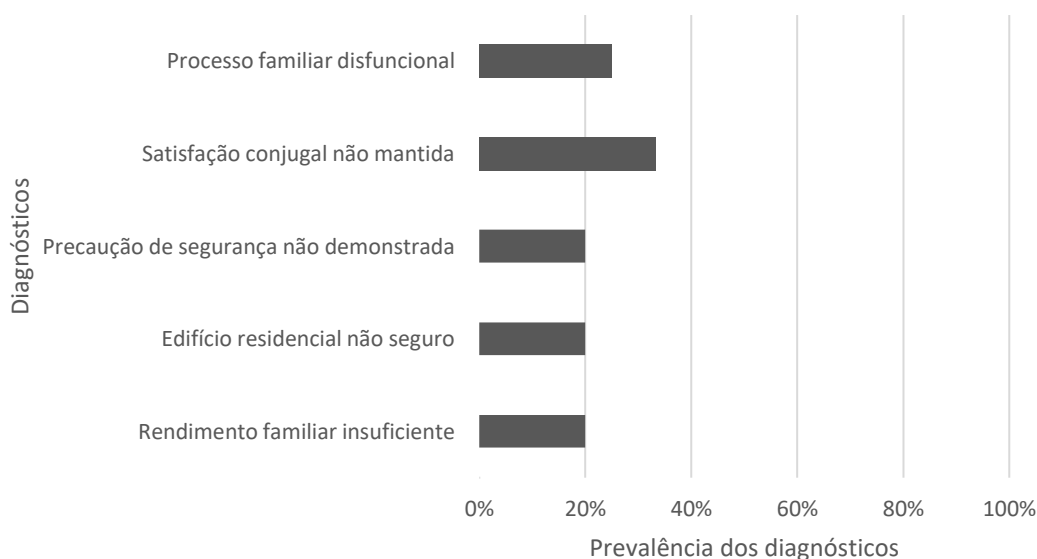
A intervenção nutricional mantém-se em curso de forma a produzir mudanças permanentes, no entanto o PC demonstrou conhecimento acerca dos hábitos alimentares saudáveis (família E) conducente com o diagnóstico **Papel de Prestador de Cuidados adequado.**

Da intervenção implementada com cada PC, relativamente ao conflito e saturação do papel, obtiveram-se os seguintes comentários “*Realmente nunca tinha pensado nessa perspectiva que falou, mas é verdade.*” (família E); “*Agora vejo cada coisa que lhe faço, como uma forma de expressar o meu respeito e amor pelo meu pai, tal como fiz com a minha mãe. Não quero fazer diferente.*” (família D), “*eu sei que ela gosta de estar aqui e visto da forma como disse, eu também gosto de cuidar dela*” (família C), “*eu vou é preocupar-me menos com as coisas da casa, também só somos 3, se não ficar feito hoje fica amanhã*” (família A). Assim sendo, considerou-se a modificação dos juízos dos diagnósticos para **Conflito do papel- não, Saturação do papel- não.**

Na dimensão expressiva da funcionalidade das famílias, verificou-se que na sua maioria, foi possível alcançar uma melhoria nos processos interacionais, nomeadamente porque demonstraram ser capazes de identificar problemas de comunicação, assim como adequar o padrão de ligação e os vínculos internos. A escala FACES II foi novamente aplicada, verificando-se alteração nas classificações em três famílias. Consequentemente, não tendo sido possível o total atingimento dos objetivos, considerou-se ainda o **Processo familiar disfuncional** na família E e o **Processo Familiar Funcional** nas famílias B, C e D.

Face ao exposto, apresenta-se no gráfico 6, a prevalência dos diagnósticos familiares que após a intervenção especializada, ainda demonstram a existência de necessidades expressas pelas famílias.

Gráfico 6- Prevalência dos diagnósticos familiares com necessidades, após a intervenção



De acordo com os indicadores de resultado do MDAIF aplicados nos dois momentos apresentados anteriormente, é possível constatar que a avaliação continua ao longo do processo de investigação-ação, revelou ganhos em saúde, refletidos nas mudanças positivas em relação a 72,6% dos diagnósticos inicialmente formulados com as famílias, tal como demonstrado na tabela 9.

Tabela 9 - Variação do número e percentual de diagnósticos familiares que requereram intervenção, por dimensões e foco de atenção, entre a 1ª e 2ª avaliação

Dimensão	Foco	Diagnóstico de Enfermagem	(1ª)	(2ª)	Variação %
Estrutural	Rendimento familiar	Rendimento familiar insuficiente	1	1	0%
	Abastecimento de água	Abastecimento de água não adequado	2	0	100%
	Edifício residencial	Edifício residencial não seguro	1	1	0%
	Precaução de segurança	Precaução de segurança não demonstrada	1	1	0%
Desenvolvimento	Satisfação conjugal	Satisfação conjugal não mantida	3	1	67%
	Papel parental	Papel parental não adequado	1	0	100%
Funcional	Papel de prestador de cuidados	Papel de prestador de cuidados não adequado	5	0	100%
	Processo familiar	Processo familiar disfuncional	4	1	80%
Total			18	5	72,2%

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As famílias incluídas neste estudo, integram idosos com idades acima dos oitenta anos, dependentes no autocuidado, o que vai ao encontro da realidade portuguesa, tal como referido pelo INE (2021), em que a prevalência da incapacidade aumenta de forma progressiva com o avanço da idade, sobretudo a partir dos 70-74 anos. A amostra de idosos é composta maioritariamente por mulheres, o que também corrobora os dados do mesmo organismo, ao referir a incapacidade como uma condição que afeta principalmente indivíduos do sexo feminino, na proporção de 164 mulheres por cada 100 homens com incapacidade (Portugal, 2021).

Relativamente à composição das famílias, verificou-se, por um lado, que fazem parte dos 41,9% das famílias nacionais (Pordata, 2021) que integram três ou mais indivíduos, e por outro, diferem no que se refere à manutenção dos idosos no seio familiar (Delgado & Wall, 2014).

Na avaliação familiar, destacam-se diferenças nos agregados familiares, no que concerne à notação social das famílias atribuída pela escala de Graffar adaptada, que vai desde a classe média baixa até classe média alta. Estes resultados comprovam os dados relacionados com as desigualdades sociais relevantes existentes em Portugal, quer ao nível dos rendimentos, quer da instrução (Mauritti et al., 2019).

Quanto à escolaridade dos membros das famílias, verifica-se que há correspondência proporcional do nível de instrução académica com a classe social da família, ou seja, famílias de classe média baixa são compostas por indivíduos sem escolaridade ou com o ensino básico, enquanto os que compõem famílias da classe média alta, têm formação académica superior (Bertoncelo, 2016).

O rendimento familiar é outro fator que contribui para as desigualdades sociais, sendo neste estudo detetada a condição de rendimento familiar insuficiente numa das famílias, potenciando a vulnerabilidade dos seus membros em questões relacionadas com a saúde e coesão social (Mauritti et al., 2019; Portugal, 2022). Nesta área, o EECESF tem um papel preponderante na capacitação dos membros das famílias que cuida, nomeadamente no momento em que deteta necessidades económicas, às quais não é capaz de dar resposta e procede ao encaminhamento para o serviço social (Figueiredo, 2009). Assim sendo, todas as famílias incluídas no estudo foram referenciadas para a técnica superior do serviço social, cumprindo orientações nacionais, acerca do direito que assiste aos cidadãos, de receberem informação sobre os apoios disponíveis, por parte de profissionais das áreas da saúde e da segurança social (Portugal, 2022).

Relativamente à religiosidade, todas as famílias identificam ter uma crença, sendo referida na sua maioria, a católica, tal como evidenciado em estudos sobre a religiosidade em Portugal, assim como nas últimas estatísticas nacionais (Coutinho, 2019; Portugal, 2024). A adoção por parte das famílias, de uma prática religiosa com atribuição de valor, pode servir como um recurso significativo de apoio para lidarem eficazmente com os desafios diários, assim como contributo para maior satisfação com a vida, reduzindo os sentimentos de desespero e desamparo (Nunes et al., 2017).

Ainda, na abordagem dos focos de atenção da dimensão estrutural, verifica-se a existência de 20% das famílias que consomem água sem conhecimento acerca da sua qualidade, contrariando o que é definido pela Direção Geral da Saúde, que preconiza 99%, como o valor mínimo, para o indicador de água segura à população (Portugal, 2022). Para tal, são exigidas análises frequentes da água destinada ao consumo humano em segurança, a fim de confirmar os padrões de qualidade preconizados para uso em saúde pública (Perdigão, 2011). Desta forma, a intervenção do EEECESF foi crucial na sensibilização dos membros destas famílias, para os riscos que advém do consumo de água não analisada e na aquisição do conhecimento acerca da qualidade da mesma, de acordo com as competências que lhe são reconhecidas no que se refere à promoção de ambientes seguros para todas as famílias (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

A segurança dos membros das famílias fica igualmente comprometida, como verificado na família A, em situações relacionadas com existência de sistemas de aquecimento e equipamentos a gás quando utilizados de forma incorreta, assim como nos casos que há ausência de conhecimento acerca dos perigos associados ao seu uso indevido (Figueiredo, 2012). As intervenções implementadas pelo EEECESF contribuíram para a capacitação dos membros da família para a manutenção da segurança habitacional, assim como prevenção de acidentes que comprometam o bem-estar dos membros da família.

Associado ao desenvolvimento do sistema familiar, Figueiredo (2012) refere que as famílias estão sujeitas a uma variedade de fenómenos, resultantes dos processos de transição associados ao ciclo vital e ao crescimento específico de cada família, sendo que, cada uma manifesta a sua individualidade, pela forma particular como reage a eventos causadores de *stress*. Figueiredo et al. (2011) mencionam de forma positiva, a adaptação do sistema familiar às situações vividas, como geradoras de mudança e continuidade e funcionamento da família. Com base nas etapas do ciclo vital de Relvas (2006), adotado para este estudo, verificou-se o entrecruzar de gerações e que na sua maioria, a geração mais jovem é constituída por filhos adultos solteiros. Difere uma família pela presença de um novo casal na terceira geração, que no entendimento de Guerra et al. (2017) poderá estar relacionado com dificuldade financeira para assegurar um imóvel próprio para a família recém-formada. Os mesmos autores acrescentam a necessidade de considerar nestes casos, as possíveis crises intergeracionais desencadeadas pela entrada de novos membros na família e pela interação dos papéis desempenhados. As famílias veem-se confrontadas com o que Agostinho (2009) refere como inversão da hierarquia geracional,

ao terem que lidar com o seu processo de envelhecimento, equilibrando as interações entre a dependência e a independência das diferentes gerações, seja dos pais mais velhos ou dos filhos mais novos.

Por outro lado, esta multigeracionalidade do sistema familiar, foi considerada um recurso das famílias perante a dependência do familiar idoso, uma vez que os filhos colaboram quando possível e necessário com o PC, demonstrando assim que os membros mais novos da família podem ser uma fonte de apoio nos cuidados aos idosos (KÜNEMUND, 2006 citado por Guerra et al., 2017).

Relativamente ao PP (filhos adultos, filhos adolescentes e filhos pequenos), predominam as relações saudáveis entre pais e filhos, assim como os conhecimentos adequados às tarefas inerentes a cada etapa do ciclo vital, verificando-se práticas e estilos parentais saudáveis, em que os subsistemas parentais são beneficiados por acordos tácitos, moldados pelas ações individuais e por sentimentos circulares que influenciam o ambiente familiar (Henriques & Ramos, 2011). Os estilos parentais permissivos, autoritativos ou autoritários são, na opinião de Lawrenz et al. (2020) determinados pela combinação dos valores e crenças dos pais e o temperamento dos filhos. Sá (2024^a) acrescenta, a experiência de vida e a educação recebida pelos pais, como fatores que influenciam as estratégias educativas dos pais, levando ao desenvolvimento infantil conducente com a aquisição de competências sociais e emocionais e capacidade de autorregulação.

Numa das famílias, um subsistema parental, é composto por um filho adulto e um pequeno, sendo que neste último, foi detetado comportamento inadequado à etapa desenvolvimental no que se refere aos hábitos de sono. A experiência da mãe, de uma infância marcada pela rigidez do estilo parental autoritário e a intenção manifestada pelos pais em satisfazer as necessidades da criança, demonstra a adoção do estilo parental permissivo, que se identifica ser positivo pelo reconhecimento da necessidade manifestada pela criança- “medo de dormir sozinho” (Lawrenz et al., 2020). No entanto, a atitude dos pais, ao permitir que durma na cama do casal, tem um efeito negativo, uma vez que condiciona a independência da criança, na medida que a permissão do comportamento, tornando-o mais frequente e intenso (Agostinho, 2009; Sá, 2024^a). Desta forma, e considerando a comprovada influência dos estilos parentais assumidos pela família, tornou-se crucial promover a capacitação dos pais para que, de forma informada e consciente, promovam o desenvolvimento infantil saudável (Sá, 2024^a).

Ainda na dimensão do desenvolvimento, a conjugalidade do casal surgiu com fenómeno gerador de conflitos no sistema familiar, pelo que a intervenção foi direccionada para que a família encontrasse as estratégias adequadas ao equilíbrio saudável.

A insatisfação conjugal em duas famílias está relacionada com o tempo que o casal dispõe para “momentos a sós”, que referem ser de pouca qualidade e raras vezes. Em todas as situações, foi realçado o cansaço físico e emocional da mulher, resultante da assunção de inúmeros papéis familiares incluindo o PPC, o que consideramos, tal como Simor et al. (2023), ser um evento com conotação negativa para a família e gerador de entropia no subsistema conjugal. Os autores acrescentam que a relação dinâmica da díade pode ser influenciada quer por fatores internos, quer por fatores externos, como por exemplo a dependência de um membro do sistema familiar, tal como se verifica em ambas as famílias (Salgueiro & Lopes, 2010). As restantes dimensões avaliativas (comunicação, interação sexual e função sexual) foram considerados fatores geradores da relação dinâmica disfuncional num terceiro casal. Realçamos as doenças que os elementos que o compõem apresentam, nomeadamente a obesidade verificada nos dois e o défice cognitivo no membro masculino, condições referidas por Bag e Akbas (2020) como possíveis condicionantes da satisfação conjugal. Os mesmos autores, referem ainda, que a obesidade é responsável por depressão, alterações na interação e função sexual e que estas condições provocam dificuldades na comunicação do casal, assim como a inexistência de consenso de papéis no sistema familiar (Proença, 2021). Nesta família foram referidos padrões comportamentais desadequados, sendo a reciprocidade dos mesmos refletida na comunicação do casal, o que, tal como descrito por Dovala et al. (2018) influencia a satisfação individual de cada membro e por conseguinte, a satisfação conjugal.

O sucesso dos objetivos delineados teve por base a parceria com a família, em que se mobilizaram as forças e recursos, com estratégias voltadas para a resolução do problema e transformação do subsistema conjugal, que Figueiredo (2012) preconiza que sejam fundamentadas nos princípios da intervenção familiar sistémica, a circularidade, a hipotetização e a neutralidade.

Da abordagem à funcionalidade da família, a maioria das famílias demonstrou padrões de interação familiar desajustados, tanto na sua dimensão instrumental como na expressiva, o que vai ao encontro do referido por Silva (2021) no seu estudo, sobre a dimensão mais representativa, no que concerne às necessidades manifestadas pelas famílias, tanto no

cumprimento das tarefas e adaptação aos diferentes papéis familiares como na comunicação e funcionamento familiar.

No foco PPC, foi possível obter ganhos em saúde em todos os subdiagnósticos identificados com necessidades de intervenção (conhecimento, comportamento de adesão, conflito e saturação do papel), pela capacitação dos PC e pelo contributo na gestão eficaz dos papéis desempenhados.

Tendo em consideração a composição familiar, observa-se a integração dos idosos no contexto familiar, tanto por “aquiessência a seu próprio desejo” (Minayo, 2021, p.7) quanto, pelas crenças e valores da família relacionadas com a solidariedade e o moral de cuidar dos seus membros (Araújo et al., 2010). Apesar de terem sido informadas sobre os recursos existentes na comunidade, nomeadamente os centros de dia ou internamento do idoso dependente em unidades da rede nacional de cuidados continuados integrados para descanso do cuidador, as famílias manifestaram a preferência de manter o seu familiar em casa. Esta realidade está em consonância com o que se verifica na sociedade atual, uma vez que, independentemente dos recursos económicos das famílias, cada vez mais é promovido o adiar da institucionalização dos idosos, favorecendo a continuidade no ambiente familiar, daqueles que, pelo avançar da idade, vão perdendo a sua autonomia (Minayo, 2021; Regadas, 2021). Posto isto, as famílias demonstraram a necessidade de se ajustarem, tanto às fragilidades dos seus idosos, quanto à adaptação inerente à assunção de papéis, nomeadamente o PPC. Neste processo de reestruturação, o apoio prestado às famílias que integraram idosos dependentes, é fundamental para mitigar os efeitos adversos associados a esse papel (Faria et al., 2020). Ao promover a capacitação do PC, contribuiu-se por um lado, para a qualidade dos cuidados prestados, e por outro, para o alívio do impacto causado pela responsabilidade de ser cuidador.

Os cuidados de higiene e a mobilização são referidos por Costa e Nunes (2020), como as principais dificuldades do PC, situação que não foi verificada neste estudo. No entanto, emergiu a necessidade de capacitar cuidadores sobre a alimentação do idoso e a promoção de atividades recreativas. Estudos anteriores sustentam que tão importante como conhecer a doença e as suas complicações, o PC deve ser capaz lidar eficazmente com os desafios diários, tais como os processos de adaptação emocional e funcional e ainda, o equilíbrio dos papéis familiares (Faria et al., 2020).

O PPC é, tal como referem Rocha (2015) e Guerra et al. (2017), assumido por mulheres na totalidade das famílias, filha ou nora do idoso dependente, uma vez que social e

culturalmente ainda é atribuindo à mulher, o papel de cuidadora dos membros da família (Sequeira & Sousa, 2018). Desta forma, o conflito do PPC é sustentado na premissa de que, apesar destas mulheres cuidadoras não desempenharem nenhuma atividade profissional, a responsabilidade de cuidar de um membro da família dependente acaba por ser penalizadora, pois recaem também sobre elas, o papel de gestão financeira e do cuidado doméstico (Lopes, 2021; Minayo, 2021).

Numa visão mais positiva, tal como refere Chaparro-Díaz (2010), todos os cuidadores deste estudo reveem no cuidado que prestam, o fortalecimento dos vínculos com o seu familiar, (pai/mãe/sogra). A demonstração deste sentimento, permitiu reenquadrar a saturação do PPC, num ato de expressão de amor e na transmissão de valores às gerações mais jovens (Pimentel, 2008) proporcionando um significado especial na vida do cuidador, pois a oportunidade de desenvolver competências e habilidades, juntamente com o carinho e reconhecimento dos outros membros da família, torna gratificante o papel de cuidador (Faria et al., 2020). Por outro lado, tal como referido por estudos anteriores, também estes idosos referem o cuidado com amor que lhes é prestado como um ato potenciador da sua saúde física e emocional (Herédia et al., 2007).

No âmbito do processo familiar, o foco direciona-se para os padrões de interação entre os membros da família, ao reconhecer que o sistema familiar tem capacidade co-evolutiva e transformativa (Figueiredo, 2012) e que há situações que da vivência de acontecimentos geradores de *stress*, resulta o fortalecimento do mesmo (Torres et al., 2020). O processo familiar funcional é um recurso para a saúde familiar, uma vez que é favorável à comunicação e expressão de sentimentos, ao mesmo tempo que apresenta coesão familiar adequada à resolução construtiva de situações geradoras de *strees* (Delalibera, 2015). Silva (2021) identifica a sobrecarga de responsabilidades, as alterações nos papéis, dinâmica e rotinas familiares, juntamente com uma comunicação não eficaz e redução da interação familiar, como problemas comuns nas famílias. Neste estudo, os fatores que contribuíram para os processos familiares disfuncionais foram, a comunicação ineficaz e a relação dinâmica disfuncional.

Porém, destacamos o processo familiar funcional na família monoparental composta apenas por três elementos, que se enquadra nos pressupostos de que há relação entre a coesão e adaptabilidade familiar, em que quanto menor a família, maior é a probabilidade de se verificar o funcionamento familiar eficaz (Nobre, 2022). A partilha de papéis por todos os membros da família, demonstra união tanto nas necessidades, dificuldades,

habilidades e limitações de cada um, quanto do grupo como um todo (Herédia et al., 2007). Esta família demonstrou resiliência pela sua capacidade de superar os desafios associados à doença crônica, EM diagnosticada no membro que assume o PPC (Aguiar, 2021). Face à sua condição clínica, são múltiplos os surtos desencadeados, e tal como referido por Marques et al. (2020), nesta família é o filho que assume na totalidade as funções da mãe, numa parceria colaborativa de cuidados. Os mesmos autores acrescentam que nas famílias que integram um membro portador de EM são frequentes as alterações dos papéis, cooperação e interação positiva entre os seus membros. Assim sendo, as relações interpessoais moldadas por um jogo de papéis, que são assumidos e delegados, proporcionam coesão à família e estabelecem os vínculos entre seus membros (Herédia et al., 2007).

De uma forma geral, foi verificado na totalidade das famílias, a existência de vínculos fortes referidos pelos elementos das várias gerações, sendo de realçar aqueles que foram manifestados entre avós e netos, tal como refere Silva et al. (2015), quando menciona o cuidado e a interajuda na coabitação entre idosos, filhos e/ou netos, como promotor da solidariedade intergeracional, da qual resultam evidentes melhorias na qualidade de vida dos idosos e das suas famílias.

No entanto, a comunicação com características rígidas que foi referida por elementos da família B, reflete-se na interação familiar, podendo inferir ligação entre esta e as características de baixa coesão e adaptabilidade apresentadas. Os comportamentos referidos no âmbito da comunicação como habituais no patriarca de uma família são conducentes com a opinião de Herédia et al. (2007) que menciona o papel do diálogo na melhoria das relações familiares, pois é através dele que surge o respeito pelo outro e pelas suas opiniões, assim como a compreensão e aceitação mútuas. Os mesmos autores acrescentam que, tão importante como demonstrar abertura para ouvir, é expressar-se de maneira construtiva, oferecer incentivo, apoio e orientação, ao mesmo tempo que se propõem alternativas e ajustes quando necessário. Neste contexto específico, foi referido alguma incompreensão por parte de membros das famílias, que na sua maioria está relacionada com as crenças e valores que cada um adquiriu ao longo da vida, assim como pela visão distinta daquilo que é prioritário, verificando-se que a convivência intergeracional conflituosa surge das divergências entre as gerações mais jovens e os idosos quanto a metas, valores e critérios de discernimento (Silva et al., 2015).

Nesta linha de pensamento, foi a família com maior número de elementos e de gerações,

que se identificou como extrema, rígida e desmembrada, na qual, cada membro é independente nas suas tarefas, demonstra escassa ligação e compromisso com os restantes. Esta família multigeracional, constituída por avós, pais, netos e bisnetos, partilha crenças e valores de vários anos, cada subsistema tenta prevalecer aqueles com que mais se identifica, e se por um lado esta diversidade de gerações é propícia à criação de vínculos afetivos e de apego, por outro potencia o desenvolvimento de relações conflituosas (Herédia et al., 2007).

Contrariamente às referidas acima, as restantes famílias com processo familiar disfuncional, são todas do tipo moderadamente equilibradas, apesar de demonstrarem níveis de coesão distintos, de ligada a separada, e extremos de adaptabilidade, de rígida a muito flexível. Estes dados coincidem com a tendência de se verificarem fronteiras rígidas ou difusas em famílias com processos familiares disfuncionais, e flexíveis naquelas que os apresentam funcionais, permitindo que os membros experimentem outros ambientes sem perder a sua identidade (Aragonez, 2017). Ainda assim, é importante referir que nos casos em que se verifica muita flexibilidade nos processos adaptativos, o sistema familiar tende a reagir de forma excessivamente rápida e intensa a qualquer variação das rotinas, o que impede a assimilação da nova realidade, não produzindo mudanças eficazes e duradouras (Flávia et al., 2012; Salgueiro & Lopes, 2010).

Nesse contexto, numa família, foram observadas crenças familiares acerca da alimentação, percebida como momentos de convívio e fonte de energia para o desempenho no trabalho pelos membros da família. Neste caso, a presença concomitante de obesidade familiar, segundo a definição de Siopis et al. (2023), e a sua transmissão transgeracional (Machado et al., 2023), identificamos a influência dos vínculos familiares e das representações culturais e simbólicas, nos padrões alimentares dos membros da família que levam à perpetuação do sintoma e resistência à aquisição de hábitos saudáveis (Afonso, 2024).

A funcionalidade do sistema familiar é influenciada pelos relacionamentos, fronteiras, limites, papéis e comunicação que conduzem à presença ou ausência de conflitos (Aragonez, 2017). Igualmente, o autor refere que a forma como a família se organiza para os resolver e superar, vai refletir-se na perceção dos seus membros sobre a funcionalidade familiar, que neste estudo, a maioria das respostas obtidas são de opinião unânime, a alta funcionalidade. Contudo, ao verificarmos numa família, a opinião distinta entre os membros em que por uns é considerada altamente funcional e por outros com moderada

disfunção, concordamos com Herédia et al. (2007), no que diz respeito à influência positiva ou negativa, do mesmo evento nos vários membros de uma família multigeracional, dependendo do momento em que é vivida, da sua história pessoal, das condições de vida e do tipo de relações estabelecidas por cada um.

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Com a realização deste estudo, foi possível avaliar e intervir em famílias que integram idoso(s) dependente(s), assim como avaliar o impacto da avaliação e intervenção especializada de ESF. A avaliação do impacto da intervenção especializada com cinco famílias alargadas que integram um idoso dependente, foi efetuada com recurso a indicadores de resultado do MDAIF. Os ganhos em saúde verificados pela positividade dos diagnósticos são resultantes das ações promotoras da capacitação dos membros que compõem cada sistema familiar, quer para a prestação de cuidados adequados à situação de dependência, quer para a funcionalidade saudável das famílias.

Deste modo, verificou-se que a intervenção de Enfermagem especializada tem impacto positivo na saúde da família multigeracional que integra um idoso dependente, e que contribuiu para a identificação de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem, de acordo com a mudança do juízo dos diagnósticos formulados.

Do estudo emergiram os efeitos da multigeracionalidade familiar como fator de risco à funcionalidade da família que integra idosos dependentes, verificado pelo vínculo que se intensifica na díade dependente/PC com impacto direto sobre a disponibilidade do cuidador para os outros subsistemas no qual está inserido, comprometendo assim o funcionamento global da família. Por outro lado, também se verificou o benefício do entrecruzar de gerações na família com idosos dependentes, nomeadamente na transmissão de crenças e valores e na colaboração que é dada ao PC na vertente instrumental do papel.

6. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A realização deste estudo investigação-ação, possibilitou *insights* fundamentais para a prática especializada em ESF nos cuidados a famílias com idosos dependentes. Ao adotar uma abordagem centrada na família, fundamentada em modelos teóricos adaptados à prática, foi possível estabelecer um ambiente de confiança e cooperação, resultando na

compreensão global das necessidades das famílias, assim como a co-construção de planos de cuidados eficazes e personalizados. Destaca-se, portanto, a importância da transferibilidade para a prática clínica, dos conhecimentos adquiridos em academia, na medida que estes promovem o aperfeiçoamento da prática de Enfermagem e facilitam a comunicação com as famílias, garantindo cuidados de excelência.

Esses contributos destacam, ainda, a importância para a prática clínica, de uma abordagem holística à família como alvo dos cuidados, realçando a necessidade de uma maior integração entre os profissionais de saúde e as famílias.

Como limitações ao estudo, refere-se, a seleção de um número reduzido de famílias, as suas características que são únicas de cada sistema familiar o que impossibilita a representatividade e a inferência dos resultados para a população em geral, e o período temporal em que decorreu o estudo ser insuficiente para a implementação de um novo ciclo de intervenção.

Desta forma, dado a pertinência da temática, fundamentada no aumento do envelhecimento e nas necessidades detetadas nestas famílias, considera-se fundamental a realização de estudos que englobem famílias multigeracionais que integram idosos dependentes, incluindo uma amostra mais ampla e um período de acompanhamento mais longo.

O desenvolvimento de protocolos de intervenção resultantes de estudos deste tipo poderá ser uma ferramenta valiosa para orientar a prática clínica e promover a sua replicação noutros contextos.

**CAPÍTULO III- PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS**

Neste capítulo pretende-se apresentar a reflexão sobre o percurso formativo realizado durante a UC, como contributo à consolidação do pensamento crítico, juízo clínico e aquisição de competências essenciais para a prática especializada em Enfermagem (Farčić et al., 2020).

Competência refere-se à aptidão que um indivíduo apresenta para executar determinadas tarefas com eficácia pela integração de conhecimentos, capacidades e atitudes. Ser competente vai além do simples saber fazer, implica compreender o porquê e o para quê de determinada ação (Rosa et al., 2022).

Os profissionais de Enfermagem desempenham a sua atividade profissional alinhada com os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (OE, 2017) e mediante as competências gerais ou específicas que o seu processo académico lhes confere (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 428/2018, 2018; Regulamento n.º 190/2015, 2015). O Regulamento n.º 140/2019 (2019) define diretrizes e competências partilhadas por todos os EE, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O EEECESF é o profissional detentor de conhecimentos e competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitam avaliar, analisar e intervir de acordo com as seguintes competências: “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Ao longo do ensino clínico, procurou-se desenvolver uma prática clínica pautada pela conduta profissional de acordo com as normas legais acima descritas e os **princípios da ética e deontologia profissional**, contribuindo, por um lado, para a qualidade dos cuidados prestados e, por outro, para a manutenção da integridade e reconhecimento da profissão. Para o desenvolvimento e consolidação de competências no âmbito da SF, foi prática habitual na resolução de problemas, a adoção de uma postura pelo respeito e dignidade do outro, e a tomada de decisão baseada em conhecimentos científicos e em experiências, quer do profissional quer das famílias. O princípio da neutralidade esteve presente na prática, na medida em que se demonstrou a valorização das forças, recursos e necessidades de cada família, assim como o respeito pelas suas crenças e valores. Neste contexto, considerou-se desafiante, para o desenvolvimento pessoal e profissional, a particularidade referida por uma família, ao assumir como crença religiosa, a congregação

cristã. Por ser um conceito desconhecido para o investigador, realizou-se pesquisa bibliográfica, com vista à aquisição de conhecimentos acerca dos princípios desta religião e das normas que orientam os seus seguidores, assim como, ter a perceção se existe relação entre a religiosidade, o funcionamento do sistema familiar e a saúde dos seus membros. O reconhecimento da religiosidade, como condição integrante na saúde, tem sido amplamente documentada e considerada com influência significativa na vida das pessoas, ao mesmo tempo que se identificam lacunas no conhecimento dos profissionais acerca desta temática (Cunha et al., 2020; Scorsolini-Comin et al., 2020).

Igualmente, cumpriu-se a privacidade do utente/família e a confidencialidade da informação que foi recolhida em todas as consultas, após o consentimento livre e informado dos participantes. Grande parte das consultas de ESF foram realizadas em contexto domiciliário, o qual, por ser o ambiente pessoal, é propício à existência de privacidade, permite identificar necessidades específicas e desenvolver uma abordagem personalizada, humanizada e centrada nas necessidades individuais e familiares (Rocha et al., 2017).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados foi potenciada pela colaboração com a equipa na implementação do Plano de Acompanhamento Interno (PAI) da unidade referente ao ano de 2023, relativamente à atividade- Avaliação e intervenção familiar a famílias com idosos dependentes. Os modelos de governação clínica que têm sido adotados ao longo dos anos, assumem a importância da qualidade e segurança dos cuidados em saúde (Ferreira & Fonseca, 2023), operacionalizada nas USF pelos PAIs, como fundamentais na garantia e melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados (Portaria n.º 411-A/2023). O plano da USF incluiu estratégias para a monitorização de indicadores de desempenho, tendo sido na direção das mesmas, que se procurou realizar a avaliação objetiva do processo, práticas e resultados, comparativamente com as metas estabelecidas (Regulamento interno, 2023).

Em continuidade da operacionalização do referido projeto institucional, no quarto trimestre de 2023, procedeu-se a uma auditoria interna, com o objetivo de avaliar o grau de cumprimento das atividades planeadas. A apresentação dos resultados em reunião com a equipa multidisciplinar pretendeu identificar áreas passíveis de melhoria e sensibilizar os profissionais para a importância da qualidade dos registos realizados, que na perspetiva de Ferreira e Fonseca (2023) se insere nos critérios de governação clínica no que concerne à responsabilização dos profissionais.

Relativamente à equipa de Enfermagem, o PAI contemplou os seguintes objetivos: avaliar as famílias com idosos dependentes na dimensão estrutural e funcional no foco PPC com recurso ao MDAIF; avaliar o risco de queda e de úlcera de pressão; avaliar o conhecimento do PC sobre complicações associadas ao risco de queda e aplicar a escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2010).

A assessoria aos profissionais contribuiu para a melhoria da prática clínica, na medida em que se colaborou individualmente no colmatar de dúvidas perante os sistemas de informação, nomeadamente na otimização dos registos no programa Saúde da Família no SClínico-CSP. A documentação dos cuidados de Enfermagem às famílias foi identificada como área passível de melhoria contínua, pelo que se delinearam estratégias para implementar mudanças positivas no registo dos cuidados prestados. Para sustentar a prática da equipa nesta atividade e de acordo com as dificuldades referidas, elaborou-se um guia orientador de registos da consulta no programa Saúde da Família (Apêndice V), que após validado pelo Enfermeiro tutor, foi apresentado, em reunião, e passou a integrar o manual de procedimentos da USF.

Para garantir a qualidade dos cuidados de saúde, sentiu-se a necessidade de desenvolver a capacidade de gerir adequadamente os recursos humanos e materiais disponíveis. Relativamente aos recursos materiais, por exemplo nos tratamentos de feridas, e de acordo com os protocolos em vigor na instituição, procurou-se utilizar produtos com evidência científica adequada a cada situação clínica, com vista, por um lado, a contribuir para a redução do risco de erro e promover a recuperação do bem-estar do utente, e por outro, evitar o desperdício material. Neste âmbito, é ainda preconizado que o EE reconheça o momento em que os cuidados deixam de estar no campo de ação da sua especialidade, e referencie para outros profissionais da equipa ou instituições sociais, no intuito de prevenir complicações para a saúde do cliente e da família (Regulamento n.º 367/2015, 2015). Esta competência foi ampliada durante o ensino clínico, nomeadamente pela referenciação de famílias para a técnica superior do serviço social, serviço de nutrição ou rede nacional de cuidados continuados integrados, mediante a vontade e o consentimento das famílias, promovendo apoio social e cuidados de saúde contínuos e integrados. A sinergia entre os vários profissionais que integram diferentes equipas, proporcionou um ambiente de colaboração mútua, a troca de conhecimentos e experiências, assim como, a coordenação e gestão adequada dos recursos disponíveis para uma intervenção mais eficaz, direcionada às necessidades individuais de cada utente/família.

Perante o exposto, considera-se terem sido adquiridos e mobilizados conhecimentos para o desenvolvimento de competências no **domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados**, ao assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais. Para tal contribuiu a participação ativa na implementação e avaliação de políticas e práticas destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, assim como, a promoção de uma cultura de qualidade e segurança institucional (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A valorização do autoconhecimento foi crucial, para que a compreensão individual das crenças, valores, habilidades e limitações pessoais, tenham permitido agilidade e criatividade na resolução de problemas, adotando a prática clínica baseada em evidência científica atualizada como garantia de cuidados seguros, eficazes e alinhados com os padrões de qualidade. A assertividade surgiu como a competência de comunicar de forma respeitosa, assertiva e eficiente, promotora de relações terapêuticas com os utentes e multiprofissionais com a equipa, numa parceria colaborativa de cuidados (Esperidião et al., 2002; Regulamento nº140/2019, 2019).

Como fatores que potenciaram a aquisição de competências no **domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais**, destaca-se a mobilização para a prática clínica, do conhecimento obtido nas várias UC, a pesquisa bibliográfica permanente, a relação interpessoal com a equipa orientadora, de gestão pedagógica e multidisciplinar e a experiência profissional. A participação em eventos científicos, a identificação de lacunas do conhecimento, o desenvolvimento de trabalhos de investigação e divulgação dos resultados, além de terem promovido o desenvolvimento de competências neste domínio, foram também um contributo para o enriquecimento da Enfermagem como ciência, disciplina e profissão.

Para além disso, e de acordo com as necessidades da equipa, assumiu-se o papel de promotor de aprendizagem em contexto laboral através da formação em serviço, com a planificação de um processo formativo que contemplou duas ações realizadas com a equipa de Enfermagem nos dias 7 e 14 de dezembro de 2023. Para a primeira ação formativa com o título- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Anexo VII), definiram-se como objetivos: abordar os conceitos de Saúde Familiar, apresentar o MDAIF e os instrumentos de avaliação e intervenção familiar direcionados à dimensão estrutural e funcional do sistema familiar. No segundo momento formativo com o título- SClínico-CSP: Registos de Saúde Familiar (Anexo VIII), desenvolveu-se numa sessão

prática, na qual foram apresentadas situações reais, demonstrado e esclarecido o processo de documentação dos cuidados às famílias no sistema de informação. A aplicação dos conhecimentos teóricos na prática clínica foi essencial para a excelência dos cuidados, uma vez que as teorias de Enfermagem e os modelos teóricos integram conceitos fundamentais para os cuidados de Enfermagem com as famílias e os seus membros, que ao serem complementados por referenciais operativos, possibilitam a identificação das necessidades reais dos utentes/famílias (Leal, 2023).

Uma vez que na atualidade, alguns focos, diagnósticos e intervenções do MDAIF estão parametrizados nos sistemas de informação utilizados pelos profissionais, ao promover a sensibilização e a capacitação dos enfermeiros de família para o preenchimento dos itens de avaliação inicial, para a aplicação das escalas avaliativas que integram o modelo e documentação dos resultados, contribuiu-se para o desenvolvimento do conhecimento dos elementos da equipa, no contexto da prática (Gomes, 2015; P. Oliveira et al., 2020). Pela análise da avaliação dos momentos formativos, considerou-se no imediato, terem sido alcançados os objetivos propostos, de acordo com a avaliação registada pelos participantes no formulário “Formação em Serviço - Relatório de Atividade Formativa” em vigor na instituição. (Anexo VII e VIII).

Ainda como contributo para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, durante o ensino clínico, realizou-se a avaliação e intervenção familiar com várias famílias, no entanto destaca-se o estudo de caso de uma família, na qual, segundo Siopis et al. (2023), se identificou o fenómeno de obesidade familiar. Com a sua elaboração foi possível verificar a transmissão intergeracional da obesidade, resultante da interação de aspetos intrínsecos à funcionalidade familiar, que contribuem para a perpetuação de comportamentos prejudiciais à saúde da família (Afonso et.al., 2024, Machado et al., 2023). Esta produção científica foi apresentada em comunicação oral no I Encontro Científico de Estudantes e antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária-Enfermagem de Saúde Familiar (Apêndice VI) tendo sido classificada com o 2º prémio (Anexo IX).

Em seguimento do descrito anteriormente e assumindo-se como agente ativo no campo da investigação, redigiu-se um artigo científico resultante do estudo de caso referente a uma família constituída por membros obesos, publicado em maio de 2024 na revista "International Journal of Health Science (ISSN 2764-0159) " intitulado "Family obesity: case study" (Anexo X).

Relacionado, ainda, com o suporte da prática clínica em evidência científica, a pesquisa bibliográfica após a caracterização das famílias do ficheiro do enfermeiro tutor, permitiu identificar lacunas do conhecimento, nomeadamente acerca do impacto da avaliação e intervenção familiar em famílias alargadas que integram idoso(s) dependente(s). Adicionalmente, o estudo empírico apresentado no capítulo anterior contribuiu para a aquisição das várias competências comuns aos EE e específicas do EEECESF assim como, para a divulgação de boas práticas conducentes à sua replicação noutros contextos de cuidados especializados em ESF.

Durante o percurso de investigação, foram apresentados dados parciais do mesmo, em formato de comunicação oral, no dia 15 de maio de 2024 (Apêndice VII), no XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU organizadas pela Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública Familiar e Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, como forma de divulgação do conhecimento e da prática especializada em ESF (Anexo XI).

Figueiredo (2009) refere que a prática profissional dos EEECESF é delineada a partir de referenciais específicos de ESF, alinhados com as recomendações internacionais para a prática avançada em Enfermagem de família (IFNA, 2017). Segundo as orientações descritas, é reconhecida a importância dos cuidados desenvolvidos em parceria com a família como unidade de cuidados, com foco nos padrões de interação que fortalecem e potencializam as suas forças e recursos, e as capacidades e competências dos membros que a compõe (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

No contexto da ESF, os enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção da saúde e no cuidado às famílias como unidade de cuidados, perante situações complexas decorrentes de transições normativas e não normativas (Ferreira et al., 2020). Uma abordagem holística inclui a implementação de estratégias de intervenção em todos os níveis de prevenção em saúde, desde a prevenção primária até a quinquenária, visando não apenas a saúde individual e da família como um todo, mas também a saúde daqueles que cuidam dos seus familiares (Oliveira et al., 2024).

Com base nas considerações referidas, optou-se por refletir acerca da relação entre a aquisição de competências específicas do EEESESF e os cuidados prestados aos vários níveis de prevenção.

A **Prevenção primária** é considerada o conjunto de comportamentos adotados pelo indivíduo saudável que, pela redução dos fatores de risco, lhe permitem evitar o

aparecimento de doenças (Carvalho, 2021; Sá et al., 2024^b).

Com a finalidade de promover estilos de vida saudáveis, destaca-se que a abordagem pró-ativa, flexível e adaptada a cada família conduziu ao estabelecimento de uma relação terapêutica enfermeiro/família. Assim, foram valorizadas as necessidades e as forças e recursos das famílias e colaborou-se na definição dos objetivos do sistema familiar, de acordo com a unidade de competência **“estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”**. Além disso, com a realização das consultas em contexto domiciliário promoveu-se o acompanhamento personalizado e próximo dos indivíduos e famílias, permitindo a identificação precoce de potenciais problemas de saúde. Batista et.al, (2021) refere que a visita domiciliária, realizada pelo enfermeiro, na prevenção primária em saúde, oferece benefícios significativos na capacitação dos indivíduos e famílias para adotarem hábitos saudáveis, para além de contribuir para a redução das desigualdades em saúde, ao garantir o acesso a cuidados preventivos aos grupos vulneráveis e condicionados pela acessibilidade geográfica (Carvalho, 2021).

Para além disso, contribuiu-se também para a promoção da saúde familiar e prevenção de doenças pela capacitação dos membros das famílias, por exemplo, acerca de fatores de risco e de hábitos saudáveis tais como, alimentação equilibrada, atividade física e consequências associadas ao consumo de substâncias, e ainda, garantiu-se a imunização adequada de crianças, adultos e idosos. A educação para a saúde foi uma ferramenta fundamental, que contribuiu para que os membros das famílias adquirissem conhecimentos e desenvolvessem habilidades para cuidar da própria saúde. Assim sendo, potenciou-se a promoção, manutenção e reforço da saúde do sistema familiar, uma vez que as intervenções realizadas individualmente com os seus membros repercutem-se no sistema como um todo (Afonso et al., 2024).

A prevenção secundária destina-se à deteção precoce de doenças no indivíduo ou numa população, de forma a condicionar favoravelmente a sua evolução e prevenir as complicações do seu aparecimento (Almeida, 2005; Carvalho, 2021). Soares et al. (2022) acrescentam que para isso, é crucial identificar padrões de doença familiar ou sintomas que indiquem a presença de fatores de risco assim como, potenciar a modificação dos determinantes da saúde através de intervenções preventivas eficazes.

Neste âmbito, de acordo com o referido no Regulamento n.º 428/2018 (2018) **“Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”**, recorreu-se à entrevista familiar

sistémica e aplicação dos instrumentos de recolha de dados, procurando, por um lado, obter o conhecimento do histórico familiar e hereditário, da estrutura e das condições ambientais da família, e por outro, compreender o impacto que a interação e comunicação entre os seus membros, as crenças e valores, as forças, os recursos e as fraquezas do sistema familiar desempenham na saúde da família e na sua capacidade de adaptação às transições vivenciadas.

Melo et al. “*s.d.*” referem que para promover a saúde e prevenir doenças de forma eficaz, é essencial considerar a influência de diferentes variáveis na saúde da população, como determinantes sociais, comportamentais e biológicos. O PNS refere que as condições socioeconómicas e os estilos de vida são os principais fatores que desempenham um papel crucial na saúde das pessoas e na prevenção de doenças (Portugal, 2022).

No que se refere aos determinantes socioeconómicos, o EEECESF tem a oportunidade de conhecer o contexto familiar relativamente a questões como o rendimento, a educação, a profissão e as condições da habitação. A utilização da escala de Graffar adaptada e a avaliação da dimensão estrutural referida no MDAIF permitiram identificar estes fatores em cada sistema familiar, assim como detetar a presença de riscos ambientais e biológicos. Neste âmbito, foi confirmado que algumas famílias consomem água sem realizar o controlo da sua qualidade, pelo que se promoveu a consciencialização dos seus membros para a necessidade de eliminar este risco e providenciou-se a orientação para as instituições que realizam análises da água para consumo humano.

Na perspetiva da deteção precoce de doenças como foco da prevenção secundária, as consultas realizadas incluíram a sensibilização dos utentes para aderir aos rastreios implementados de acordo com a etapa do ciclo vital individual, tais como rastreios do cancro do colo do útero, cancro da mama, cancro colo rectal ou patologia respiratória, com o intuito de identificar patologias em estádios iniciais e possibilitar a implementação do tratamento adequado. Uma atuação pró-ativa nesse sentido considerou-se ser essencial como contributo para condicionar a evolução da doença e reduzir as suas complicações.

No mesmo nível de prevenção e na competência **“Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de saúde familiar”**, considerou-se crucial contribuir para o desenvolvimento de capacidades da equipa na identificação precoce de problemas de saúde e implementação de intervenções eficazes, como garantia na prestação de cuidados de excelência às famílias (Júnior & Jorge, 2022). Durante o ensino clínico assumiu-se, por um lado, o papel de mentor da equipa focado no desenvolvimento

a longo prazo, ao realizar as ações de formação anteriormente referidas, sobre avaliação e intervenção familiar e por outro, o de *coaching*, ao contribuir para o desempenho prático no que se refere à documentação dos cuidados de Enfermagem às famílias.

As ações direcionadas ao controlo de doenças integram-se no nível de **prevenção terciária**, e tem como objetivo reduzir as sequelas e complicações decorrentes das mesmas, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e evitar recidivas (Macinko et al., 2011). Face às unidades de competência **“Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas”** e **“Desenvolve a prática de Enfermagem de família baseada na evidência científica”**, procurou-se mobilizar conhecimentos interdisciplinares para a tomada de decisão. A integração de saberes provenientes de diversas áreas da saúde proporcionou uma visão abrangente e holística da família e dos seus membros, permitindo uma avaliação completa e uma intervenção mais eficaz e adequada às necessidades específicas de cada situação (Oliveira et al., 2018). Neste sentido, considerou-se por um lado, a influência das crenças culturais e espirituais, dos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas, e por outro, o efeito causado pelas diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, através da avaliação do ciclo vital familiar. Oliveira et al. (2024) reconhecem que compreender esses elementos permite adaptar as intervenções de forma a respeitar a diversidade cultural e espiritual, a promover a resiliência familiar e a otimizar os recursos disponíveis para alcançar os melhores resultados possíveis.

A presença destas variáveis no contexto familiar contribui para a definição do padrão de resposta a situações complexas assumido pelas famílias, que segundo Erdtmann et al. (2015), também é moldado pelos comportamentos de reciprocidade entre os membros e entre os vários subsistemas familiares, pelo estado de saúde familiar e pelo meio ambiente. Ao considerar esses aspetos de forma integrada e com recurso à matriz operativa do MDAIF, as intervenções no âmbito da dimensão funcional permitiram direcionar o foco interventivo para os processos de interação, identificar fatores de risco, fortalecer os vínculos familiares, promover ambientes saudáveis e facilitar a adaptação da família às necessidades, contribuindo assim para a promoção da saúde familiar.

No que se refere à unidade de competência **“Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”**, considerou-se que a abordagem sistémica à família foi crucial para cuidados de qualidade, uma vez que permitiu compreender como o binómio saúde/doença afeta tanto o indivíduo quanto o

sistema familiar como um todo. Sardinha et al. (2024) refere que a presença de uma condição de doença num membro da família pode afetar significativamente o funcionamento do sistema familiar e gerar desafios emocionais e sociais, assim como influenciar as rotinas, os papéis familiares e a qualidade de vida da família e de cada um dos seus membros. Assim sendo, a intervenção sistémica permitiu perceber a família como um sistema influenciável e que influencia, onde as mudanças num membro afetam todos os outros.

Durante o estágio, as intervenções realizadas foram alinhadas com o nível de prevenção terciária, por se focarem na recuperação dos membros doentes e não apenas no seu tratamento, mas também em mitigar os impactos da doença no funcionamento global da família. Isso incluiu estratégias para melhorar a adaptação e resiliência familiar, suporte emocional e social, e o restabelecimento de rotinas e papéis familiares, promovendo a melhor qualidade de vida possível para todos os membros da família.

De forma a desenvolver a competência **“Facilita a resposta da família em situação de transição complexa”**, fez-se o acompanhamento das famílias durante a ocorrência de transições não normativas, como por exemplo, perante uma situação de dependência causada pela fratura de um membro inferior. As características das famílias essenciais para a eficácia das intervenções na prevenção terciária, como forças e recursos, resiliência e capacidade de adaptação, foram valorizados perante esta condição inesperada, de forma a orientar a família para o equilíbrio. Para tal, a família foi incentivada por um lado, a identificar os sistemas mais amplos no ecomapa e por outro, à redefinição temporária dos papéis familiares.

A intervenção teve por base o envolvimento da família na definição dos objetivos e das estratégias que permitissem alcançá-los, onde todos foram considerados parte do processo de recuperação, fortalecendo os vínculos familiares. A colaboração no desenvolvimento do plano de cuidados face à transição saúde/doença vivenciada por esta família, foi sustentada no pensamento crítico, sistémico e sistemático de forma a identificar precocemente potenciais desafios e agir pró-ativamente para minimizar impactos negativos.

A compreensão do funcionamento familiar permitiu identificar as necessidades específicas e codesenvolver intervenções adequadas, e desta forma, potenciou-se a resiliência e a capacidade de adaptação familiar. Esta parceria foi ainda, fundamental para a promoção da relação terapêutica com a família, que influenciou a consecução dos

objetivos pela adesão ao plano de cuidados, contribuindo para a promoção da saúde e o bem-estar da família como um todo.

Os cuidados à família como unidade de cuidados e a cada um dos seus membros, foram sistematicamente documentados no sistema de informação SClínico CSP, quer no processo individual quer no processo familiar. Como resultado, foi possível avaliar a resposta das famílias às transições não normativas, refletidas nos ganhos em saúde decorrentes da avaliação e intervenção especializada.

A aplicação de indicadores de processo e de resultado, foi potenciador da aquisição de capacidades para a unidade de competência **“Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de Enfermagem”** e permitiu uma análise precisa da eficácia das intervenções, garantindo a prevenção de complicações.

Perante as diversas transições vivenciadas pelas famílias, houve a necessidade de uma abordagem sistemática de monitorização e avaliação, de forma a compreender a sua funcionalidade, os fatores de risco e proteção, e a influência do ambiente familiar, social e cultural na consecução dos objetivos do sistema familiar. Além disso, a avaliação contínua permitiu também identificar áreas de melhoria, quer para a qualidade de vida da família, quer para a relação enfermeiro/família. Perante o exposto, utilizaram-se perguntas abertas para obter respostas precisas das famílias face à intervenção, de forma a garantir a qualidade, a eficácia dos cuidados e a satisfação das famílias.

O acompanhamento regular das famílias e dos seus membros face à prevenção de complicações associadas a processos complexos, permitiu reforçar os seus pontos fortes, valorizar a consecução dos objetivos planeados e analisar regularmente os fatores dificultadores da mesma. Neste sentido, faz-se referência a uma família em que todos os membros são obesos, na qual se estabeleceu uma colaboração interdisciplinar após referenciação para o serviço de nutrição, de forma a mobilizar os recursos necessários e disponíveis para evitar complicações associadas à obesidade e melhorar o estado de saúde individual de cada membro e da família como um todo. Procurou-se promover um ambiente alimentar mais saudável, explorar e identificar com a família estratégias que contribuíssem para a redução dos erros alimentares. No entanto, foram detetados vários obstáculos à implementação da mudança, nomeadamente a multigeracionalidade e as crenças e valores familiares. A pesquisa bibliográfica sobre a transmissão geracional da obesidade contribuiu para a integração do conhecimento científico nas intervenções de Enfermagem, direcionadas à consciencialização dos membros das famílias sobre a

importância de evitar a perpetuação dos comportamentos desencadeadores da doença.

A **Prevenção Quaternária** é crucial para proteger a saúde da população, por evitar intervenções desnecessárias e complicações decorrentes de práticas inadequadas, numa abordagem ética, humanizada e baseada em evidências (Muniz et al., 2022).

O conhecimento teórico e prático permitiu compreender as especificidades das intervenções de Enfermagem voltadas para a família, que associado à mobilização dos princípios éticos contribuiu para a tomada de decisão baseada em evidências, garantindo, por um lado, cuidados de Enfermagem eficazes, personalizados e adaptados às necessidades e realidades específicas de cada família, e por outro evitar iatrogenias.

Neste nível de prevenção, e na unidade de competência **“Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de Enfermagem de saúde familiar”**, no que diz respeito à prestação de cuidados de Enfermagem de acordo com os padrões preconizados, e **“Desenvolve a prática de Enfermagem baseada na evidencia científica”** quanto à criação de um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis, destaca-se a escuta ativa e a comunicação clara e assertiva no estabelecimento de relações de empatia com famílias que vivenciavam o fim de vida de um dos seus membros.

Perante este processo, foi confrontada com os medos e as dúvidas dos cuidadores acerca dos cuidados mais adequados ao seu familiar, tendo-se promovido a conscientização sobre os potenciais efeitos negativos das intervenções invasivas e incentivado a autonomia na tomada de decisão relacionada com a saúde e cuidados de conforto, numa atitude imparcial e de apoio. Neste contexto, considera-se ainda ter desempenhado atitudes conducentes com a **prevenção quinquenária**, sempre que se adotaram medidas de prevenção quaternária preconizando a saúde e o bem-estar do membro da família que desempenha o PPC, tendo contribuído para a tomada de decisão segura e livre de conflitos emocionais. Oliveira et al. (2021) referem que neste nível de prevenção são adotadas ações que preconizam de forma indireta, a melhoria da qualidade dos cuidados proporcionados aos utentes, uma vez que tem como finalidade cuidar de quem cuida.

Na procura de alcançar a excelência dos cuidados à família enquanto unidade de cuidados, em todos os níveis de prevenção, a interação desenvolvida entre a estudante e as famílias foi ao encontro da unidade de competência **“Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de Enfermagem de saúde familiar”** uma vez que, desde a prevenção ao tratamento, procurou-se englobar a família nos vários contactos estabelecidos e obter a sua opinião acerca da atuação do enfermeiro, para que a abordagem desenvolvida fosse

como agente de colaboração e não de prestação. Desta forma, a prática de ESF, teve por base os enunciados descritivos dos cuidados de Enfermagem especializados em ESF referidos no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESF (OE, 2017). De acordo com os mesmos, procurou-se promover a satisfação da família, a promoção da saúde familiar e prevenção de complicações em todas as etapas do ciclo vital. Para além disso, a intervenção sistémica permitiu maximizar o potencial dos membros das famílias no complemento das atividades de vida diárias de um dos seus membros dependente, contribuindo para a vivência adequada dos processos de transição e promoção da readaptação funcional.

Relativamente à competência específica **“Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de saúde familiar”** contribuiu igualmente, para cuidados especializados em todos os níveis de prevenção.

O desenvolvimento de competências de gestão do sistema de cuidados de saúde à família foi fundamental para garantir a eficácia e eficiência dos serviços, contribui para a promoção da saúde familiar, prevenção de doenças e a continuidade de cuidados em todos os níveis de prevenção (Mesquita et al., 2020; Rodrigues & Sousa, 2023).

O processo formativo realizado durante o ensino clínico e as reuniões em equipa, foram ações colaborativas e promotoras de uma cultura organizacional de partilha entre os profissionais de saúde, como contributo para a divulgação do conhecimento e visibilidade dos cuidados com as famílias.

A transferibilidade desses conhecimentos para a prática clínica nos cuidados especializados às famílias traduz-se na uniformização de intervenções especializadas, que ao serem registadas, monitorizadas e avaliadas, promovem a melhoria contínua dos cuidados e permitem demonstrar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Neste contexto, ao longo do ensino clínico, foram detetadas oportunidades de melhoria na parametrização do sistema de informação utilizado, que condicionam a adequada documentação dos cuidados à família enquanto unidade de cuidados. No sentido de colmatar esta necessidade transversal aos cuidados de saúde primários adotou-se uma atitude pró-ativa e de colaboração na melhoria e otimização do SClínico-CSP, no que concerne aos registos de Enfermagem no programa Saúde da Família. Desta forma, através do Enfermeiro tutor e da Enfermeira Gestora do Centro de Saúde foram desenvolvidas ações, com o objetivo de uniformizar os sistemas de informação na área da ESF. Contactou-se a equipa parametrizadora local e solicitou-se a anexação da

parametrização dos cuidados à família no sistema informático da USF, uma vez que a mesma já faz parte de outras unidades funcionais. Posteriormente, durante a documentação do processo de Enfermagem, foram identificados erros de parametrização, uma vez que conduziram à elaboração de diagnósticos inadequados perante a avaliação efetuada. Procedeu-se ao registo fotográfico e à partilha dos mesmos com o serviço de informática por correio eletrónico (Apêndice VIII), que posteriormente enviou para os SPMS de forma a serem corrigidos os eventuais erros. Com esta intervenção pretendeu-se contribuir para visibilidade dos cuidados à família, através da produção adequada de registos de Enfermagem no programa Saúde da Família.

O desenvolvimento pessoal e profissional contínuo é uma responsabilidade essencial dos enfermeiros, pelo que se procurou orientação constante junto da equipa orientadora e pedagógica, a fim de identificar lacunas do conhecimento e necessidades de aprendizagem. Juntamente com a análise crítica e reflexiva sobre as ações desenvolvidas e resultados alcançados, contribuíram para a melhoria da prática em Enfermagem especializada em saúde familiar.

Numa perspetiva de desenvolvimento contínuo, como competência para prestar cuidados às famílias ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, procurou-se aprofundar conhecimentos relevantes para a prática de saúde familiar de acordo com a mais recente evidência científica. Bianconi et al. (2023) refere que a aquisição dos mesmos, é potenciada pela frequência em cursos, seminários, *workshops*, leitura de artigos científicos, livros e publicações atualizadas. Spiess & Mattedi (2020) acrescentam que a participação em diversos eventos científicos na área da ESF, contribuem para consolidar e adquirir conhecimentos, que ao serem transferidos para a prática, se traduzem em cuidados de qualidade às famílias enquanto unidade de cuidados.

Nesse âmbito, apresentam-se os vários eventos em que participou: V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar que se realizou presencial e *online*, entre os dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023 (Anexo XII), com o objetivo de contribuir para a divulgação de evidências na Enfermagem de Saúde Familiar em particular e, da Saúde Familiar em geral, a nível nacional, ibero-americana e mundial, centrado nas temáticas sexo, género e orientação sexual; eutanásia; práticas, documentação e ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar; I Congresso Internacional em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPVC: Investigação e Diferenciação dos Cuidados (Anexo XIII), nos dias 23 e 24 de

novembro de 2023, com os objetivos de discutir investigação em Enfermagem e implicações para a prática clínica, para a formação e desenvolvimento da disciplina e as políticas e a organização de investigação em Enfermagem em Portugal; I Encontro Científico de Estudantes e antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária-Enfermagem de Saúde Familiar que teve lugar no dia 6 de abril de 2024 na Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Leiria (Anexo XIV), sobre a temática: *“Importância dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde familiar no contexto da ULS em Portugal e investigação em ESF; XVI Encontro do Dia internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU no dia 15 de maio de 2024”* (Anexo XV). No seu decorrer, refletiu-se sobre a Enfermagem de saúde familiar no mundo global, digital e em transformação, foram apresentados projetos de intervenção familiar e comunitária e partilhadas práticas de sustentabilidade na clínica, na formação e na investigação para a promoção da saúde das famílias.

No final do percurso formativo, espera-se que as competências adquiridas representem os alicerces sólidos para a atuação futura como EEECESF, destacando-se pela capacidade de implementar cuidados personalizados e eficazes que respondam às necessidades específicas da família como unidade de cuidados e a cada um dos seus membros, de acordo com os regulamentos da OE.

CONCLUSÃO

O caminho percorrido desde o início da formação no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar até este momento, revelou-se crucial à aquisição das competências inerentes à EECESF, pela mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática clínica.

As competências especializadas que se adquiriram, refletiram-se nos cuidados às famílias enquanto unidade de cuidados e a cada um dos seus membros, aos diferentes níveis de prevenção, assim como na liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF. A prática desenvolvida foi assente na mobilização dos princípios da responsabilidade profissional ético-legal, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade e gestão adequada dos cuidados como contributo para o desenvolvimento de aprendizagem profissionais. Desta forma, considera-se que os objetivos inicialmente delineados para a UC, foram alcançados.

A elaboração do RENP representa o fim desta jornada académica e início de uma nova fase que se pretende alcançar no âmbito pessoal e profissional. É o resultado das experiências e desafios que enriqueceram a identidade enquanto pessoa e enfermeira.

Paralelamente à prestação de cuidados, a investigação realizada durante o ENP, mostrou ser um contributo para um melhor entendimento sobre a funcionalidade das famílias, associada à mobilização das suas forças e recursos como estratégia familiar para vivenciar de forma saudável as transições a que a família está exposta.

O fenómeno de envelhecimento mundial e a caracterização das famílias efetuada, que confirmou essa realidade na população da USF, foi o fio condutor que orientou a escolha do tema da investigação. Associado ao aumento do número de idosos, surge o risco de dependência, com consequências na sua autonomia e necessidades de reajustamento da família, que permita manter a qualidade de vida dos seus membros e o funcionamento dos subsistemas que a compõem, assim como do sistema familiar como um todo.

A integração de teorias de Enfermagem e de modelos teóricos e operativos nos cuidados prestados pelos EECESF às famílias alargadas que integram idosos dependentes foram essenciais na validação das forças e recursos e na identificação das necessidades destas famílias e dos seus membros, assim como proporcionaram a adaptação às transições familiares. A aplicação da matriz operativa do MDAIF orientou para formulação de planos de cuidados personalizados e individualizados com as famílias, ao valorizar tanto a individualidade de cada membro quanto a especificidade da unidade familiar. Os ganhos

em saúde para as famílias resultaram de cuidados de Enfermagem eficazes e humanizados, de acordo com os indicadores de resultados obtidos.

A produção científica que se desenvolveu em contexto de estágio, nomeadamente a elaboração de artigo científico e as comunicações orais realizadas, foi crucial para consolidar o desenvolvimento de competências académicas e profissionais, mas também contribuiu significativamente para o conhecimento na área de ESF, promovendo a melhoria contínua dos cuidados. Além disso, considerou-se que o processo formativo desenvolvido com a equipa da USF, foi também uma oportunidade de desenvolvimento de competências no que diz respeito ao trabalho em equipa multidisciplinar e um contributo para a melhoria dos cuidados prestados pelo enfermeiro de família, de acordo com a aquisição de conhecimentos relacionados com a ESF.

No culminar de tão importante trajetória, não poderia terminar sem expor o que se considera essencial em qualquer processo de aprendizagem. Uma vez que desempenha funções na área dos cuidados de saúde primários como enfermeira de família há vários anos, foi impossível não fazer a analogia do que se faz com o que se pretende fazer. O percurso desenvolvido durante o ENP foi essencial para a observação e reflexão crítica da conduta pessoal adotada ao longo da atividade profissional e impulsionar o interesse em implementar mudanças imediatas na atuação que desenvolve em contexto de trabalho, tendo a conta a melhoria dos cuidados que presta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, S. I. V., Leal, F. D. F., & Alves, O. M. A. (2024). Family obesity: case study. *International Journal of Health Science*, 4(40), 2–9.
<https://doi.org/10.22533/at.ed.1594402424047>
- Agostinho, A. C. M. A. L. (2009). *Filhos na escola e filhos adultos: a relação entre funcionamento familiar, parentalidade e resiliência* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10451/2195>
- Aguiar, M. P. P. D. A., & Moraes, N. A. D. (2021). Processos de resiliência familiar vivenciados por famílias com uma pessoa com deficiência. *Revista Subjetividades*, 21(3), 1-16.
- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 91–96.
- Amaro, F. (2001). A Classificação das famílias segundo a Escala de Graffar. *Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso*.
- Aragonez, C. F. (2017). O Construto fronteiras na funcionalidade familiar. *Revista interdisciplinar multi saberes*, 1(1), 48-60.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista portuguesa de saúde pública*, 59–66. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/15740>
- Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de enfermagem referência*, 3(2), 45–53. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239961007>
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da faculdade de medicina de Lisboa*, 8(4), 199-204.
- Bag, S., & Akbas, F. (2020). The impact of obesity on sexual functions and dyadic consensus in patients with obesity. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 18(6), 308–312.
<https://doi.org/10.1089/met.2020.0012>
- Batista, G. B., Almeida, L. A., & da Silva Limeira, C. P. (2021). Visita Domiciliar do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Sob o Olhar do Idoso. *Revista de psicologia*, 15(56), 70-87.

- Bertoncelo, E. (2016). Classes sociais, cultura e educação. *Novos Estudos CEBRAP*, 35, 159–175. <https://doi.org/10.25091/S0101-3300201600010008>
- Bianconi, A. L. M., Malaquias, T. D. S. M., Zani, A. V., Teston, E. F., Bortoletto, M. S. S., & Haddad, M. D. C. F. L. (2023). Intervenção educativa em habilidades sociais para enfermeiros da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0503pt>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The Bioecological Model of Human Development. In *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 793–828).
- Caeiro, R. T. (1991). *Registo clínicos em medicina familiar*. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.
- Carvalho, F. J. V. (2021). *Prevenção à Saúde: conceitos, determinantes e efeito na aposentadoria precoce* [Dissertação de doutoramento, Universidade Federal da Paraíba]. Repositório aberto da Universidade Federal da Paraíba. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/21270>
- Chaparro-Díaz, L. (2010). The special bond of care: construction of a grounded theory. *Avances en Enfermería*, 28(2), 123-133.
- Coradini, A. O., Moré, C. L. O. O., & Scherer, A. D. (2017). Obesidade, família e transgeracionalidade: uma revisão integrativa da literatura. *Nova perspectiva sistêmica*, 26(58), 17–37.
- Corte, Agostinha., Reis, Alcinda., Freitas, Alexandra., leite, A. C. S., Vilar, A. I., Murteiro, A. M., Gato, A. P., Prata, A. P., Pires, A., Resende, A., Spínola, A., Dias, A., Nogueira, A., Fernandes, C. S., Sequeira, C., Subtil, C., Vitor, C., Ferré-Grau, C., Andrade, C., ...Charepe, Z., & Figueiredo, M. H. (Coord). (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel
- Costa, P. M, & Nunes, A. C. (2020). Os cuidadores informais como resposta eficaz no cuidado ao idoso dependente: condicionantes da sobrecarga, necessidades e empowerment. *Visões Sobre o Envelhecimento*, 65-78.
- Coutinho, J. P. (2019). Religiosidade em Portugal: caracterização, comparação e evolução. *Religião & Sociedade*, 39(3), 58–81. <https://doi.org/10.1590/0100-85872019v39n3cap03>
- Cunha, V. F., Rossato, L., Gaia, R. da S. P., & Scorsolini-Comin, F. (2020). Vista do

Religiosidade/espiritualidade em saúde: uma disciplina de pós-graduação. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 11(3), 232–251. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3p232>

Decreto-Lei n.º 103/2023- Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. Diário da República. I Série, n.º 215 (2023-11-7), pp. 21-48.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Decreto-Lei n.º 104/98- Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República. I Série-A, n.º 93 (1998-4-21), pp 1739-1957.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Decreto-Lei n.º118/2014- Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Diário da República, I Série, n.º 149 (2014-08-05), pp. 4069-4071. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Decreto-Lei Nº 161/96- Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. Diário da República I Série-A nº 205 (1996-09-4), pp. 2959-2962.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., & Franco, M. H. P. (2015). A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1119-1134.

Delgado, A., & Wall, K. (2014). *Famílias nos censos 2011: diversidade e mudança*. Instituto Nacional de Estatística/Imprensa de Ciências Sociais.

Despacho n.º 2555/2022- Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar. Diário da República, II Série, n.º 40 de 2022-02-25.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/02/040000000/0029000291.pdf>

Despacho n.º 6716/2023. Aprova o plano de estudos conducente ao grau de mestrado do 2.º ciclo em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República. II Série, n.º 119 de 2023-06-21.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/doc/6716-2023-214618888>

Despacho n, ° 12456-B/2023- Determina a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar. Diário da República II Série Parte

C, n.º234 de 2023-12-04. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12456-b-2023-225283582>

- Dovala, T., Hawrilenko, M., & Cordova, J. V. (2018). Implicit theories of relationships and conflict communication patterns in romantic relationships: A dyadic perspective. *Journal of Relationships Research*, 9. <https://doi.org/10.1017/jrr.2018.11>
- Duarte, Y. A., & Domingues, M. A. R. (2020). *Família, rede de suporte social e idosos: instrumentos de avaliação*. Editora Blucher Lda.
- Erdtmann, B. K., Provensi, C., & Cesaro, L. H. (2015). Promoção da saúde da família rural na atenção da enfermagem comunitária. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*, 11, 192–193. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Esperidião, E., Munari, D. B., & Stacciarini, J. M. R. (2002). Desenvolvendo pessoas: estratégia didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 516–522.
- Farčić, N., Barać, I., Lovrić, R., Pačarić, S., Gvozdanović, Z., & Ilakovac, V. (2020). The influence of self-concept on clinical decision-making in nurses and nursing students: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3059. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093059>
- Faria, M. C., Ramalho, J. P., Nunes, A. C., & Fernandes, A. I. (Coord.) (2020). *Visões sobre o envelhecimento*: IPBeja Editorial.
- Fernandes, O. M. (1995). *Família e emigração: um estudo da estrutura e do funcionamento familiar de uma “população” não migrante do conselho de Chaves e de uma “população” portuguesa no Cantão de Genebra*. [Dissertação de mestrado, Faculdade Psicologia e Ciências da Educação]. Universidade de Coimbra.
- 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>
- Ferreira, V. M. F., & Fonseca, R. N. (2023). Modelos de governação clínica em Portugal: realidade hospitalar, agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 20520–20531.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar*. [Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. H. J. S., Martins, M. M. F. P. S., Silva, L. W. S., & Oliveira, P. C. M. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(3), 11–22.
- Finlayson, B., Turns, B., & Jordan, S. S. (2019). The use of solution-focused brief therapy with families. In *Systemically treating autism: A clinician's guide for empowering families*. (pp. 79–85). Routledge <https://doi.org/10.4324/9781315141831-10>
- Flávia, A., Otto, N., & Ribeiro, M. A. (2012). Unidos em torno da mesa: a dinâmica familiar na obesidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17, 255-264.
- Freidman, M. M. (1998). *Family nursing: research, teory and pratice* (4ª ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2002). *Family nursing: Research, theory and practice* (5ª ed.). Pearson.
- Gilliss, C. L. (1991). Family Nursing Research, Theory and Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(1), 19–22.
- Gomes, C. P. S. (2015). *A família como foco de intervenção de enfermagem no cuidar da pessoa com doença oncológica em unidade de internamento* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Aberto da Escola Superior de Saúde de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/16391>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças*. Lusodidatica.
- Gottlieb, L. N., & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing: a practice-derived model. *Advances in Nursing Science*, 9(4), 54–64.
- Guerra, F. F., Teixeira, K. M. D., & Fontes, M. B. (2017). Famílias Multigeracionais Corresidentes: caracterização da geração sanduíche e da geração pseudo-sanduíche. *Sociedade em debate*, 23(1), 334–353.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2ªed.) Lusociência.
- Henriques, C. R., & Ramos, E. (2011). Ajustes entre pais e filhos adultos coabitantes: limite e transgressão. *Psicologia em estudo*, 16, 531–539.

- Herédia, V. B. M., Casara, M. B., & Cortelletti, I. A. (2007). Impactos da longevidade na família multigeracional. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 10(1), 7–28.
- International Council of Nurses (ICN). (1998). *Nurses and human rights*. www.icn.ch
- International Council of Nurses (ICN). (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Navegador CIPE. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Family Nursing Association. (2015). *Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF)*. IFNA. <https://internationalfamilynursing.org/2015/01/30/dynamic-model-of-family-assessment-and-intervention-mdaiif/>
- International Family Nursing Association. (2017). *Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing - International Family Nursing Association*. IFNA. <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/>
- Júnior, E. G. S., Eulálio, M. C., Souto, R. Q., Santos, K. L., Melo, R. L. P., & Lacerda, A. R. (2019). The capacity for resilience and social support in the urban elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 7–16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.32722016>
- Júnior, F. F. G., & Jorge, M. S. B. (2022). Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: desafios teóricos e práticos na perspectiva de gestores e enfermeiros. *International Journal of Development Research*, 12(02), 54134-54141.
- Kaakinen, J. R., Coelho, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing-theory, practice, and research* (6ª). F.A. Davis Company.
- Lawrenz, P., Zeni, L. C., JuryArnoud, T. C., NicheleFoschiera, L., & Habigzang, L. F. (2020). Estilos, Práticas ou Habilidades Parentais: Como Diferenciá-los? *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16(1), 2-9.
- Leal, F. D. F. (2023). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com idoso(s) dependente(s)* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem do Porto <http://hdl.handle.net/10400.26/50041>
- Lopes, M. (2021). Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os modelos de cuidados. *Imprensa Universidade de Évora*.
- Machado, D. M. R., Brás, M. A. M., De Almeida, A. D. D. L., & Vilela, A. C. L. (2023). Modelos de intervenção transgeracional aplicados à enfermagem de saúde familiar-

- revisão narrativa. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 113-122.
- Macinko, J., Dourado, M. I. C., & Guanais, F. C. (2011). Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde diagnósticos, instrumentos e intervenções.
- Marina, M., & Jelena, P. (2022). Family functionality in context of systemic family therapy and family constellations method. *Годишњак за педагозију University of Nis - Faculty of Philosophy* (7), pp. 7-21. <https://doi.org/10.46630/gped.1.2022.1>
- Marques, E., Gonçalves, E., Murteiro, A., Vitor, C., Figueiredo, M., Lebreiro, M., & Rego, R. (2020). A pessoa portadora de esclerose múltipla, o familiar cuidador e processo familiar. *Revista ROL de Enfermería*, 43(1), 118-123.
- Mauritti, R., Nunes, N., Alves, J. E., & Diogo, F. (2019). Desigualdades sociais e desenvolvimento em Portugal: um olhar à escala regional e aos territórios de baixa densidade. *Sociologia Online*, 19, 102-126. <https://doi.org/10.30553/sociologiaonline.2019.19.5>
- Melo, A. D., Balonas, S., Ruão, T., & Felício, M. M. (n.d.). A Comunicação como determinante social da saúde: O caso dos guias da comunicação em saúde no PNS 2030-Portugal. *LEIASS – Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde*
- Mesquita, L. M., Valente, G. S. C., Soeiro, R. L., Cortez, E. A., Lobo, B. M. I. D. S., & Xavier, S. C. D. M. (2020). Estratégias de educação permanente na avaliação das equipes de saúde da família: uma revisão sistemática. *Revista brasileira de educação médica*, 44, e010. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190006>
- Minayo, M. C. D. S. (2021). Caring for those who care for dependent older adults: for a necessary and urgent policy. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 7-15. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30872020>
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e tratamento* (Porto Alegre: Artmed., Ed.).
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadeismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <http://hdl.handle.net/10400.11/7409>
- Muniz, M. S. C., Ferrari, S. E. N., Duarte, I. N., dos Santos, L. L., & Ferreira, J. B. B. Quaternary prevention and its implications for the clinical practice: a systematic review. [Internet]. 55(4): e-188477. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/188477>

- Nobre, G. A. S. S. (2022). Dinâmicas familiares de idosos dependentes ribeirinhos. [Dissertação de mestrado]. Universidade federal do Amazonas. <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/9026>
- Nunes, M. G. S., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., & Mendonça, S. S. (2017). Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. *Saúde Em Debate*, 41(115), 1102–1115. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711509>
- Oliveira, E. M. L., & Souza, N. A. (1998). Esclerose Múltipla. *Revista Neurociências*, 6(3), 114–119.
- Oliveira, L. D. A. M., Soares, Y. K. C., Noleto, L. C., Fontinele, A. V. C., Galvão, M. P. S. P., & de Souza, J. M. (2018). Assistência de enfermagem em pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico: revisão integrativa. *Revista uningá*, 55(2), 33-46.
- Oliveira, L. G. F., Fracolli, L. A., Gryscek, A. L. de F. P. L., Pina-Oliveira, A. A., Campos, D. S., Silva, L. A. da, Geraldo, D. C., Silva, E. E. A. da, Pereira, T. Z., & Coelho, T. P. B. (2024). A família como sujeito: a centralidade do cuidado e do conhecimento na orientação familiar em saúde. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 7(14), e14989. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.989>
- Oliveira, L. G. F., Fracolli, L. A., Pina-Oliveira, A. A., Gryscek, A. L. de F. P. L., Silva, M. R. da, Campos, D. S., Castro, D. M. C. de L., Geraldo, D. C., Farias, L. G., & Macedo, S. G. (2024). Reflexões acerca dos desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar quanto à integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 7(14), e14973. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.973>
- Oliveira, P., Figueiredo, M., Apóstolo, J., & Leite, C. (2020). Práticas educativas em enfermagem de saúde familiar: contributo para o desenvolvimento das competências clínicas dos enfermeiros. *Revista ROL de Enfermería*, 43(1), 427-431.
- Oliveira, R. L., Santana, W. K. F., & Junior, J. A. de F. (2021). A prevenção quinquenária e sua aplicabilidade para coarctação de enfermidades mentais na praxis de profissionais da estratégia de saúde da família em período pandêmico. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 2(4). <https://doi.org/10.51161/remsa/2940>

- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde* (pp. 1-16). OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem comunitária. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2020). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>
- Orem, D. E., & Rodrigo, M. T. L. (1993). *Modelo de Orem: Conceitos de enfermagem na prática*. Ediciones Científicas y Técnicas, SA.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby, Ed.
- Perdigão, A. M. J. (2011). *Controlo de qualidade e análise de águas de consumo humano*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório institucional <http://hdl.handle.net/10773/8119>
- Pereira, I. S. (2022). *Funcionamento familiar, resiliência e coparentalidade: estudo com pais e mães em famílias com e sem divórcio*. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga.]. Coimbra. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/cb75a2ae-bc92-4239-ab31-d7e004978fec/content>
- Pimentel, L. (2008/6/25 a 2008/6/28). Entre o dever e os afectos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar. [Comunicação oral] In *VI Congresso Português de Sociologia, Mundos e práticas: saberes e práticas, Universidade Nova de Lisboa: Faculdade de ciências sociais e humanas* (Vol. 259, pp. 1-15).
- Pinheiro, J. (2021). Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares.
- Pinto, L. R., (2023). *Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias em Transição para a Parentalidade - Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem do Porto

<http://hdl.handle.net/10400.26/49961>

Pordata. (2021). *Censos 2021*. <https://censos.ine.pt/>

Portaria n.º 411-A/2023- Regula o índice de desempenho da equipa multiprofissional das unidades de saúde familiar de modelo B, e a atribuição dos incentivos institucionais a estas e às unidades de cuidados de saúde personalizados. Diário da República I Série 234 de 2023-12-05. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/411-a-2023-225265452>

Portaria n.º 454-A/2023- Regula o procedimento de candidatura aplicável à constituição das unidades de saúde familiar modelo B, os processos de monitorização e de acompanhamento e ainda os mecanismos de transição para unidades de saúde familiar modelo B. Diário da República, I Série, 1º supl., n. º249 de 2023-12-28.

Portaria n.º 1368/2007- Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República I Série, n. º201 de 2008-10-18. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123>

Portugal. (2022). *Relatório de Primavera 2022*. Observatório português dos sistemas de saúde.

Portugal. Direção Geral da Saúde (2022) Plano Nacional de Saúde 2021-2030- Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. DGS

Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2021). *O que nos dizem os censos sobre as dificuldades sentidas pelas pessoas com incapacidade* (pp. 1-2). INE

Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2024). *População residente com 15 e mais anos de idade (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021) e Religião; Decenal*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCo d=0012311&contexto=bd&selTab=tab2

Proença. (2021). *Querido/a vamos conversar sobre o nosso peso? Comunicação e a obesidade/excesso de peso no casal*. [Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório aberto do ISPA Instituto Universitário. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/8521/1/24891.pdf>

Ramos, T. K., Nietsche, E. A., Backes, V. M. S., Cogo, S. B., Salbego, C., & Antunes, A. P. (2022). Integração ensino-serviço no estágio curricular supervisionado de enfermagem: perspectiva de enfermeiros supervisores, docentes e gestores. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 31, e20210068. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0068>

- Rebello, M. A. P. (2019). *Promover o envelhecimento ativo: o desafio da institucionalização sob o olhar do enfermeiro* [Dissertação de mestrado, Politécnico de Portalegre]. Rcaap. [Dissertação de mestrado Monica Rebello 2 de Dezembro.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Regadas, S. C. R. D. S. (2021). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Paços de Ferreira. [Dissertação de doutoramento, Instituto de ciências da saúde]. Repositório aberto da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/36380>
- Regulamento interno da USF (2023). Regulamento interno. In.
- Regulamento n.º 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 de 2019-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º190/2015- Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República II Série Parte E, n.º 79 de 2015-04-03. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Regulamento n.º 428/2018- 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. Diário da República: II Série, n.º 135 de (2018-07-16). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Relvas, P. (1996). A co-construção da hipótese sistémica em terapia familiar. *Análise Psicológica*, 14, 563-579.
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. (4.^a ed.). Edições Afrontamento.
- Rocha, K. B., Conz, J., Barcinski, M., Paiva, D., & Pizzinato, A. (2017). Home visit in the health field: a systematic literature review. *Psicol Saúde Doença*, 18(1), 170-185. <https://doi.org/10.15309/17psd180115>
- Rocha, M. C. A. (2015). Dependência no autocuidado em contexto familiar-estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia. [Dissertação de doutoramento, Instituto de ciências Abel Salazar.] Repositório aberto da universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82488/2/113361.pdf>

- Rodrigues, M. R., & Sousa, M. F. de. (2023). Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. *Saúde Em Debate*, 47(136), 242-252. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022313616>
- Rosa, C. S. R., Carvalho, A. G. F., & Barja, P. R. (2022). Soft Skilllls: Desenvolvimento das competências do enfermeiro na atualidade. *Revista Univap*, 28(57). <https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v28i57.2592>
- Sá, A. M. M. (2024^a). *Das birras dos pequenos aos desafios dos adolescentes: uma intervenção para a parentalidade positiva* [Dissertação de mestrado, Instituto da educação]. Repositório aberto da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/64256>
- Sá, I. B., Silva, D. R., Rocha, M. R., Fortuna, A. F. L., & Andrade, M. de F. (2024^b). Importância da prevenção primária e secundária na doença arterial coronariana. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(2), e68756. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n2-313>
- Salgueiro, H., & Lopes, M. (2010). A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31, 26-32.
- Saraiva Menezes, K. D. J., & Callegaro Borsa, J. (2022). Avaliação psicológica no contexto do luto infantil: contribuições da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 18(1), 237-258.
- Sardinha, A. H. de L., Pereira, L. S., Andrade, B. R. C., Oliveira, A. S. de, Camara, J. de P., & Sales, M. de F. S. (2024). Funcionalidade familiar de idosos com hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. *Enfermagem Brasil*, 22(6), 1195–1207. <https://doi.org/10.33233/eb.v22i6.5546>
- Scorsolini-Comin, F., Rossato, L., Cunha, V. F. da, Correia-Zanini, M. R. G., & Pillon, S. C. (2020). A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19. *Revista de Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 10. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3723>
- Sequeira, C. A. C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 9-16. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003>
- Sequeira, C. A. C., & Sousa, L. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental* (2^a ed.). Lidel Edições Técnicas Lda.

- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2023). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. SPMS <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Shajani, Z & Snell, D. (2023). *Wright & Leahey's Nurses and Families A Guide to Family Assessment and Intervention* (8.^a ed.). F.A. Davis
- Silva, A. M., Colaço, A. D., Bertoncello, K. C. G., Silva, T. G., Amante, L. N., & Matos, F. G. D. O. A. (2022). Acurácia dos diagnósticos de enfermagem nos cuidados ao paciente crítico. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 26, 1-7. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.38659>
- Silva, D. M., Vilela, A. B. A., Oliveira, D. C., & Reis Alves, M. (2015). How the social representation of family is structured in elderly residents of intergenerational homes. *Revista Enfermagem*, 23(1), 21–26. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.8739>
- Silva, K. C. L. V. (2024). *Processo de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica: Construção de conteúdo para prontuário eletrônico* [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Silva, R. A. C. P. (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do Enfermeiro de Família* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca digital do Instituto Politecnico de Bragança <http://hdl.handle.net/10198/24760>
- Simor, C. C. G., Sathes, Mi. M., Rossato, M. L., Cenci, C. M. B., & Meneses, M. P. R. (2023). Protocolo para elaboração do diagnóstico sistêmico conjugal. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(2), 7285–7305.
- Siopis, G., Moschonis, G., Reppas, K., Iotova, V., Bazdarska, Y., Chakurova, N., Rurik, I., Radó, A. S., Cardon, G., Craemer, M., Wikström, K., Valve, P., Moreno, L. A., Miguel-Etayo, P., Makrilakis, K., Liatis, S., & Manios, Y. (2023). The Emerging Prevalence of Obesity within Families in Europe and its Associations with Family Socio-Demographic Characteristics and Lifestyle Factors; A Cross-Sectional Analysis of Baseline Data from the Feel4Diabetes Study. *Nutrients*, 15(5). <https://doi.org/10.3390/nu15051283>
- Soares, C. J., Santos, A. W., Oliveira, G. S., Medeiros, R. L. S. F. M., Santos, A. V. A., Souza, K. C., & Silva, M. L. (2022). Relevância das medidas preventivas para o diagnóstico precoce de câncer de mama. *Research, Society and Development*, 11(7), e28311730003. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30003>

- Soares, K. G., & Meneghel, S. N. (2021). O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 129–136. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30772020>
- Sousa, C. H., Mota, S. M., Machado, G. A. L., Sousa, E. B., Araújo Filho, F. J., Sousa, M. E., & Moura, I. H. (2020). Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: frequência e correlação com a dependência do idoso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 32(3), 26-32. <http://www.mastereditora.com.br/bjsr>
- Spiess, M. R., & Mattedi, M. A. (2020). Scientific meetings: From the reputational pyramid to the persuasion cycles. *Sociedade e Estado*, 35(2), 441–471. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202035020004>
- Suzana, R. G., Recla, A. D. M., E Silva, M. C. P., Pampolim, G., & Sogame, L. C. M. (2021). Fatores associados à funcionalidade familiar de idosos assistidos por uma unidade de saúde da família de Vitória- ES. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 26(1). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.102314>
- Tato, M. B. V. F. (2019). Estudo de validação da Escala de Devolução em Terapia Familiar (EDEV) [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/94791>
- Torres, J. D. M., Paiva, A. M. G., Queiroz, M. V. O., Monteiro, A. R. M., Farias, M. S., & Pereira, A. M. M. (2020). Resiliência e famílias: reflexão teórica sobre laços afetivos e familiares. *Brazilian Journal of Development*, 6, 33419–33432.
- Veiga, G. A., Araújo, M. C., Cauduro, F. L. F., & Andrade, J. (2020). Active methodology in nursing supervised internship: Innovation in primary health care. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34857>
- Veras, R., & Oliveira, M. (2016). Care pathway for the elderly: detailing the model. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 887–905. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
- Vicente, H. T., & Sousa, L. (2007). Família multigeracional: Estruturas típicas. Contributo para a avaliação do sistema familiar. *Psychologica*, 46, 143–166.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação- O processo de construção do conhecimento (3ª)*. Edições Sílabo, Lda.

- Vivente, H. T., & Sousa, L. (2007). Família multigeracional: estruturas típicas. Contributo para a avaliação do sistema familiar. *Psychologica*, 46, 143–166.
<https://www.cepese.pt/portal/pt/publicacoes/obras/familia-multigeracional-estruturas-tipicas-contributo-para-a-avaliacao-do-sistema-familiar>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família* (5ª). Roca.
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistémica: pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Erechim*. v, 36, 133–142.

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE GRAFFAR ADAPTADA

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO II – ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casament	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

(continua)

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
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 actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades 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.

ANEXO III – APGAR FAMILIAR DE SMILKLSTEIN

APGAR Familiar de Smilkstein

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

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional

4 a 6 – Família com moderada disfunção

0 a 3 – Família com disfunção acentuada

ANEXO IV – FACES II

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
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.					

(continua)

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
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					

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
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:

- 1- Quase nunca
- 2- De vez em quando
- 3- Às vezes
- 4- Muitas vezes
- 5- Quase sempre

ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 76/2023 -CES	Pág. 1 de 3
--	--	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 78 de 20/10/2023	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de Investigação, subordinado ao tema: "Famílias com Idosos Dependentes: Impacto da Avaliação e Intervenção Familiar".	Em nome do(s) investigador(es): Sónia Isabel Vieitos Afonso, Mestranda do primeiro Curso de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar da ESSVC.

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

O presente estudo centra-se na saúde familiar perante um idoso dependente, procurando evidenciar a capacidade autopoietica da mesma, na medida em que recorre às suas forças para incorporar as mudanças decorrentes das transições ao longo do ciclo vital (Figueiredo, 2012). Será realizado na

Objetivos gerais: Avaliar as necessidades das famílias com membro idoso dependente no autocuidado e Avaliar o impacto da intervenção familiar especializada na família como unidade de cuidados. Objetivos específicos: Documentar a avaliação e intervenção familiar no SClínico -CSP; Documentar os resultados alcançados pelas famílias após a intervenção do EEECESF; Produzir evidência científica acerca dos diagnósticos de enfermagem com mais prevalentes decorrentes de uma transição normativa da família aquando de uma transição desenvolvimental de um dos seus membros-envelhecimento/dependência; Criar planos de intervenção específicos e direcionados às necessidades da família com foco de cuidados; Colaborar na implementação do plano de acompanhamento interno da USF no âmbito d avaliação e intervenção familiar em famílias com membros idosos dependentes.

No presente estudo optou-se por uma abordagem qualitativa e dentro da metodologia qualitativa, encontram-se os estudos de investigação-ação que, em enfermagem de saúde familiar, são uma pesquisa que combina os princípios da investigação académica com a implementação de mudanças na prática de enfermagem em contextos de saúde familiar.

Instrumento de Recolha de dados: No presente estudo será aplicada a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e todas as escalas incluídas no modelo nomeadamente, Escala de Graffar adaptada e critérios relativos ao tipo de avaliação (Anexo I), Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Anexo II), Faces II (Anexo III) e Apgar Familiar de Smiklstein (Anexo IV).

Numa primeira fase, foi analisada a totalidade da amostra tendo em consideração as seguintes variáveis: tipo de família, idade dos membros da família sexo, e grau de dependência dos idosos. Segundo dados retirados a 3/10/2023 da plataforma MIM@UF, referentes a agosto de 2023, o ficheiro do enfermeiro tutor é constituído por 1553 utentes, integrados em 671 famílias.

Após a aplicação da escala de Barthel, foram classificados 10 idosos dependentes, 4 com dependência leve, 2 com dependência moderada e 3 com dependência grave.

Os dados obtidos durante o estudo serão alvo de análise qualitativa, através da análise dos indicadores do MDAIF, nomeadamente das taxas de avaliação, taxas de prevalência e indicadores de resultado (Anexo V). A análise dos mesmos, após a intervenção especializada irá permitir identificar os ganhos em saúde para as famílias, nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, sensíveis aos cuidados do EEECESF.



	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 76/2023 -CES	Pág. 2 de 3
--	--	-------------

2. Fundamentação

O conceito de família tem sido abordado por inúmeros autores ao longo da história e em diferentes disciplinas, Hanson (2005 pág. 6) define família como “...dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico...”.

No contexto da enfermagem familiar, são considerados como tipo de família: casal, família nuclear, família reconstruída, família monoparental, coabitação, família institucional, comuna, unipessoal e alargada. Nestas últimas, a coabitação de múltiplas gerações e laços de parentesco adiciona complexidade às dinâmicas familiares. O foco dos cuidados a famílias alargadas envolve compreender as dinâmicas que surgem nos contextos multigeracionais e a importância de apoiar não só os idosos dependentes, mas também todos os membros da família envolvidos. Esta abordagem holística é fundamental para promover o bem-estar da família enquanto sistema alvo de cuidados (Figueiredo, 2012).

O envelhecimento populacional está em crescimento contante ao longo dos últimos anos e neste sentido é imprescindível direcionar uma atenção cuidadosa às famílias que cuidam de idosos dependentes, com a abordagem de cuidados dentro do contexto da desinstitucionalização, no sentido de capacitação na sua adaptação perante as transições normativas do ciclo vital (Araújo, et.al, 2011). Figueiredo (2009) refere que o ciclo vital da família envolve diversas transições desencadeadoras de stress, que requerem a aplicação de estratégias de coping para reorganizar a dinâmica familiar num processo de mudança contínuo.

Direcionada para as transições do indivíduo, a teoria das transições de Afaf Meleis, é amplamente reconhecida na enfermagem, por destacar as transições como eventos significativos na vida dos indivíduos e enfatiza a necessidade de os compreender e apoiar nesse processo. Na sua teoria de médio alcance, são evidenciados quatro tipos de transições: desenvolvimentais, saúde e doenças, situacionais e organizacionais (Figueiredo, 2009). O envelhecimento como transição desenvolvimental, requer uma vivência familiar integrativa que facilite a compreensão do processo de transição, em que a pessoa idosa vivência uma transição para a dependência no autocuidado, um dos membros da família assume o papel de prestador de cuidados e toda a família se confronta com a necessidade de mudança. A preservação do equilíbrio entre o ciclo vital familiar e o ciclo vital individual, é condicionado pela preparação e aceitação do envelhecimento como tarefa desenvolvimental (Figueiredo, 2009, 2023).

Na perspetiva de alcançar excelência nos cuidados prestados às famílias, surgiram ao longo dos anos vários modelos de avaliação e intervenção familiar. Baseado nos pressupostos teóricos atrás referidos, o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (MCAF) e o Modelo de Intervenção Familiar de Calgary (MCIF) apresentam uma perspetiva multidimensional, focada na estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família (Leahey & Wright, 2011).

Fundamentado no pensamento sistémico e nas fontes teóricas do MCAF e MCIF, Figueiredo (2012) desenvolveu, em articulação com os enfermeiros de família, o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) com uma matriz operativa centrada nas mesmas dimensões avaliativas e várias subdimensões. Orienta para a formulação de diagnósticos tendo em consideração os critérios de diagnósticos e os dados recolhidos, apresenta propostas de intervenção ajustáveis às necessidades das famílias (Néné et al., 2023). A sua aplicação permite aos enfermeiros fundamentar a tomada de decisão nos cuidados com as famílias, e por ser aquele que está parametrizado, possibilita a documentação do processo de enfermagem nos sistemas de informação existentes na linguagem padronizada CIPE.

3. Conclusão/parecer

O pedido de estudo apresentado cumpre os requisitos exigidos pela CES no Mod. Q755, reiteramos, ainda, a obrigatoriedade de entrega do trabalho final e esta Comissão, conforme consta no compromisso dos investigadores plasmados no mesmo documento.

O tempo de autorização para a colheita de dados é da data de emissão deste parecer até ao dia 31 de março de 2024. Propomos, por isto, a emissão de um parecer favorável

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 76/2023 -CES	Pág. 3 de 3
--	--	-------------

Nota: Referências bibliográficas:
As constantes no protocolo.

Relator(es)	
Ratificado em reunião do dia	30-11-2023
Enviado parecer: ____ / ____ / ____	

30/11/2023

O Presidente da CES

*Autorizado 30/12/2023
Presidente CES*



ANEXO VI – MAPEAMENTO DOS INDICADORES DO MDAIF

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR MAPEAMENTO DE INDICADORES

(https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/mapeamentoindicadores.pdf)

A) TAXAS DE AVALIAÇÃO

a. Dimensão Estrutural

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

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

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

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

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

b. Dimensão Desenvolvimento

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

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

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

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

c. Dimensão Funcional

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

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

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR MAPEAMENTO DE INDICADORES

B) TAXAS DE PREVALÊNCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR MAPEAMENTO DE INDICADORES

C) INDICADORES DE RESULTADO (GANHOS EM SAÚDE)

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

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

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

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

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

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

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

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação /Nº total de famílias com Comunicação não eficaz x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Sexual /Nº total de famílias com Interação Sexual não adequada
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Função Sexual /Nº total de famílias com Função Sexual comprometida x 100

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

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

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR MAPEAMENTO DE INDICADORES

- N° . de famílias com diagnóstico positivado em Uso de contraceptivo / N° total de famílias com Uso contraceptivo não adequado x 100
- N° . de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento Reprodução / N° total de famílias com Conhecimento Reprodução não demonstrado x 100

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Adaptação Gravidez / N° total de famílias com Adaptação Gravidez não demonstrada x 100

- N° de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento / N° total de famílias com Conhecimento não demonstrado x 100
- N° de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação / N° total de famílias com Comunicação não eficaz x 100
- N° . de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos Adesão / N° total de famílias com Comportamentos Adesão Não Demonstrado x 100

N° . de famílias com diagnóstico positivado em Papel Parental / N° total de famílias com Papel Parental não adequado x 100

- N° . de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel / N° total de famílias com Conhecimento do Papel não demonstrado x 100
- N° . de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão / N° total de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado x 100
- N° . de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel / N° total de famílias com Consenso Papel Não x 100
- N° . de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel / N° total de famílias com Conflito Papel Sim x 100
- N° . de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel / N° total de

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR MAPEAMENTO DE INDICADORES

famílias com Saturação Papel Sim x 100

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

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel /Nº total de famílias com Conhecimento do Papel não demonstrado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão /Nº total de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel /Nº total de famílias com Consenso Papel Não x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel /Nº total de famílias com Conflito Papel Sim x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel /Nº total de famílias com Saturação Papel Sim x 100

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

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação Familiar /Nº total de famílias com Comunicação Familiar não eficaz x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Coping Familiar /Nº total de famílias com Coping Familiar não eficaz x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis /Nº total de famílias com Interação Papéis não eficaz x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis /Nº total de famílias com Interação Papéis conflitual x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100

ANEXO VII – PLANEAMENTO E RELATÓRIO DE ATIVIDADE FORMATIVA:
MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

	Formação em Serviço Relatório de Atividade Formativa	Pág. 1 de 2
--	---	-------------

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor: _____

Data: 07 / 12 / 2023_, das 13 horas às 14_ horas.

Atividade (Título): Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar _____

Resumo da Atividade

Conceitos básicos do modelo de avaliação e intervenção familiar

Avaliação da dimensão estrutural e funcional da família

Instrumentos de avaliação familiar

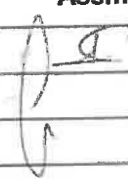
Registos dos cuidados à família

Envia ou enviou trabalho escrito ao SGRH – Unidade de Formação:

Sim ☐

Não ☐

Registo de Presenças

Formadores ULSAM	Nº Mec.	Nome	Assinatura
	84851	Sónia Isabel Viegas Afonso	
	3393	Filipe Daniel Barbosa Fil	

Formadores Externos	Nome	Assinatura

	Formação em Serviço Relatório de Atividade Formativa	Pág. 2 de 2
--	---	-------------

Registo de Presenças

	Nº Mec.	Nome	Assinatura	Avaliação da Eficácia*		
				N/A	Eficaz	Não Eficaz
Formandos					9	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	

* Avaliação da Eficácia (N/A; Eficaz; Não Eficaz), deve ser realizada no final da ação, por quem promoveu e realizou a Avaliação Global Imediata.

Avaliação Global Imediata

O Diretor/Chefe/Coordenador/Responsável _____

O Coordenador da Ação _____

ANEXO VIII – PLANEAMENTO E RELATÓRIO DE ATIVIDADE FORMATIVA:
SCLÍNICO-CSP REGISTOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

	Formação em Serviço Relatório de Atividade Formativa	Pág. 1 de 2
--	---	-------------

Unidade de Cuidados/Serviço/Setor:

Data: 14 / 12 / 2023_, das 13 horas às 14_ horas.

Atividade (Título): SClinico-CSP registos de Saúde Familiar

Resumo da Atividade

Sessão prática sobre registos de enfermagem - Role-Play sobre documentos de enfermagem de saúde familiar.

Envia ou enviou trabalho escrito ao SGRH – Unidade de Formação:

Sim ☐

Não ☐

Registo de Presenças

	Nº Mec.	Nome	Assinatura
	84251	Sónia Isabel Veiros Afonso	
	3393	Helena J. J.	

Formadores Externos	Nome	Assinatura

Registo de Presenças

	Nº Mec.	Nome	Assinatura	Avaliação da Eficácia*		
				N/A	Eficaz	Não Eficaz
Formandos					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	
					X	

* Avaliação da Eficácia (N/A; Eficaz; Não Eficaz), deve ser realizada no final da ação, por quem promoveu e realizou a Avaliação Global Imediata.

Avaliação Global Imediata

O Diretor/Chefe/Coordenador/Responsável _____

O Coordenador da Ação _____

ANEXO IX –CERTIFICADO COMUNICAÇÃO ORAL “OBESIDADE FAMILIAR -
ESTUDO DE CASO”

CERTIFICADO

Certifica-se que Sónia Isabel Viçtos Afonso apresentou o trabalho *Obesidade familiar- estudo de caso*, da autoria de Sónia Isabel Viçtos Afonso, Filipe Daniel Fortuna Leal e Odele Maria Azavedo Alves, no I Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária – Enfermagem de Saúde Familiar, que teve lugar no dia 6 de abril de 2024, entre as 9h00 e as 17h30, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,

Rui-Fernando Pinto

2º Prémio | Comunicação Oral

Certifica-se que foi atribuído o 2º prémio à comunicação oral "*Obesidade familiar - estudo de caso*", da autoria de Sónia Isabel Vieitos Afonso, Filipe Daniel Fortuna Leal e Odete Maria Azevedo Alves, apresentada no I Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária – Enfermagem de Saúde Familiar, que teve lugar no dia 6 de abril de 2024, entre as 9h00 e as 17h30, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto

ANEXO X – ARTIGO "FAMILY OBESITY: CASE STUDY"

International Journal of Health Science

FAMILY OBESITY: CASE STUDY

Sônia Isabel Vileitos Afonso

Enfermeira, Unidade Local de Saúde do Alto
Minho - UCSP Monção
Orcid: 0009-0009-8529-4493

Filipe Daniel Fortuna Leal

Enfermeiro Especialista ECESF, Unidade
Local de Saúde do Alto Minho - USF Terra
da Nóbrega
Orcid: 0000-0001-9805-950X

Odete Maria Azevedo Alves

Enfermeira Gestora, Unidade Local de Saúde
do Alto Minho- UCC Ponte de Barca
Orcid: 0000-0002-1294-3407



All content in this magazine is
licensed under a Creative Com-
mons Attribution License. Attri-
bution-Non-Commercial-No-
Derivatives 4.0 International (CC
BY-NC-ND 4.0).

ANEXO XI – CERTIFICADO COMUNICAÇÃO ORAL “FAMILIAS COM IDOSO(S) DEPENDENTE(S): IMPACTO DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR”

XVI Encontro do Dia Internacional da Família:
30 Anos de comemorações ONU



Certificado

Certifica-se que a comunicação oral "**Famílias com idoso(s) dependente(s): Impacto da avaliação e intervenção familiar**", do(s) autor(es) Sónia Isabel Vieitos Afonso, Filipe Daniel Fortuna Leal e Odete Maria Azevedo Alves, enquadrada no eixo temático *Enfermagem de família*, foi apresentada por *Sónia Isabel Vieitos Afonso*, no âmbito do **XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU**, que decorreu no dia 15 de maio de 2024, em formato *online*, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 15 de maio de 2023

Pe/A Comissão Organizadora

Professor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

O Presidente da ESEnFC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

ANEXO XII –CERTIFICADO V CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR, IV CONGRESSO IBÉRICO DE SAÚDE
FAMILIAR

CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que

Maria Isabel Meira Afonso

Participou no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV
Congresso Ibérico de Saúde Familiar, que decorreu online e presencial nos dias 26, 27
e 28 de outubro de 2023, nos Açores.

Maria Henriqueta Figueiredo

PRESIDENTE DA SPESF

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Rua da Moura, 115 2º Dt
4460-203 Matosinhos

Maria Isabel Meira Afonso

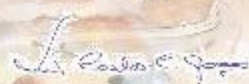
ANEXO XIII –CERTIFICADO I CONGRESSO INTERNACIONAL EM
ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO IPVC: INVESTIGAÇÃO
E DIFERENCIAÇÃO DOS CUIDADOS

CERTIFICADO

Certifica-se que **Sónia Isabel Vieitos Afonso** esteve presente no **I Congresso Internacional em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPVC: Investigação e Diferenciação dos Cuidados**, realizado no âmbito do 50.º aniversário da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, nos dias 23 e 24 de novembro de 2023, num total de 14 horas.

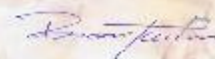
Escola Superior de Saúde, 24 de novembro de 2023.

O Diretor



Luis Carlos Carvalho da Graça

Pe/A Comissão Organizadora



Maria do Rosário de Jesus Martins

Este Congresso é acreditado pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



ANEXO XIV –CERTIFICADO I ENCONTRO CIENTÍFICO DE ESTUDANTES E
ANTIGOS ESTUDANTES DO MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA-
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

CERTIFICADO

Certifica-se que Sónia Isabel Vilelas Afonso participou no I Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária – Enfermagem de Saúde Familiar, que teve lugar no dia 6 de abril de 2024, entre as 9h00 e as 17h30, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,

Rui Fomaca Pinto

ANEXO XV –CERTIFICADO XVI ENCONTRO DO DIA INTERNACIONAL DA
FAMÍLIA: 30 ANOS DE COMEMORAÇÕES ONU

XVI Encontro do Dia Internacional da Família:
30 Anos de comemorações ONU



Certificado

Certifica-se que **Sónia Isabel Vieitos Afonso**, nascido(a) a 1979-11-19, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 11553430, participou no **XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU**, no dia 15 de maio de 2024, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato online.

Coimbra, 15 de maio de 2024

Pe'A Comissão Organizadora

Professor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

O Presidente da ESEnfC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

APÊNDICES

APÊNDICE I- REQUERIMENTO À COMISSÃO DE ÉTICA

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de

[REDACTED]

[REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação "Famílias com idosos dependentes: Impacto da avaliação e familiar" na IJSF [REDACTED] pertencentes à [REDACTED]

EPE,

Sónia Isabel Vieitos Afonso, n.⁰ da Ordem dos Enfermeiros 38821 a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para a realização do estudo de investigação "Famílias com idosos dependentes: Impacto da avaliação e intervenção familiar" que tem como finalidade a promoção de novos saberes e novas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar.

Este estudo será desenvolvido pelo próprio sob orientação da Mestre Odete Alves e do Mestre Filipe Leal.

Pretende-se avaliar as necessidades das famílias com membro idoso dependente no autocuidado e avaliar o impacto da intervenção familiar especializada na família como unidade de cuidados.

Face ao exposto solicita-se autorização para realização do estudo de investigação supracitado, com famílias em que um dos seus membros é idoso e dependente no autocuidado, inscritos na USF [REDACTED] que tenham como enfermeiro de família, [REDACTED] 1.

Nas diferentes fases deste estudo serão salvaguardados os procedimentos éticos e assegurada a proteção da reputação e o bom nome das instituições e dos participantes no estudo. Aos participantes serão explicitados os objetivos e natureza do estudo e o âmbito da participação. Tratando-se de uma participação voluntária, será assegurada a possibilidade dos participantes poderem desistir a qualquer momento. Face ao exposto serão respeitadas as recomendações das Declarações de Helsínquia e das revisões de Tóquio, Veneza, Hong Kong, Sommerset West, Edimburgo e Seul para investigações envolvendo pessoas. Assim pretende-se dar resposta à Validade Científica do estudo de investigação e ao requisito de seleção justa da população assim como a garantia de consentimento informado, esclarecido e livre por parte dos participantes do estudo.

Anexam-se também a este requerimento os seguintes documentos: questionário para submissão de Projeto de Investigação à CES; protocolo do estudo; a declaração do orientador científico; declaração do Coordenador da USF onde decorrerá o estudo de investigação, autorizando a realização do mesmo garantindo as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas na respetiva unidade funcional, com respetiva identificação do "Elo de ligação"; o curriculum vitae do investigador e o modelo de consentimento informado.

Agradecemos resposta célere ao pedido efetuado, devido aos limites temporais a que estamos sujeitos neste processo académico.

Aguarda deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

Viana do Castelo, outubro de 2023



(Sónia Isabel Vieitos Afonso)

APÊNDICE II- CONSENTIMENTO INFORMADO

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM
PROJETOS DE DOCÊNCIA E/OU INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Famílias com idosos dependentes: Impacto da avaliação e intervenções familiar

Enquadramento: O estudo de investigação que se pretende desenvolver centra-se na vivência familiar perante um idoso dependente, procurando evidenciar a capacidade autopoiética da mesma, na medida em que recorre às suas forças para incorporar as mudanças decorrentes das transições ao longo do ciclo vital. Encontra-se a ser realizado pela Enfermeira Sónia Isabel Vieitos Afonso, no âmbito do Mestrado Clínico em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do IPVC, sob orientação da Mestre Odete Alves.

Explicação do estudo: Pretende-se avaliar as necessidades das famílias com membro idoso dependente no autocuidado e avaliar o impacto da intervenção familiar especializada na família como unidade de cuidados. Serão preenchidos os instrumentos que integram a matriz operativa do MDAIF pelo investigador principal em contexto domiciliário. Os dados recolhidos serão destruídos um ano após a conclusão do estudo.

Condições e financiamento: A sua participação neste estudo é voluntária, sem custos associados, salientando-se que não existem compensações por despesas de deslocação ou outros incómodos. Poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem quaisquer consequências ou prejuízos futuros, nomeadamente prejuízos assistenciais. Este estudo mereceu, após ter sido submetido a análise, um Parecer Favorável da Comissão de Ética da [REDACTED], EPE.

Confidencialidade e anonimato: A recolha, processamento e uso dos dados recolhidos será sempre realizado de forma confidencial e apenas para os efeitos do presente estudo. O anonimato dos participantes será garantido, e a sua identificação nunca será tornada pública. O contacto com os participantes deste estudo será feito sempre em ambiente de privacidade.

Agradecimentos e identificação do/a investigador/a e da pessoa que pede o consentimento, se for diferente:

Em meu nome – Sónia Isabel Vieitos Afonso, Enfermeira e Mestranda no Mestrado Clínico em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do IPVC, sob orientação da Mestre Odete Alves- agradeço antecipadamente a atenção por si disponibilizada a este estudo. Qualquer dúvida poderá ser esclarecida através do email: soniavieitosafonso@hotmail.com

Assinatura(s):

.....

Mestranda Sónia Isabel Vieitos Afonso

.....

Mestre Odete Alves

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas/s que acima assina/m e que considero suficientes. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: __ / __

/ _____

ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S, É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE III- REFERENCIAÇÃO PARA TÉCNICA SUPERIOR DO SERVIÇO
SOCIAL

Pedido de colaboração

Sónia Afonso <sonia.isabel.afonso@[REDACTED].min-saude.pt>

sex, 05/01/2024 13:01

Para: [REDACTED]@min-saude.pt>

Cc: [REDACTED]

Boa tarde

Tal como acordado, envio a identificação dos utentes dependentes integrados nas famílias em estudo durante o estágio que me encontro a desenvolver:

- [REDACTED]
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Agradeço desde já, a disponibilidade na colaboração.

Cordiais cumprimentos

Mestranda em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde

Familiar Sónia Afonso

APÊNDICE IV- REFERENCIAÇÃO PARA SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Pedido de colaboração

Sónia Afonso <sc[REDACTED]ude.pt>

seg, 18/12/2023 12:20

Para:Angela C

Cc:Filipe Leal

Bom dia Dr

Encontro-me a realizar estágio profissional de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar na USF [REDACTED]

Durante o estágio prevê-se a avaliação e intervenção familiar.

Numa das famílias em estudo, foi detetada a obesidade em todos elementos da família, sendo que, já houve acompanhamento pelo serviço de nutrição.

Desta forma, solicitamos a sua colaboração no sentido de otimizar os hábitos alimentares da família, visando a melhoria do estado nutricional de todos e de cada um individualmente.

Aguardamos feedback acerca desta possibilidade e de que forma poderá ser dada esta colaboração.

Cumprimentos

Sónia Afonso (aluna de Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar)

APÊNDICE V- GUIA ORIENTADOR

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR EM FAMÍLIAS COM MEMBRO(S) IDOSO(S) DEPENDENTE(S)

Associar Programa Saúde da Família

DIMENSÃO ESTRUTURAL (incluído no PAI)

Processo de enfermagem/intervenção diagnóstica

- **Avaliar abastecimento de água**
- **Avaliar habitação** (escala de grafar)
- **Avaliar rendimentos** (escala de grafar)

Em intervenções diagnóstico > clicar + > escrever animal doméstico > **Avaliar conhecimento sobre animal doméstico**

Em focos de atenção e diagnóstico > clicar + > escrever **Precaução de segurança**- o juízo é definido pelo enfermeiro como comprometido se e/ou:

- Barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado sobre barreiras arquitetónicas
- Aquecimento e conhecimento não demonstrado sobre aquecimento
- Equipamento a gás e conhecimento não demonstrado sobre equipamento a gás

Instrumentos de avaliação: Grafar

Critérios relativos ao **Tipo de Habitação**

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

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

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

Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos) + Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico,

GUIA ORIENTADOR DE REGISTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR-SCLÍNICO CSP

esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/electricidade + escassa ventilação + luz natural

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

GUIA ORIENTADOR DE REGISTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR- SCLÍNICO CSP

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

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

DIMENSÃO DO DESENVOLVIMENTO

- **Avaliar adaptação à gravidez**
 - Conhecimento
 - Comportamentos de adesão
 - Comunicação do casal sobre receios e expectativas em relação à gravidez e parentalidade
- **Avaliar satisfação conjugal**
 - Relação dinâmica do casal (partilha de tarefas, tempo que passam juntos e expressão de sentimentos)
 - Comunicação do casal
 - Interação sexual
 - Função sexual
- **Avaliar planeamento familiar**
 - Fertilidade
 - Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional
 - Uso de contraceptivos
 - Conhecimento sobre reprodução
- (Em intervenções diagnósticas clicar +) **Avaliar Papel Parental-** o juízo é definido pelo enfermeiro como comprometido se:
 - Conhecimento do papel não demonstrado
 - Comportamento de adesão não demonstrado
 - Consenso de papel- não
 - Conflito do papel- não
 - Saturação do papel- não
- **DIMENSÃO FUNCIONAL** (incluído no PAI)
- **Avaliar papel de prestador de cuidados-** o juízo é definido pelo enfermeiro como comprometido se:
 - Conhecimento do papel não demonstrado
 - Comportamento de adesão não demonstrado
 - Consenso do papel- não

- Conflito do papel- sim
- Saturação do papel- sim

Avaliar Apgar familiar- Como fazer registo:

- Processo de enfermagem > Intervenções > nova linha e clicar em intervenções sugeridas > Todas > escrever APGAR em pesquisar intervenção > **Avaliar apgar familiar**
 - Se resultado APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada) - registar relação dinâmica comprometida
- **Avaliar processo familiar-** o juízo é definido pelo enfermeiro como não adequado se:
 - Comunicação comprometida
 - Coping comprometido
 - Interação de papéis comprometida
 - Relação dinâmica comprometida
 - Conflituoso

Escalas utilizadas:

- **Faces II-** Mediante o resultado obtido (extremos) registar relação dinâmica comprometida se:
 - Família desmembrada ou muito ligada (coesão),
 - Família Rígida ou muito flexível (adaptabilidade).
 - Tipo de família equilibrada ou extrema

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.					

**GUIA ORIENTADOR DE REGISTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR-
SCLÍNICO CSP**

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

**GUIA ORIENTADOR DE REGISTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR-
SCLÍNICO CSP**

	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	)	2	)	)	13	)	15	)	
									5	5	1	2		21		3	
											1	7				0	
Adaptabilidade familiar																	
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Score	Score total	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)			
	2	14	28	4	16	6	18	8	)	)	)	)	12	24			
									2	2	1	2					
									0	6	0	2					

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

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

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – PERCEÇÃO DOS MEMBROS			
Apgar Familiar De Smilkstein			
APGAR	Quase sempre (2 pts)	Algumas vezes (1 pt)	Quase nunca (0 pts)

**GUIA ORIENTADOR DE REGISTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR-
SCLÍNICO CSP**

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

No processo individual do utente dependente, registar:

- Autocuidado- **escala de Barthlel**
 - Conhecimento do cuidador para promover o autocuidado
 - ou
 - Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador para promover o autocuidado

- Risco de quedas- **escala de Morse**
 - Conhecimento do prestador de cuidados para prevenção de quedas
 - ou
 - Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para prevenção de quedas

- Stress do prestador de cuidados- **escala de Zarit**
 - Em intervenções diagnóstico > cilar +> escrever stress > **Avaliar stress do prestador de cuidados**

Escala de Barthel (SCLínico- CSP)

Alimentação	Independente	
	Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos)	
	Dependente	
Transferências	Independente	
	Precisa de alguma ajuda	
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	
	Dependente, não tem equilíbrio sentado	
Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	
	Dependente, necessita de alguma ajuda	
Utilização do WC	Independente	
	Precisa de alguma ajuda	
	Dependente	
Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	
	Dependente, necessita de alguma ajuda	
Mobilidade	Caminha 50 metros, com pouca ajuda	
	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	
	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	
	Imóvel	
Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas	
	Precisa de ajuda	
	Dependente	
Vestir	Independente	
	Com ajuda	
	Impossível	
Controlo intestinal	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	
	Acidente ocasional	

**GUIA ORIENTADOR DE REGISTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR-
SCLÍNICO CSP**

	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	
Controlo urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	
	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	
	Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	

Score	Risco
0-50	Dependência grave
55-90	Dependência moderada
95	Dependência leve
>10	Independente

Escala de Morse (SCLínico- CSP)

Categoria		Score
Historial de quedas	Sim	25
	Não	0
Diagnóstico secundário	Sim	15
	Não	0
Ajuda para caminhar	Apoia-se no mobiliário para andar	30
	Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
	Nenhuma /ajuda do enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Terapia intravenosa	Sim	20
	Não	0
Postura no andar e na transferência	Dependente de ajuda	20
	Debilitado	10
	Normal/acamado/imóvel	0
Estado mental	Esquece-se das suas limitações	15

**GUIA ORIENTADOR DE REGISTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR-
SCLÍNICO CSP**

	Consciente das suas limitações	0
--	--------------------------------	---

Score	Risco
0	Sem risco
<41	Risco médio
41-51	Risco elevado
>51	Risco muito elevado

Escala de sobrecarga do cuidador (SCLínico CSP)

Nº	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento seu familiar?					
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					

**GUIA ORIENTADOR DE REGISTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR-
SCLÍNICO CSP**

14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com a única pessoa com quem possa contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Deseja poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					
< 46- Sem sobrecarga		46-56- Sobrecarga ligeira		>56- Sobrecarga intensa		

APÊNDICE VI-COMUNICAÇÃO ORAL-OBESIDADE FAMILIAR: ESTUDO DE
CASO

OBESIDADE FAMILIAR: ESTUDO DE CASO

Autores: Níckia Almeida¹, Fátima Louçã², Cláudia Alves³

Instituições:
 1. Enfermeira, USAM, E.P.B. USF Miraflores
 2. Enfermeira Especialista SCES, USAM, E.P.B. USF Torre da Moura
 3. Enfermeira Gestora, USAM, E.P.B. USF Torre da Moura

Trabalho Científico de Graduação apresentado no 1º Encontro de Iniciação Científica da USAM, 2023, 2024 e 2025

INTRODUÇÃO

A obesidade é a acumulação excessiva de gordura

Risco de doenças não transmissíveis, incapacidade e mortalidade

Obesidade familiar- familiar com 60% dos membros com índice de massa corporal superior a 30kg/m²

A família desempenha um papel fundamental no desenvolvimento dos padrões alimentares e de atividade física

OBJETIVOS

- Avaliar a família com obesidade familiar
- Avaliar individualmente os membros da família
- Identificar as intervenções de enfermagem de acordo com a avaliação efetuada

METODOLOGIA

- Estudo de caso
- Família com membros obesos
- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
- Avaliação individual

RESULTADOS

RESULTADOS

Dimensão	Foco de Atenção	Dinâmico
Estrutural	Relacionamento familiar	Relacionamento familiar insatisfatório
	Abastecimento de água	Abastecimento de água não adequado
Desenvolvimento	Edifício residencial	Edifício residencial seguro e não negligenciado
	Precaução de segurança	Precaução de segurança demonstrada
Funcional	Satisfação conjugal	Satisfação conjugal não mantida
	Papel parental	Papel parental demonstrado
Funcional	Papel de prestador de cuidados	Papel de prestador de cuidados não adequado
	Processo familiar	Processo familiar disfuncional



RESULTADOS

Diagnósticos	Intervenções de enfermagem de saúde familiar
Insatisfação familiar insatisfatória	Requerer serviços sociais (técnicas de serviço social) Orientar a família para serviços sociais (técnicas de serviço social) Ensinar sobre a importância do controle da qualidade da água
Ajuste de consumo de água inadequado	Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água Orientar para serviços de controle da qualidade da água

RESULTADOS

Diagnósticos	Intervenções de enfermagem de saúde familiar
Satisfação conjugal não mantida	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover a comunicação do casal Planejar rituais familiares Motivar para atividades em conjunto Ensinar sobre sexualidade Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais

RESULTADOS

Diagnósticos	Intervenções de enfermagem de saúde familiar
Papel do provedor de cuidados não adequado	Promover a comunicação expressiva de emoções Analisar situação do papel (explorar quais as situações geradoras de situação) Promover estratégias de coping para o papel Motivar a redefinição de papéis pelos membros da família Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família Requerer serviços de saúde (psicologia) Orientar para serviços sociais Requerer serviço social

RESULTADOS

Diagnósticos	Intervenções de enfermagem de saúde familiar
Processo familiar disfuncional	Otimizar padrão de ligação Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família

RESULTADOS

Diagnósticos	Intervenções de enfermagem de saúde familiar
Problemas de peso corporal	Apoiar processos de tomada de decisão Referenciar para profissional de saúde Apoiar a família Contratar/comportamento positivo Facilitar capacidade para participar no planejamento de cuidados Facilitar o controle de impulsos Providenciar orientação antecipada à família Providenciar apoio na autoestima Reforçar definição de prioridades Monitorar IMC

CONCLUSÃO

- A abordagem sistêmica adotada pelo enfermeiro na avaliação e intervenção familiar é de grande relevância, por se direcionar à família como unidade de cuidados e a cada um dos seus membros individualmente.
- As intervenções individuais têm impacto no sistema como um todo.
- A consideração da transgeracionalidade torna-se essencial durante a intervenção em situação de obesidade familiar, com o objetivo de promover atitudes que previnam a perpetuação de comportamentos prejudiciais à saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. (2022). WHO EUROPEAN REGIONAL OBESITY REPORT 2022. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/non-communicable-diseases/obesity/prevention-and-control/who-euro-obesity-report-2022>
2. Singh, S., Misra, S., Bajaj, S., Kishor, V., Bhandari, T., Chaturvedi, R., Kaur, I., Kaur, A. S., Garg, S., Chatterjee, M. D., Wadhwa, K., Vaid, P., Sharma, L. A., De Miguel-Estigar, P., Mendez, S., Lalloo, S., & Malik, Y. (2023). The Emerging Prevalence of Obesity within Families in Europe and Its Associations with Family Socio-Demographic Characteristics and Lifestyle Factors: A Cross-Sectional Analysis of Biobank Data from the HealthData Study. *Diabetes, 72*(9). <https://doi.org/10.1093/diabet/ckad111>
3. Peres, P. (2023). Transmissão intergeracional: Transmissão geracional, obesidade e família. In *Psicologia das Outras Gerações* (pp. 139-147). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.17758/2474-0159/23000224>
4. Riquelme, M. H. (2022). *Abordagem Sistêmica de Avaliação e Intervenção Familiar* (1st ed.). Luta & Vida.



**OBRIGADA
PELA VOSSA ATENÇÃO**

Autores: Mônica Almeida¹, Fátima Louf², Cláudia Alves³

Instituição:
¹ Enfermeira, U.SAM, S.P.S. - UICP Marília
² Enfermeira Especialista RCI, U.SAM, S.P.S. - UICP Terra de Marília
³ Enfermeira Especialista, U.SAM, S.P.S. - UICP Terra de Marília

© 2024. Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução sem autorização prévia por escrito da Editora Luta & Vida.

APÊNDICE VII- COMUNICAÇÃO ORAL-FAMÍLIAS COM IDOSOS
DEPENDENTES: IMPACTO DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

FAMÍLIAS COM IDOSO(S) DEPENDENTE(S): IMPACTO DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



Autores: João Ribeiro, Filipa Loureiro, Teresa Silva
 1. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem
 2. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem

Famílias com idoso(s) dependente(s): Impacto da avaliação e intervenção familiar

Introdução

Família

- Idoso
- Envelhecimento
- Défice de autocuidado
- Enfermagem Saúde Familiar

Famílias com idoso(s) dependente(s): Impacto da avaliação e intervenção familiar

Objetivos



- Avaliar famílias com membro(s) idoso(s) dependente(s) no autocuidado
- Intervir em famílias com membro(s) idoso(s) dependente(s) no autocuidado
- Avaliar o impacto da intervenção familiar especializada, na família como unidade de cuidado

Famílias com idoso(s) dependente(s): Impacto da avaliação e intervenção familiar

Metodologia



- Investigação-ação
- Famílias multigeracionais que integram idoso(s) dependente(s)
- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



Famílias com idoso(s) dependente(s): Impacto da avaliação e intervenção familiar

Resultados

Dimensão	Foco	Diagnóstico de Zelenka	n(19)	n(29)	Variação %
Estrutural	rendimento familiar	rendimento familiar insuficiente	1	1	0%
	abastecimento de água	abastecimento de água não adequado	2	0	100%
	preocupação de segurança	preocupação de segurança não demonstrada	1	1	0%
Desempenhamento	Satisfação conjugal	Satisfação conjugal não mantida	5	1	67%
	Papel parental	Papel parental não adequado	1	0	100%
Funcional	PPC	PPC não adequado	5	0	100%
	Processo familiar	Processo familiar disfuncional	4	1	80%
Total			17	4	76.5%

FAMÍLIAS COM IDOSO(S) DEPENDENTE(S): IMPACTO DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

CONCLUSÃO

A avaliação do Impacto da Intervenção Especializada em IPF com estas famílias multidimensionais que integram em idoso dependente, foi afetada com sucesso e indicações do resultado de NCSIP.

Os resultados práticos das sessões de intervenção promoveram a separação dos membros que se corrigiu, quer para a prestação de cuidados adequados à situação de dependência, quer para a funcionalidade afetuosa dos idosos familiares.



A avaliação contínua realizada revelou mudanças positivas em relação a 76.5% dos diagnósticos inicialmente formulados com as famílias.

Famílias com idoso(s) dependente(s): Impacto da avaliação e intervenção familiar

Bibliografia

Figueiredo, M. H. (2011). *Método Clínico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em intervenções de família*. Luísa: Lusitânia.

Motrigel. (2017). *Clínico do Instituto Nacional de Saúde*. <https://www.inss.pt/>

Netel, M. A. (2018). *Práticas e intervenções atuais e desafios da intervenção familiar no contexto da intervenção familiar*. Instituto Politécnico de Portugal.

Regulamento n.º 428/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Consultativa nas áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e nas áreas de Enfermagem de Saúde Familiar, Diário da República 3.ª série, N.º 135 de 2018-7-18 (2018). <https://diariodarepublica.pt/3a/serie/Regulamento/135-2018-13599813>

FAMÍLIAS COM IDOSO(S) DEPENDENTE(S): IMPACTO DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

OBRIGADA
PELA VOSSA ATENÇÃO



António José Almeida | Filipa Costa | Diana Silva

1.º Enfermeiro Especialista em IPF (NCSIP) | 2.º Enfermeiro Especialista em IPF (NCSIP) | 3.º Enfermeiro Especialista em IPF (NCSIP) | 4.º Enfermeiro Especialista em IPF (NCSIP) | 5.º Enfermeiro Especialista em IPF (NCSIP)

APÊNDICE VIII- INFORMAÇÃO PARTILHADA COM O SERVIÇO DE
INFORMÁTICA

Ticket S240124_0003

Odete Alves <[REDACTED]>

ter, 09/04/2024 16:59

Para: [REDACTED]

Cc: Filipe Leal <[REDACTED]>; Sónia Afonso <sonia.isabel.afonso@[REDACTED]>

Boa tarde, Sr. Seco

pelo presente procuraremos responder às dúvidas dos SPMS relativamente aos eventuais erros detetados pela estagiária relativamente ao SClínico. Desde já grata pela colaboração.

1- No Foco de atenção **Rendimentos**, não é formulado o diagnóstico de acordo com a avaliação efetuada. Isto é:

- Avaliar rendimentos deve gerar diagnóstico- **Rendimento familiar insuficiente** ou **rendimento familiar não insuficiente** e não gera
- Avaliar conhecimento sobre gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares deve gerar diagnóstico- **Conhecimento sobre gestão de rendimentos** ou **Potencial para melhorar conhecimento sobre gestão de rendimentos**

O diagnóstico formulado é apenas relacionado com o conhecimento.

2- No Foco de atenção **Edifício residencial**, não é formulado o diagnóstico de acordo com a avaliação efetuada. Isto é:

Edifício residencial seguro e não negligenciado, se:

- Tipo de habitação (grau I, II, III);
- Existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento demonstrado sobre barreiras arquitetónicas ou sem barreiras arquitetónicas
- Existência de aquecimento e conhecimento sobre aquecimento ou sem aquecimento;
- Existência de abastecimento a gás e conhecimento sobre abastecimento a gás ou sem abastecimento a gás

Diagnóstico formulado pelo SClínico: **Edifício residencial não seguro**

3- No Foco de atenção **Abastecimento de água**:

- Perante a intervenção diagnóstica: “Avaliar abastecimento de água” que questiona o tipo de abastecimento de água para consumo humano e a resposta é rede pública, questionamos se faz sentido a obrigatoriedade de avaliar o controlo da qualidade da água na rede privada.
- Depois de avaliar tipo de abastecimento de água, conhecimento sobre controlo da qualidade da água e conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água, o SClínico deveria sugerir como diagnósticos: o Abastecimento de água adequado ou abastecimento de água não adequado
e
o Conhecimento demonstrado sobre abastecimento de água ou potencial para melhorar conhecimento demonstrado sobre abastecimento de água O diagnóstico formulado é apenas relacionado com o conhecimento.

4- Contactos de enfermagem família alvo dos cuidados

- Não é possível agendar contacto da família, só permite abrir contacto sem agendamento o que impossibilita o planeamento das consultas à família;
- Após ser realizada consulta com a família, esta fica registada no histórico individual de cada utente presente, como contacto “Comunidade”.

No atual conceito das USF prevê-se a integração de enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde familiar, sendo o alvo dos seus cuidados a família como um todo e cada um dos seus membros individualmente.

Atendendo aos processos de contratualização em saúde, torna-se imprescindível nas unidades responder a indicadores de saúde individuais, pelo que, questionamos a possibilidade de, em situações de consulta de enfermagem à família, os registos serem efetuados apenas no processo da família e os dados de monitorização individual, diagnósticos e intervenções migrarem para o processo de cada utente presente na consulta, garantindo assim o cumprimento dos indicadores solicitados às unidades.

Por exemplo: **Visita à puérpera e RN**

Este é um indicador que atualmente integra o IDG das unidades e quando se realiza a VD é necessário realizar contacto da mãe e do RN. Na maior parte das vezes também se

encontra presente o pai ou os avós, não sendo efetuado qualquer registo no processo dos mesmos.

A nossa proposta seria, abrir contacto da família e associar todos os elementos presentes, desde que os registos efetuados no processo da família gerassem diagnósticos e intervenções nos processos individuais.

Estamos cientes da complexidade dos sistemas de informação e compreendemos que tal proposta possa ser ambiciosa, no entanto entendemos que a mesma beneficiará a eficácia do trabalho de enfermagem de saúde familiar.

Estamos dispostos a colaborar estreitamente com a equipa para discutir os detalhes desta sugestão.

Gratos pela colaboração

Cumprimentos

Odete Alves

De: José Seco <j[REDACTED]>

Enviado: 15 de março de 2024 11:36

Para: Odete Alves <[REDACTED]>

Assunto: Ticket S240124_0003

Bom dia Sr^a. Enfermeira

Para poder encaminhar para os SPMS um pedido de correção relacionado com os eventuais erros detetados pela estagiária, agradeço que nos indique concretamente quais são as anomalias a que se referem, uma vez que do documento enviado não resulta clara essa informação.

Fico a aguardar a sua resposta.

Cumprimentos

Pedido de Serviço/Aplicações/SClínico/Correções

Bom dia,

No âmbito do estágio profissional de Enfermagem de Saúde Familiar em curso neste CS de [REDACTED], e na documentação referente ao programa "Saúde da Família", a estudante tem-se deparado com algumas situações que poderão ser erros de parametrização.

Em anexo, envio as situações detetadas com documentação fotográfica, com a finalidade de corrigir aquilo que seja considerado efetivamente incorreto, tornando os registos adequados às intervenções realizadas.

Cordiais cumprimentos

Odete Alves

[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

1- Foco de atenção: Rendimentos

Intervenção diagnóstica:

- “Avaliação de rendimentos” – Grau III

The screenshot shows a web application interface for recording income scale data. The title is "Registro da escala: Rendimentos". Below the title, there is a section for "IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE" with a "Nome:" field. The main section is "Rendimentos", which includes a "Data:" field (22-01-2024) and a "Hora:" field (12:36). There are two tabs: "Registrar Escala" and "Histórico". The "Registrar Escala" tab is active. It contains a "GRUPOS" section with a list of groups: "Classe Social (Escala Graffar adaptada)" and "Conhecimento sobre gestão rendimento". The "ITEMS DO GRUPO" section shows a list of items: "ORIGEM RENDIMENTO FAMILIAR". The "PARAMETROS DA ESCALA" table has two columns: "Item" and "Valor". The first row shows "Origem rendimento familiar" with a value of "Grau III". The "GRUPOS DE SCORE" table has two columns: "Grupo" and "Score". The first row shows "Classe Social (Escala Graffar adaptada)" with a score of 3.

Item	Valor
Origem rendimento familiar	Grau III

Grupo	Score
Classe Social (Escala Graffar adaptada)	3

- “Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos” - Conhecimento sobre gestão de rendimentos demonstrado

The screenshot shows the same web application interface as the previous one, but with different data entered. The "GRUPOS" section now shows "Conhecimento sobre gestão rendimento" selected. The "ITEMS DO GRUPO" section shows a list of items: "GESTÃO DO RENDIMENTO DE ACORDO COM AS DESPESAS FAMILIARES". The "PARAMETROS DA ESCALA" table has two columns: "Item" and "Valor". The first row shows "Gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares" with a value of "Demonstrado". The "GRUPOS DE SCORE" table has two columns: "Grupo" and "Score". The first row shows "Classe Social (Escala Graffar adaptada)" with a score of 3. The second row shows "Conhecimento sobre gestão rendimento" with a score of 10.

Item	Valor
Gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares	Demonstrado

Grupo	Score
Classe Social (Escala Graffar adaptada)	3
Conhecimento sobre gestão rendimento	10

Ulsam Intranet x GH P.M.T.'s x Home Page | Microsoft 365 x SClínico ACeS ULS Alto Minho x +

https://sclinico-uls-altominho.min-saude.pt/forms/frmservlet?config=sclinico

Mapa de Cuidados

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome:

Total intervenções: Por realizar:

Resp.: E3393 Local: Domicílio Estado: Em Realização Data/Hora Início: 27-11-2023 10:17h Data/Hora Termo:

Utentes	✓	✗	Data	Hora	Intervenções da Família	✓	✗	Especificações
			27-11-2023	11:58	Avaliar rendimentos			
			27-11-2023	11:59	Avaliar rendimentos			
			27-11-2023	11:59	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento			
			27-11-2023	11:59	Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos			
			27-11-2023	12:00	Avaliar processo familiar			
			27-11-2023	10:18	Avaliar comunicação			
			27-11-2023	10:20	Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para otimizar a comunicação			
			27-11-2023	10:21	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para otimizar a comunicação			
			27-11-2023	12:01	Ensinar o prestador de cuidados sobre comunicação			
			27-11-2023	12:01	Incentivar comunicação			
		27-11-2023	12:01	Incentivar o apoio / suporte da família				
			27-11-2023	10:21	Ensinar o prestador de cuidados sobre comunicação			
			27-11-2023	10:21	Incentivar comunicação			
			27-11-2023	10:21	Incentivar o apoio / suporte da família			
			27-11-2023	10:22	Otimizar comunicação			
			27-11-2023	10:48	Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar			
			27-11-2023	10:48	Instruir o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado			
			27-11-2023	10:49	Instruir o prestador de cuidados para tomar conta			
			27-11-2023	10:49	Ensinar o prestador de cuidados a monitorizar a tensão arterial			
			27-11-2023	10:49	Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico			
			27-11-2023	10:49	Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados			
		27-11-2023	10:50	Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta				

Diagnostico de enfermagem mediante os resultados – Rendimento não insuficiente e
 Conhecimento sobre gestão de rendimentos
 Diagnóstico sugerido- **Conhecimento sobre gestão de rendimentos**

2- Foco: Edifício Residencial

Intervenção diagnóstica:

- “Avaliar habitação” – III; Barreiras arquitetónicas- Não; Aquecimento- Sim;
 Abastecimento a gás- Sim; Higiene da habitação- Sim

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE
Nome: [REDACTED]

Habitação
Data: 22-01-2024 Hora: 12:37

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Avaliação do tipo habitação (escala Graffar adaptada)

Avaliação de habitação

ITEMS DO GRUPO

- [BARRERAS ARQUITETÓNICAS]
- [AQUECIMENTO]
- [ABASTECIMENTO DE GÁS]
- * [HIGIENE DA HABITAÇÃO]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Tipo de habitação	Grau III
Barreiras arquitetónicas	Não
Aquecimento	Sim
Abastecimento de gás	Sim
Higiene da habitação	Sim

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Avaliação do tipo habitação (escala Graffar adaptada)	3
Avaliação de habitação	1
Score total	4

- “Avaliar conhecimento sobre habitação” - demonstrado (Riscos de habitação não segura, Barreiras arquitetónicas, Riscos de deficiente higiene habitacional e Governo da casa)

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE
Nome: [REDACTED]

Habitação
Data: 22-01-2024 Hora: 12:37

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Avaliação do tipo habitação (escala Graffar adaptada)

Avaliação de habitação

ITEMS DO GRUPO

- [BARRERAS ARQUITETÓNICAS]
- [AQUECIMENTO]
- [ABASTECIMENTO DE GÁS]
- * [HIGIENE DA HABITAÇÃO]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Tipo de habitação	Grau III
Barreiras arquitetónicas	Não
Aquecimento	Sim
Abastecimento de gás	Sim
Higiene da habitação	Sim

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Avaliação do tipo habitação (escala Graffar adaptada)	3
Avaliação de habitação	1
Score total	4

Diagnostico de enfermagem mediante os resultados - Edifício residencial seguro e Edifício não negligenciado

Diagnostico de enfermagem formulado pelo SClínico- Edifício residencial não seguro

Proq. Av. Inic. Interv. Guias Tr. M. Cui. Vigil. Vacinas Marcag. Notas Ref. Ext. RSE AP Sala Esq. Proc. Cli. Ajuda Gravar Sair

Idade: [redacted] N° Utente: [redacted] N° Processo: [redacted]

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO Início: 03-04-2014 Fim: 22-01-2024 ☐ Todos ☒ Ativos ☐ Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
S Habitação	Edifício residencial não seguro		22-01-2024 12:37	
Habitação	Conhecimento sobre habitação		22-01-2024 12:37	
Rendimentos	Conhecimento sobre gestão de rendimentos		22-01-2024 12:32	
Adesão à Vacinação	Adesão à vacinação		15-11-2019 14:43	
Adesão à Vacinação	Conhecimento sobre vacinação		15-11-2019 14:43	
Dor	Sem dor		15-11-2019 14:43	
Hipertensão	Sem hipertensão		20-02-2018 17:08	

Sem Status S Sugerido Resp. Início: SONIA AFONSO Resp. Termo: [button] Termo

Especificações

3- Abastecimento de água

Intervenção diagnóstica:

- “Avaliar abastecimento de água”
 1. tipo de abastecimento de água para consumo humano- rede pública;
 2. controle da qualidade da água na rede privada- Não (Questionamos se faz sentido esta avaliação, nas situações que não possuem rede privada e o abastecimento de água é da rede publica)
 3. sistema de tratamento de resíduos- rede pública

https://sc clinico-uls-altominho.min-saude.pt/forms/fmserver?config=sc clinico SC clinico ACeS ULS Alto M...

Registo da escala: abastecimento de água

IDENT: [redacted]
Nome: [redacted]

abastecimento de água Data: 22-01-2024 Hora: 15:21

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Sistema de abastecimento de água

ITEMS DO GRUPO

- * [TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO]
- * [CONTROLO DE QUALIDADE DE ÁGUA NA REDE PRIVADA]
- [SERVIÇOS DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Tipo de abastecimento de água para consumo	Rede pública
Controlo de qualidade de água na rede privada	Não
Serviços de tratamento de resíduos	Rede pública

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Sistema de abastecimento de água	3

- “Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água”

Registo da escala: abastecimento de água_conhecimento

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: abastecimento de água_conhecimento

Data: 22-01-2024 Hora: 15:22

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Conhecimento sobre

ITEMS DO GRUPO

- * [CONTROLO DE QUALIDADE DE ÁGUA]
- * [ESTRATÉGIAS DE MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE ÁGUA]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Controlo de qualidade de água	demonstra
Estratégias de manutenção da qualidade de água	demonstra

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Conhecimento sobre	2

Score total 2

Diagnostico de enfermagem mediante os resultados – Abastecimento de água adequado e Conhecimento sobre abastecimento de água

Diagnostico de enfermagem formulado pelo SClínico- Conhecimento sobre abastecimento de água

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [Redacted]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar comunicação
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (ne)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (ne)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar co
- Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água
- Avaliar conhecimento sobre animal doméstico
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre habitação
- Avaliar conhecimento sobre medidas de segurança
- Avaliar conhecimento sobre planeamento familiar
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar processo familiar

Última Avaliação:

INSERDO: Avaliar abastecimento de água

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 22-01-2023 Fim: 22-01-2024

Todos Ativos Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
S Papel de Prestador de Cuidados	Capacidade do prestador de cuidados para tomar conta		18-01-2024 19:40	
S Papel de Prestador de Cuidados	Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau elevado		18-01-2024 19:40	
S Papel de Prestador de Cuidados	Conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta		18-01-2024 19:40	
S Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido		18-01-2024 19:40	
S Rendimentos	Conhecimento sobre gestão de rendimentos		18-01-2024 19:38	
S Rendimentos	Rendimento não suficiente		18-01-2024 19:38	
S Abastecimento de Água	Conhecimento sobre abastecimento de água		18-01-2024 19:37	

Resp. Início: SUSANA PINTO Resp. Termo: [Redacted]

Especificações

22 Jan 2024 15:23 Conhecimento sobre abastecimento de água (Responsável: SUSANA PINTO)

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Todas Ativas Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água			Neste contacto	22-01-2024 15:22	22-01-2024 15:22

Resp. Início: Susana Pinto Resp. Termo: Susana Pinto

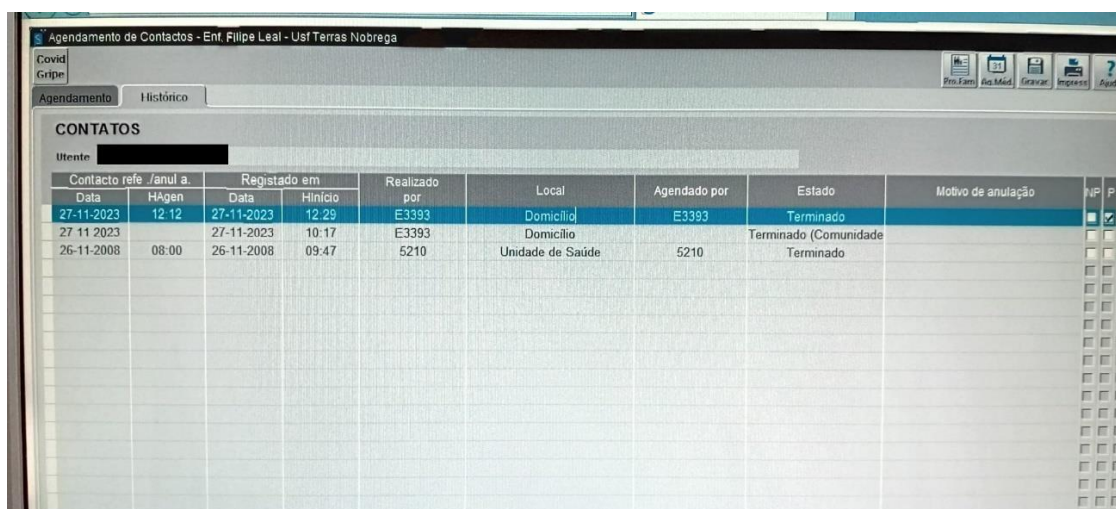
Intervenção realizada [Redacted] [Redacted] [Redacted]

Termo

4- Contactos de enfermagem família alvo dos cuidados

Não é possível agendar contacto da família;

Após ser realizada consulta com a família, esta fica registada no histórico individual de cada utente presente, como contacto “Comunidade”.



Contacto refe. / anul. a.		Registado em		Realizado por	Local	Agendado por	Estado	Motivo de anulação	NP	P	C
Data	Hágen	Data	Início								
27-11-2023	12-12	27-11-2023	12-29	E3393	Domicílio	E3393	Terminado		☒	☒	☒
27-11-2023		27-11-2023	10-17	E3393	Domicílio		Terminado (Comunidade)		☐	☐	☐
26-11-2008	08:00	26-11-2008	09:47	5210	Unidade de Saúde	5210	Terminado		☐	☐	☐