

Ano 2021



Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Rui Alexandre
Cordeiro Pereira
da Silva

Avaliação e intervenção familiar em famílias
com uma pessoa dependente: o contributo do
Enfermeiro de Família

Relatório de estágio

Ano 2021



utad



Rui Alexandre
Cordeiro Pereira
da Silva

Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do Enfermeiro de Família

Relatório de estágio

Relatório de Estágio de natureza Profissional apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica da Prof.^ª Doutora Augusta Mata, Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e co-orientação científica da Prof.^ª Doutora Assunção Laranjeira, Professora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

“Não conhecemos nem metade dos mistérios deste mundo. Somos caminhantes na escuridão.”

Anónimo

Agradecimentos

Agradeço aos que nas suas infinitas formas, contribuíram para que o percurso se realizasse com aprendizagem.
Gratidão.

Palavras chave	Família; Enfermeiro de Família; MDAIF; Pessoa Dependente
Resumo	<p>Enquadramento: O presente relatório reporta o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada de Saúde Familiar e a sua elaboração promove a prática de uma reflexão crítica sobre o percurso realizado no Estágio de natureza profissional, desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Horizonte no período de 6 de Outubro de 2020 a 21 de Abril de 2021. Este contexto serviu à realização de um estudo de investigação, subordinado à temática do contributo do Enfermeiro de Família na Avaliação e Intervenção Familiar em famílias com uma pessoa dependente. A Enfermagem sempre reconheceu a importância da família na promoção e manutenção da saúde dos seus elementos. O contexto familiar e o domicílio como espaço privilegiado para a interação familiar, apresentam-se como uma realidade onde ocorrem situações em que o estado de doença num familiar, interfere em outros membros da família e na família como um todo. Qualquer doença aguda ou crónica tem influência a nível emocional, social e funcional na família, assim como nas formas de decisão familiar e de esta encarar o seu processo de desenvolvimento vital integrando adequadamente novas experiências.</p> <p>Objetivo: Avaliar o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, na avaliação e intervenção na família, junto de famílias com pessoas dependentes em contexto domiciliário, aplicando o referencial teórico e operativo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e avaliar o impacto dos cuidados de enfermagem.</p> <p>Método: Realizado estudo de casos múltiplos e um ciclo de uma investigação-ação, recorrendo-se ao uso do MDAIF como referencial teórico e operativo do processo de avaliação e intervenção familiar. De forma colaborativa com as famílias foram elaborados e implementados planos de intervenção individualizados em contexto de visita domiciliária, dirigido aos problemas identificados. A avaliação pré intervenção preconizou a recolha de dados familiares diretos e contextuais com recurso a entrevista e aplicação de instrumentos de avaliação familiar (matriz operativa do MDAIF, Genograma, Ecomapa, Escala de Graffar, Escala FACES II, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, APGAR familiar de Smilkstein) e de dependência (Índice de Barthel). A avaliação pós intervenção contemplou a avaliação do impacto das intervenções de enfermagem junto das famílias a partir das modificações positivas dos estados dos diagnósticos de enfermagem, definidos inicialmente, conducentes com ganhos de saúde familiar.</p> <p>Resultados: O exercício de uma prática de Enfermagem diferenciada no âmbito da Saúde Familiar, com recurso a referenciais teóricos e operativos do estudo da multidimensionalidade familiar, juntamente com o uso dos vários instrumentos de avaliação familiar permitiu identificar nas famílias necessidades sensíveis ao exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, sendo possível elaborar e implementar planos de intervenção individualizados com repercussão favorável no estado dos diagnósticos de enfermagem. Do total de diagnósticos elaborados, 65% sofreram alteração após a implementação das estratégias interventivas, revelando impacto na superação de necessidades de cuidados identificados nas famílias.</p> <p>Conclusão: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar tem um papel de relevo na avaliação e intervenção em famílias com uma pessoa dependente, suportado em saber específico, enfatizando a família enquanto objeto de estudo e intervenção e dando um contributo importante na mudança de paradigma assistencial. O desempenho diferenciado do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar enriquece a prática de enfermagem, valorizada pela promoção de cuidados de saúde seguros e de qualidade e demonstra ganhos em saúde para o sistema familiar e seus constituintes, com repercussão em sistemas mais amplos.</p>

Keywords

Family; Family Nurse; MDAIF; Dependent Person

Abstract

Background: This report concerns the development of specialized nursing skills in Family Health and its elaboration promotes the practice of a critical reflection on the path carried out in the Professional Internship, developed at the Horizonte Family Health Unit in the period of 6 October 2020 on April 21, 2021. This context served to carry out a research study, under the theme of the contribution of the Family Nurse in Family Assessment and Intervention in families with a dependent person. Nursing has always recognized the importance of the family in promoting and maintaining the health of its members. The family context and the home as a privileged space for family interaction, present themselves as a reality where situations occur in which the disease state in a family member interferes with other family members and the family as a whole. Any acute or chronic illness has an emotional, social and functional influence on the family, as well as on the ways in which the family makes a decision and how it faces its vital development process, adequately integrating new experiences.

Objective: To evaluate the contribution of Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, in the assessment and intervention in the family, with families with dependent people in the home context, applying the theoretical and operational framework Dynamic Model of Family Assessment and Intervention and assess the impact of nursing care.

Method: A study of multiple cases and a cycle of an action-investigation was carried out, using the MDAIF as a theoretical and operational framework for the process of family assessment and intervention. In a collaborative way with the families, individual intervention plans were drawn up and implemented in the context of home visits, aimed at the identified problems. The pre-intervention assessment called for the collection of direct and contextual family data using interviews and the application of family assessment instruments (MDAIF operative matrix, genogram, ecomap, Graffar Scale, FACES II Scale, Holmes and Rahe Social Readaptation Scale, Smilkstein APGAR family Scale) and dependence (Barthel Index). The post-intervention evaluation included the assessment of the impact of nursing interventions on families based on the positive changes in the status of nursing diagnoses, initially defined, leading to gains in family health.

Results: The exercise of a differentiated nursing practice in the context of Family Health, using theoretical and operational references from the study of family multidimensionality, together with the use of various family assessment instruments, allowed the identification of sensitive needs in the families, regarding the practice of Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, making it possible to develop and implement individualized intervention plans with a favorable impact on the state of nursing diagnoses. Of the total number of diagnoses made, 65% underwent changes after the implementation of intervention strategies, revealing an impact on overcoming the care needs identified in the families.

Conclusion: The Nurse Specialist in Community Nursing in the area of Family Health Nursing has an important role in the assessment and intervention in families with a dependent person, supported by specific knowledge, emphasizing the family as an object of study and intervention and making an important contribution in the change of care paradigm. The differentiated performance of the Nurse Specialist in Community Nursing in the area of Family Health Nursing enriches nursing practice, valued by the promotion of safe and quality health care and demonstrates health gains for the family system and its constituents, with repercussions on systems wider.

Abreviaturas e siglas

ACESM- Agrupamento de Centros de Saúde Matosinhos

AVD - Atividades da Vida Diária

CVF – Ciclo de Vida Familiar

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EF - Enfermeiro de Família

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

PI - Programa de Intervenção

SF - Saúde Familiar

TDAE - Teoria do Deficit de Autocuidado de Enfermagem

ULSMEPE – Unidade Local de Saúde de Matosinhos Entidade Pública Empresarial

USF - Unidade de Saúde Familiar

VD - Visita Domiciliária

Índice

Introdução	12
Capítulo I – Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências	16
1. Contextualização do Estágio.....	16
2. Reflexão sobre o desenvolvimento de atividades e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.....	20
Capítulo II – Estudo Empírico	31
1. Construto Teórico	31
2. Família e Enfermagem de Saúde Familiar.....	32
2.1 A pessoa dependente e a Enfermagem de Saúde Familiar na Promoção do Autocuidado...33	
2.2 A transição dos membros da família prestadores de cuidados	34
3. Metodologia.....	38
3.1 Contextualização do Estudo.....	38
3.2 Tipo de Estudo.....	38
3.3 Desenho da Investigação	39
3.4 População e amostra.....	40
3.5 Problemática e objetivos da Investigação.....	41
3.6 Instrumentos de medida e de recolha dos dados.....	42
3.7 Considerações éticas	47
3.8 Plano de intervenção	47
3.9 Análise de dados	49
4. Apresentação dos dados	50
4.1 Caracterização e avaliação dos contextos familiares.....	50
4.2 Necessidades de Intervenção.....	58
4.3 Avaliação pós Intervenção	61
5. Discussão de resultados	66
Conclusão.....	72
Síntese conclusiva do Relatório	74
Referências Bibliográficas	75
Anexos.....	87
Anexo 1 – Consentimento Informado.....	88
Anexo 2 – Autorização para autorização da realização do Estudo na USF Horizonte	89
Anexo 3 – Parecer da Comissão de ética do HPHEPE	91

Anexo 4 – Avaliação da Família A.....	92
Anexo 5 – Avaliação da Família B.....	104
Anexo 6 – Programa de Intervenção na Família A.....	116
Anexo 7 – Programa de Intervenção na Família B.....	132
Apêndices.....	140
Apêndice A – Escala de Graffar Adaptada	140
Apêndice B – Genograma.....	141
Apêndice C – Ecomapa.....	142
Apêndice D – Símbolos do Genograma e Ecomapa	143
Apêndice E - Escala FACES II (versão portuguesa Otilia Fernandes, 1995)	144
Apêndice F – Itens da escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar - Interpretação linear da FACES II.....	145
Apêndice G – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe	147
Apêndice H – Escala de Avaliação do Apgar Familiar de Smilkstein	148
Apêndice I – Matriz Operativa do MDAIF	149
Apêndice J – Índice de Barthel e instruções.....	184
Apêndice K - Escala de Graffar Adaptada, aplicada à família A	189
Apêndice L – Índice de Barthel aplicada à sr.ª LP (Família A)	190
Apêndice M – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe aplicada à família A.....	191
Apêndice N – Tabela de resultados da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES II aplicada à família A	192
Apêndice O - Avaliação do Apgar Familiar de Smilkstein - Srº CP – Família A.....	193
Apêndice P - Escala de Graffar Adaptada, aplicada à família B	195
Apêndice Q – Índice de Barthel aplicada à sr.ª VM (Família B)	196
Apêndice R – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe aplicada à família B	197
Apêndice S – Tabela de resultados da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES II aplicada à família B.....	198
Apêndice T - Avaliação do Apgar Familiar de Smilkstein - membros da Família B	199

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1: Juntas de Freguesia de Matosinhos -----	17
Figura 2: Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Horizonte -----	19
Figura 3: Diagrama da investigação -----	40
Figura 4: Genograma da família A -----	51
Figura 5: Ecomapa da família A -----	51
Figura 6: Genograma da família B -----	53
Figura 7: Ecomapa da família B -----	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução do número de diagnósticos de enfermagem antes e após intervenção colaborativa com as famílias, de acordo com as dimensões do MDAIF -----	63
Gráfico 2: Evolução do número de diagnósticos de enfermagem na dimensão funcional do MDAIF que careciam de intervenção antes e após a intervenção colaborativa de enfermagem com as famílias -----	64

LISTA DE TABELAS:

Tabela 1: Distribuição das consultas de enfermagem presenciadas/realizadas por programa de saúde durante o Estágio -----	22
Tabela 2: Número de consultas realizadas e número de utentes atendidos na USF Horizonte e forma de contacto dos utentes com a UF no ano de 2019-2020-2021-----	23
Tabela 3: Áreas de atenção da Avaliação Familiar por dimensões de avaliação no MDAIF-----	47
Tabela 4: Caracterização das famílias, da pessoa dependente e do PC -----	55
Tabela 5: Diagnósticos formulados e prioridade de intervenção na família A -----	60
Tabela 6: Diagnósticos formulados e prioridade de intervenção na família B -----	60
Tabela 7: Característica das visitas domiciliárias realizadas -----	61
Tabela 8: Mudanças verificadas nos juízos diagnósticos (Família A e B) -----	62
Tabela 9: Evolução do número de diagnósticos de Enfermagem que requereram intervenções de enfermagem segundo as dimensões e áreas de atenção, antes e após intervenção colaborativa -----	62
Tabela 10: Número de objetivos e taxa de atingimento - Família A e Família B -----	66

Introdução

Como aluno do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (UA) e da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), e no decurso de um processo de aprendizagem, de aprofundamento de saberes através da prática clínica, deu-se cumprimento à unidade curricular de Estágio, do 2º ano, objeto de relatório final, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Horizonte, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos Entidade Pública Empresarial (ULSMEPE), no ano letivo 2020/2021. O presente relatório descreve sucinta e sistematizadamente atividades realizadas em ambiente de trabalho clínico e experimental, de aplicação prática dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do curso de mestrado.

Faz parte do perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), cuidar a família, enquanto unidade de cuidados e lidera e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, reconhecendo situações complexas e formular respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018). O investimento nesta área específica do conhecimento de Enfermagem é determinante para capacitar as famílias nos seus processos de desenvolvimento vital e de saúde-doença, bem como contribuir para o desenvolvimento de novos modelos de exercício profissional da enfermagem.

Nas sociedades europeias o desenvolvimento social gerou melhores condições para as pessoas, o que juntamente com os progressos dos sistemas de informação sobre a saúde, assim como a adequação de políticas públicas direcionadas à promoção da saúde e aos determinantes de saúde, tornaram possível que uma pessoa nascida hoje possa esperar viver quase 81 anos (OECD, 2019; OPSS, 2019). Contudo, o aumento da necessidade de serviços de saúde relacionados a doenças crónicas associadas a circunstâncias da vida quotidiana (acidentes rodoviários, de trabalho e de lazer), resulta num aumento do número de pessoas em situação de dependência com limitação nas atividades de autocuidado (Ribeiro & Pinto, 2014). A par desta realidade, o processo de envelhecimento demorado exerce pressão nas políticas de saúde e sociais, procurando estas identificar as pessoas em situação de dependência e criar respostas ajustadas às suas necessidades.

Existe referência da Organização Mundial de Saúde, para o número elevado de população idosa em Portugal, com limitação funcional grave (WHO Regional Office for Europe, 2013) e estima-se “que cerca de 110.000 famílias integram uma pessoa dependente no autocuidado e destas, 50.000 integram uma pessoa dependente “acamada” (Morin, et al., 2016, p. 6). Esta tendência implica transições no cuidado que implicam o indivíduo, as famílias e os ambientes institucionais, criando períodos desafiadores de continuidade de processos entre prestadores de cuidados de saúde e cuidadores, associados à falta de conhecimentos ou habilidades para assegurar cuidados adequados (Misto, 2018).

Após um período em que a prestação de cuidados de saúde a pessoas com dependência se concentrava essencialmente em ambiente hospitalar, verificou-se a sua transferência para o meio domiciliário (Stanhope & Lancaster, 2011), campo no qual a família exerce um papel fundamental na

prestação e continuidade de cuidados (Petronilho, 2016; Sequeira, 2018). O elevado risco do compromisso dos processos corporais em pessoas dependentes, evidenciado por Ribeiro e Pinto (2014), soma ao papel que a família tem no cuidado e na reabilitação da pessoa dependente. Lage (2011) elucida sobre a recuperação da família por parte das políticas de saúde, ou seja, o reencontro com a família, permitindo às políticas públicas descobrir um lugar onde realizar a gestão integrada das necessidades dos indivíduos em situação de dependência.

Numa lógica de proximidade e humanização dos serviços, olha-se o cidadão como o centro do sistema, priorizando intervenções de capacitação do indivíduo (Adalberto Fernandes citado em Ministério da Saúde, 2018) porém, desde os anos 70 que a enfermagem tradicionalmente mais ligada à saúde na comunidade, considerando a pessoa na sua totalidade, desenvolveu na sua atividade a integração da família por extensão dos cuidados dirigidos aos seus utentes individuais (Collière, 1999). A integração da família como unidade preferencial de intervenção, reflete um indicador de maturidade da profissão como um todo, assim como dos profissionais de enfermagem que assumem esta perspectiva (Wright & Leahey, 2018).

Família é uma unidade social de difícil definição (Fazenda, 2005) que acontece, através da relação ativa e de identidade entre membros unidos por laços sanguíneos, de afetos ou interesses, num espaço e tempo específico, construindo uma história de vida única e irreplicável (Dias, 2011). É uma realidade complexa que nos seus múltiplos significados representa mais do que a soma dos seus membros (Astedt-Kurki et al. citado em Potter & Perry, 2009). Atualmente, no contexto que a rodeia está sujeita a fortes influências políticas, sociais, económicas, religiosas e culturais, que lhe confere mudanças na estrutura, na composição, nos papéis e nas relações internas (Sarraceno & Naldini citado em Dias, 2011). Contudo, nas políticas de saúde a família representa “uma unidade chave na produção de saúde (...) uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não), a estilos de vida saudáveis” (Rodrigues & Costa, 2013, p. 44).

A integração da teoria dos sistemas familiares adaptada da teoria geral de sistemas no campo de estudo da disciplina de Enfermagem, abre um conjunto de possibilidades operativas onde se pode construir um diálogo diferente sobre o indivíduo, sobre a família e sobre as relações com outros sistemas, facilitando a sua autonomia e ter presente a sua corresponsabilidade (Alarcão, 2006). A teoria dos sistemas familiares, organizada em torno de conceitos definidores de sistemas, como **(i)** globalidade; **(ii)** não-somatividade; **(iii)** homeostase; **(iv)** morfogénese; **(v)** circularidade; **(vi)** retroalimentação e **(vii)** equifinalidade, entende a família como um sistema aberto que se autogoverna mediante normas que definem o padrão de comunicação, mantendo uma interdependência entre os membros e com o meio, no que respeita à troca de informações e usa recursos de retroalimentação para manter o grau de equilíbrio nas transações entre os seus membros (Rosen, 1998). Este referencial epistemológico, reconhece o potencial do sistema familiar como promotor da saúde, incorporando compreensão sobre a “complexidade, intersubjetividade e instabilidade como elementos das relações causais recursivas e realidade multiversa das famílias” (Figueiredo, 2012, p. 29).

O funcionamento familiar saudável relaciona-se com a adaptação positiva às mudanças e acontece num envolvimento dinâmico entre os membros ao longo do tempo (Ahlberg, Frisman, Berterö, & Ågren, 2019). As práticas de saúde direcionadas ao sistema familiar encontram-se numa fase de grande desenvolvimento, possibilitando novas conceptualizações como a Saúde Familiar e Enfermagem de Saúde Familiar. A Saúde Familiar reporta ao estado de saúde da família como

unidade, incluindo o impacto da saúde de um membro familiar na família como unidade e nos membros individuais (NLM, 2021). A saúde familiar está “associada à capacidade da família em desenvolver as suas funções, apresentando uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros” (Figueiredo, 2012, p. 49). A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) é neste momento um “campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico” (Figueiredo, 2012, p. 3). A ESF constitui-se como “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias (...) podendo ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade” (Hanson, 2005, p. 8).

Cuidar a família no âmbito da ESF requer do EEESF uma prática favorecedora do empoderamento da família, invertendo o modelo assistencial centrado apenas na cura de doenças (Moimaz, Fadell, Yaridl, & Dinizl, 2011). Com efeito, é fundamental evoluir no exercício profissional para modelos com maior valorização da teoria de enfermagem, mais focada na promoção de processos adaptativos ou intencionais, de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a família, envolvendo-a na procura de soluções para os seus problemas e que lhe possibilite desenvolver estratégias adaptativas facilitadoras de decisões autónomas.

A perceção da família como um sistema de relações aberto e ativo, transformativo, onde são movimentadas forças de individualização, coesão e manutenção, preconizadas nas vivências relacionais de cada família, acrescenta compreensão sobre a influência nos processos de decisão familiar pela ausência ou presença de um membro em particular no conjunto familiar, incluindo o familiar dependente no autocuidado (Ahlberg et al, 2019). Partindo do pressuposto que o autocuidado é central na vida de qualquer pessoa, dependente de transições que implicam alterações nos processos de vida familiar e nos projetos de saúde individual, os conceitos de autocuidado e de transição merecem particular atenção dos enfermeiros (Sampaio & Resina, 1994). É importante o exercício de uma enfermagem consciente no uso e perceção destes conceitos, para que se desdobrem de maneira positiva (Geary & Schumacher, 2012), onde os indivíduos e famílias possam reformular os seus projetos de saúde, com relevância no facto de os efeitos e consequências do deficit de autocuidado e das transições poderem marginalizar as pessoas e torná-las mais vulneráveis (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010).

Neste sentido, o foco no cuidado do sistema familiar como cliente de enfermagem, potencia o enfermeiro como promotor e potencializador das forças, recursos e competências da família nas diferentes fases do seu ciclo de vida (Decreto-Lei n.º 118/2014). O perfil de competências específicas do EEESF facilita a formulação de respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar e fortalece a participação do EEESF nos processos de tomada de decisão como co-gestor e co-organizador de recursos que potenciem as capacidades do indivíduo/família/comunidade para a gestão da sua saúde (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

A avaliação e intervenção familiar constituem importantes processos na prática de enfermagem (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010). As boas práticas no âmbito da Saúde Familiar, requerem o uso de modelos teóricos e instrumentos de avaliação que permitem o estudo da família para melhor intervir e auxiliar a família nos seus processos de transição e adaptação à mudança (Brás & Neves, 2019). No desenvolvimento de práticas direcionadas à família “enquanto alvo de cuidados de enfermagem a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto de Cuidados de Saúde Primários” (Figueiredo, 2012), o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)

constitui-se como um instrumento neste exercício e um referencial teórico que consolida o conhecimento do enfermeiro de família. É o modelo de referência na prática do EEESF, adotado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) a 7 de dezembro de 2011 como referencial em ESF (2011a). Aplicado sistematicamente na relação enfermeiro-família, pressupõem um sistema terapêutico colaborativo e proporcionador de contextos de mudança co-evolutiva. A abordagem das áreas patentes em cada uma das dimensões do modelo – estrutural, de desenvolvimento e funcional, apresenta propostas interventivas que respondem às necessidades da família, possibilitando a capacitação das mesmas para a resolução dos seus problemas (Figueiredo, 2012).

A definição do tema do estudo realizado durante o período de estágio “Avaliação e intervenção em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do enfermeiro de família”, deve-se ao facto de se verificar que por vários fatores, o exercício da prática recorrente do enfermeiro nos cuidados de saúde primários (CSP) foca essencialmente o cuidado no indivíduo ou pessoa com dependência, sendo menos frequente a prática e implementação de intervenções relacionadas com uma avaliação sistematizada do sistema familiar dirigidas à capacitação da família. Tendo em conta o número elevado de pessoas com dependência no domicílio e de famílias cuidadoras em Portugal (OPSS, 2015), o objetivo geral deste estudo é o reconhecimento do contributo do enfermeiro de família na avaliação e intervenção familiar, atuando no sistema familiar no sentido de o capacitar perante as exigências do papel de cuidar da pessoa dependente e das famílias se constituírem também como um recurso para a sua própria saúde. É pretensão realizar um trabalho que contribua para a valorização das competências do EEESF tornando prática a visão da ESF. Acreditamos que as competências específicas do Enfermeiro de Família constituem uma mais-valia na avaliação sistémica da família e na identificação não apenas das suas necessidades, mas também das suas potencialidades, forças e recursos, o que conduzirá a intervenções mais ajustadas e consequentemente mais eficazes.

Tendo por base o cumprimento dos objetivos definidos para o estágio (IPB; UTAD; UA, 2020/2021), a vivência da realidade do estágio integra também atividades no âmbito das competências comuns de enfermagem. O relatório encontra-se dividido em duas partes: **(i)** a primeira é constituída pela contextualização do local de estágio e pela análise reflexiva do desenvolvimento das competências adquiridas; **(ii)** a segunda parte concerne à apresentação do estudo empírico desenvolvido no contexto do estágio e integra o enquadramento teórico, o enquadramento metodológico e finalmente as conclusões alcançadas.

Capítulo I – Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências

Pretende-se neste capítulo descrever e analisar o percurso de aprendizagem efetuado ao longo da Unidade Curricular - Estágio de natureza profissional, caracterizando os contextos da prática clínica especializada e refletir criticamente sobre a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Competência, entendida por Leonello, Vieira & Duarte (2018), é o conjunto articulado de saberes (saber conhecer, saber fazer, saber conviver e saber ser) para enfrentar uma situação difícil. Segundo os mesmos autores para a aquisição de competências, é necessário identificar tais saberes a partir das ações da prática profissional. A realização do Estágio, inserido num processo amplo de socialização profissional apresenta-se como uma oportunidade de escuta, diálogo e partilha de diferentes saberes. Pretende-se neste processo, atingir o nível de desempenho adequado às circunstâncias, reconhecido na presença de um conjunto de relações que suportam um exercício competente da profissão, manifestado na ação e na situação (Alarcão, citado em Pires, 2002).

1. Contextualização do Estágio

A unidade curricular de Estágio foi desenvolvida na Unidade de Saúde Familiar (USF) Horizonte, no período temporal de 06 de Outubro de 2020 a 21 de Abril de 2021, sob supervisão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, Tito Fernandes. Com um total de quinhentas e quarenta (540) horas, foi tido em consideração para a sua realização a disponibilidade da USF Horizonte, do enfermeiro orientador e o momento pandémico que tem vindo a afetar o país.

A USF Horizonte encontra-se integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos e este por sua vez, integra a ULSMEPE.

A ULSMEPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial (ULS Matosinhos, 2020) e tem como atribuições:

- a) Prestar cuidados de saúde primários e continuados à população do concelho de Matosinhos;
- b) Prestar cuidados diferenciados de saúde à população da área de influência da ULSMEPE e outras que a esta se dirijam;
- c) Assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde no concelho de Matosinhos;

d) Assegurar a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, de forma integrada, consubstanciando uma continuidade de cuidados centrados na pessoa;

e) Promover o processo de investigação e formação contínua, pré e pós-graduada, de profissionais do setor, prevendo a celebração de acordos com as entidades competentes.

Com vista a alcançar os seus objetivos, a ULSMEPE desenvolve a sua atividade assistencial em três áreas complementares que se articulam de forma integrada: a) Cuidados de Saúde Primários; b) Cuidados Hospitalares; c) Cuidados Continuados.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, o ACES de Matosinhos é um serviço de saúde com autonomia administrativa, constituído por várias unidades funcionais. O ACES da ULSM agrupa as unidades funcionais dos Centros de Saúde de Matosinhos, Leça da Palmeira, Senhora da Hora e S. Mamede Infesta, e também a Unidade de Saúde Pública de Matosinhos (USP), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU), garantindo a prestação de cuidados de saúde primários à população do Concelho de Matosinhos.

O concelho de Matosinhos tem uma área total de cerca de 62,3 Km² e 174.870 habitantes. É limitado a norte pelo concelho de Vila do Conde, a nordeste pela Maia, a sul pelo Porto e a Oeste tem costa no oceano Atlântico, conforme representado na Figura 1. Este concelho, apresenta influências da industrialização do séc. XX, mantendo petrolíferas a par de indústrias alimentares e conserveiras e têxteis. Apresenta ainda uma grande atividade piscatória, mas nas últimas décadas tem desenvolvido o sector terciário.

Em termos de distribuição da população, no ano de 2019 a população jovem (menos de 15 anos) corresponde a 13,3%, a população ativa (entre 15 e 64 anos) representava 65,5% e 21,2% corresponde à população idosa com um índice de envelhecimento de **160** (nº de idosos por cada 100 jovens). A diferença entre os nascimentos e os óbitos resulta num **saldo natural negativo de 163** (Pordata, 2021).



Figura 1- Juntas de Freguesia de Matosinhos; Fonte: cm-matosinhos.pt

A USF Horizonte encontra-se em funcionamento desde 2 de novembro de 1999. Inicialmente surgiu sob um modelo de Regime Remuneratório Experimental (RRE), pela possibilidade de prestar Cuidados de Saúde com Autonomia, em equipa, no sentido de uma prática dirigida para a Qualidade, centrada no Utente, na Família e na Comunidade. Evolui em maio de 2008 para Unidade de Saúde Familiar Modelo B. Trata-se de uma equipa multiprofissional de 8 médicos, 7 enfermeiros e 6 assistentes técnicos. A área de influência da USF Horizonte abrange as freguesias do Concelho de Matosinhos, ocupando a orla marítima a Norte da cidade do Porto. A USF inclui também utentes oriundos de fora do Concelho.

A USF Horizonte tem por **missão** a prestação de cuidados de saúde equitativos, globais e personalizados à população inscrita garantindo a acessibilidade, a qualidade, a eficiência e a continuidade dos mesmos e promovendo a participação e autonomia dos cidadãos a quem presta cuidados (USF Horizonte, 2018, p. 5). Tem como **visão**:

“Ser uma USF de referência em termos de eficiência, acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos, próxima das famílias e das pessoas, contribuindo para a satisfação dos cidadãos e dos profissionais, orientada para a melhoria contínua da qualidade da prática clínica, para a inovação e para a formação profissional” (USF Horizonte, 2018, p. 5).

A USF Horizonte orienta a sua atividade pelos seguintes **valores**: a) Disponibilidade, b) Dedicção, c) Cooperação, d) Atitude aprendente, e) Lealdade, f) Transparência, g) Respeito, h) Confiança, i) Responsabilidade, j) Solidariedade, k) Aprendizagem permanente, l) Partilha da informação e do conhecimento (USF Horizonte, 2018).

O seu funcionamento assenta num modelo de gestão participada por objetivos, em que o Conselho Técnico, o Coordenador e ouvidos todos os profissionais e responsáveis pelos processos da USF Horizonte, elaboram e atualizam o plano de ação a cada três anos com metas anuais.

As áreas de atuação e intervenção da USF Horizonte reportam para:

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

A equipa de enfermagem atua de acordo com os referenciais teóricos de enfermagem – Teoria das transições e adequa a sua prática de prestação de cuidados globais à família de acordo com o MDAIF.

É uma unidade de saúde dinâmica, que valoriza e promove um contacto próximo, acessível e promotor de comportamentos de vida saudáveis para os utentes e suas famílias.

De acordo com Base de Dados Nacional do Registo Nacional de Utentes (RNU), no mês de dezembro de 2020, a USF Horizonte tinha **13563** utentes inscritos distribuídos por faixa etária e por sexo representados na Figura 2. A pirâmide etária apresenta-se do tipo regressivo, com base estreita relativamente ao topo, o que evidencia uma baixa natalidade. Observam-se equidade em relação sexo (6364-masculino; 7199-feminino) e um número de população idosa que constitui **20,59%** da população inscritas. A população mais representativa na pirâmide é a população ativa, com incidência nos grupos etários dos 40-44 nos e 45-49 anos de idade. A tendência evolutiva da população utilizadora da Unidade é idêntica à do concelho de Matosinhos, apresentando um **índice de envelhecimento de 151**. O grupo de jovens com idade inferior a 15 anos representa **13,63%** dos utentes, sendo o **índice de dependência de jovens¹ de 20,72%**. A **população ativa** (com idades entre os 15 e os 64 anos) **representa 65,78%** e os idosos (com idade \geq 65anos) **representa 17,8%** dos utentes, sendo o **índice de dependência de idosos² de 31,29%**.

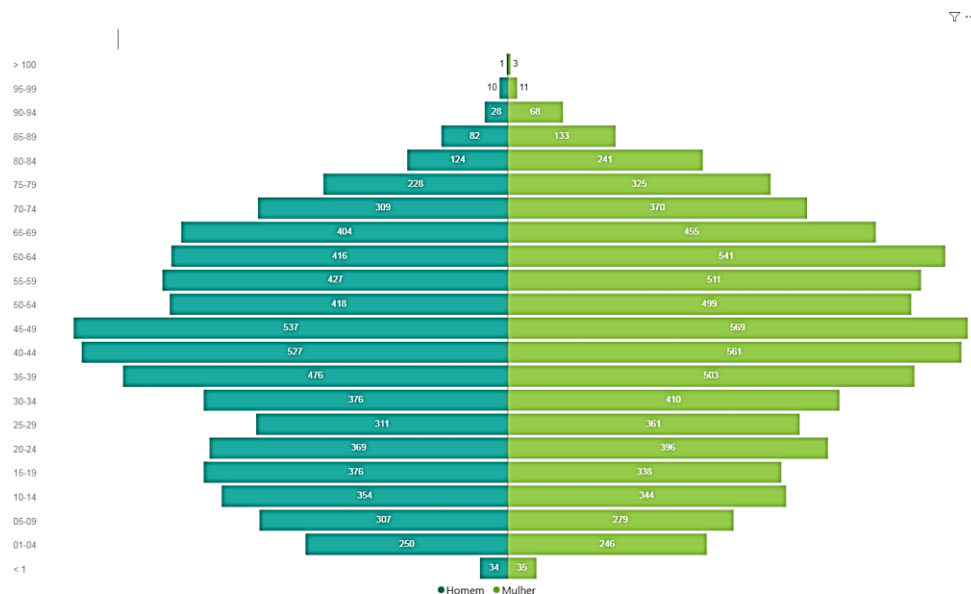


Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Horizonte.
Fonte: (Ministério da Saúde, 2020)

A USF Horizonte reúne as condições necessárias para alcançar o proposto pelo plano de estudos para a unidade curricular de estágio.

¹ **Índice de Dependência de Jovens** – é a relação entre a população jovem e a população em idade ativa. Definida como o quociente entre o somatório de utentes com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, pelo somatório de utentes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Expressa em percentagem (Ministério da Saúde, 2020).

² **Índice de Dependência de idosos** – é a relação entre a população idosa e a população em idade ativa. Definida como o quociente entre o somatório de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, pelo somatório de utentes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Expressa em percentagem (Ministério da Saúde, 2020).

2. Reflexão sobre o desenvolvimento de atividades e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Foram desenvolvidas atividades que visaram a aquisição de competências inerentes a: **(i)** Cuidar da família como unidade de cuidados; **(ii)** Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

As atividades realizadas atenderam aos seguintes objetivos definidos para o estágio (IPB; UTAD; UA, 2020/2021):

- ✓ Desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- ✓ Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- ✓ Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- ✓ Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- ✓ Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- ✓ Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- ✓ Elaborar um relatório de estágio.

O percurso realizado durante o período de estágio para o alcance dos objetivos propostos compreendeu: (i) análise e reflexão sobre o contexto organizacional e posicionamento pessoal; (ii) reflexão crítica das competências desenvolvidas de acordo com os objetivos propostos.

I. Análise reflexão sobre o contexto organizacional e posicionamento pessoal

No contacto inicial com a USF Horizonte existiu uma observação da estrutura física e organizacional da unidade. Desta forma foram percebidas as condições de trabalho, disponibilidade de recursos humanos e físicos (gabinetes de consulta, material usado em consulta, viaturas de serviço, equipamento informático e programas informáticos de registo de dados de saúde). Foram identificados os serviços de apoio administrativo e serviços de apoio clínico que atuam em rede no ACES de Matosinhos, que funcionam no mesmo edifício da USF Horizonte. Este período possibilitou

também a recolha de informação diversa como (1) características dos utentes que a USF Horizonte atende; (2) atendimentos mais recorrentes; (3) procedimentos e técnicas utilizadas pelos enfermeiros; (4) fluxogramas existentes; (5) dificuldades que os enfermeiros encontram nos processos organizacionais. Também observei a integração da USF Horizonte no contexto comunitário e registei a missão e os valores da Unidade que orientam toda a sua atuação.

De referir que a situação pandémica vivida desde 2020, além do conjunto de medidas adotadas de modo a prevenir a exposição e a transmissão de SARS-CoV2 em todo o ciclo de cuidados (DGS, 2020), trouxe para o campo de atividade dos serviços de saúde, processos de comunicação e de relação novos (Ministério da Saúde, 2020). Este período implicou o reforço de aprendizagens através de vários momentos: ensino formal, relações interpessoais e a experiência profissional.

O trabalho desenvolvido durante o período de estágio foi fundamentado na assistência que o EEESF promove na capacitação da família como um todo e dos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital, identificando necessidades, planeando intervenções direcionadas, promovendo respostas organizativas inovadoras e exercendo cuidados diferenciados (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

O apoio da equipa multidisciplinar da USF Horizonte e o espaço de “relação social” em que foram realizadas as actividades, possibilitou uma interação profissionalizante. Como estudante do curso de mestrado, no desenvolvimento de uma prática especializada, as relações estabelecidas assentaram na mobilização de competências de formação acrescida enquanto instrumento, interagindo com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar de acordo com o regulamento n.º 428/2018, 2018. As atividades realizadas requereram competências pessoais e clínicas, centrando a prática de enfermagem na dinamização de relações interpessoais tendo presente o pensamento de Hildegard Peplau (1996), que considera que “na medida em que cada enfermeiro compreenda a sua própria função, tanto mais compreenderá a situação do paciente e a forma como ele a concebe” (citado em Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005, p. 206). Além disso, num momento de pandemia, em que o contexto de exercício de actividades assistenciais apresentou situações de mudança para todos os intervenientes, foram mobilizados e aplicados conhecimentos de comunicação como o uso de escuta ativa e autoconsciência, facilitadores de uma presença autêntica e congruente, em que a verdade do que somos proporciona confiança aos outros (Duarte & Duarte, 1999). Com recurso a introspeção psicológica e autoconhecimento, foi possível gerir momentos com intenção consciente (Branco, 2004) promovendo insights e mudanças comportamentais na ajuda prestada às pessoas e famílias, favorecendo-as no alcance de melhores níveis de saúde e serem elas próprias capazes de usufruir das suas vidas de forma positiva.

- II. Reflexão crítica do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde familiar, de acordo com os objetivos propostos.

Dentro do âmbito dos cuidados de saúde primários, o enfermeiro de família é o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e prestação de cuidados (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Apesar de os objetivos estabelecidos serem direcionados ao desenvolvimento de competências do EEESF, no contexto de prática clínica foram também mobilizadas competências do enfermeiro de cuidados gerais, evidenciado na responsabilidade profissional, ética e legal, na prestação e gestão dos cuidados e no desenvolvimento profissional (Regulamento n.º 190/2015, 2015). De forma geral, na

realização de atos e consultas de enfermagem, numa prática que pretendeu alcançar todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção, foi avaliada a necessidade de saúde de grupos-alvo e realizadas consultas interdisciplinares nas seguintes áreas de saúde: infantojuvenil, saúde reprodutiva, saúde materna, saúde do adulto, consultas a utentes em situação de doenças crónicas, nomeadamente metabólicas e de risco cardiovascular (diabetes e hipertensão) e de saúde do idoso (Tabela 1). Foi operacionalizado o processo de enfermagem, dirigido tanto ao indivíduo como à família enquanto alvo da atenção de enfermagem, compilando dados sobre cada família que permitem a identificação de problemas; a formulação de diagnósticos de enfermagem, de prognósticos, de objetivos; e o planeamento da intervenção (OE, 2015).

Tabela 1- Distribuição das consultas de enfermagem presenciadas/realizadas por programa de saúde durante o Estágio; Fonte: (MIM@UF,2021)

Programa de Saúde - Enfermagem	Nº Contactos de Enfermagem em Programa de Saúde
Saúde do Adulto	200
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	165
Saúde Infantil	137
Grupo de Risco: Hipertensão	137
Saúde Idoso	130
Saúde Materna	77
Grupo de Risco: Diabetes	56
Tratamento Feridas / Úlceras	39
Puerpério	28
Visitas domiciliárias	150

No âmbito dos cuidados de enfermagem gerais, com foco de atenção no indivíduo, realizaram-se procedimentos como administração de vacinas e fármacos, pesquisa de glicemia capilar, avaliação de dados antropométricos e registo adequado no processo clínico em uso na USF Horizonte. Houve participação em consultas de visita domiciliária de enfermagem, colaborando com médico assistente, fazendo assessoria a utentes e famílias, acompanhando elementos da assistência social que fazem parte da UCC. Nestes contactos interdisciplinares, de acordo com as situações foi possível dinamizar “múltiplas habilidades com múltiplos papéis: educador em saúde, prestador de cuidados, defensor da família, conselheiro, consultor, modificador do ambiente, administrador e descobridor de casos e pesquisador” (Wright & Leahey, 2018, p. 184)

Para contextualizar os efeitos disruptivos da situação pandémica na atividade da USF Horizonte, evidencia-se a produção de consultas de enfermagem nos anos 2019, 2020, 2021 (Tabela 2). De acordo com dados recolhidos do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (Ministério da Saúde, 2021) relativamente ao **ano de 2019** foram realizadas 24016 consultas para um total de 7080 utentes. A forma de contacto dos utentes com a USF foi em 95.5% das consultas presencial e 4.5% ocorreram de forma não presencial. Durante o **ano de 2020** por força da adequação e

organização dos serviços relativamente às necessidades de saúde da população, verificaram-se diferenças na produção total de consultas de enfermagem, sobretudo na forma e meios de realização destas consultas. Para um total de 22104 consultas a 6335 utentes, 16% ocorreram de forma não presencial. No ano de 2021 verificou-se uma retoma da atividade assistencial dos serviços de saúde e apesar do período de observação ser menor (janeiro a abril) observam-se diferenças ao nível das consultas presenciais. Para 1524 consultas a 815 utentes, 13% ocorreram de forma não presencial.

Tabela 2- Número de consultas realizadas e número de utentes atendidos na USF Horizonte e forma de contacto dos utentes com a UF no ano de 2019-2020-2021; Fonte: (Ministério da Saúde, 2021)

USF Horizonte	Nº Consultas	Nº Utes	Contacto Presencial	Contacto Não Presencial
Ano 2019	24016	7080	95,5%	4,5%
Ano 2020	22104	6335	84%	16%
Ano 2021 Jan-abril	1524	815	87%	13%

As actividades e estratégias que permitiram o desenvolvimento de competências específicas do EEESF desenvolveram-se de modo muito concreto, no acompanhamento e interação com duas famílias com necessidades de cuidados de enfermagem no âmbito da saúde familiar. Numa prática direcionada à família como unidade de cuidados de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 367/2015, 2015) e segundo o Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem Comunitária, na área de ESF (Regulamento n.º 428/2018, 2018). A abordagem das competências apesar de se encontrarem interligadas, são enunciadas individualmente.

- **Desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Durante o estágio, a mudança do contacto presencial para não presencial na interação do cliente utilizador com as instituições de saúde, privilegiou o acesso telefónico, o correio eletrónico e a correspondência postal. Este movimento requisiu capacidade de adaptação a todos os intervenientes no processo de comunicação e prestação de cuidados de saúde. Muitos utentes sentiram dificuldade nesta mudança ao que se acrescentou, quando foram capazes de aceder à unidade de saúde, o contacto com profissionais equipados com equipamentos de proteção individual, descaracterizando anos de contacto próximo e familiar. O uso de máscaras e viseiras de forma quotidiana levou à perda do contacto físico e afetivo informal, complementos de uma

dinâmica de transmissão de informação importantes. Estar consciente destes aspetos e da competência comunicativa, foi essencial em todas as ações de enfermagem realizadas, uma vez que esta competência influencia diretamente a interação com a pessoa (Negreiros, Fernandes, Macedo-Costa, & Silva, 2010) e como salienta Phaneuf (2005), a comunicação é condição *sine qua non* da qualidade dos cuidados e também a principal ferramenta terapêutica de que o enfermeiro dispõe.

No sentido de demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, foram utilizadas estratégias de resolução de problemas em parceria com os indivíduos e famílias e a tomada de decisão baseada no conhecimento e experiência da equipa de enfermagem da USF Horizonte, resultado da relação de proximidade que desenvolveram com utentes e famílias.

Em todos os momentos foi assegurada transmissão de informação e a realização de intervenções adequadas, no sentido de serem relevantes, corretas, compreensíveis, apropriadas e esclarecedoras, observando-se a deontologia profissional. “Cuidar” e “comunicar” apresentaram-se desta forma como processos inevitavelmente ligados. Comunicar terapêuticamente integra o papel autónomo do enfermeiro e requer um pensar específico como indica Gefaell (2007). Como um instrumento vital que objetiva o cuidado, favorece o respeito, a individualidade, a compreensão e empatia pela pessoa, auxilia na tomada de decisões que conduzem a um agir ético e contribuem para cuidados de enfermagem de qualidade (Coelho & Sequeira, 2014).

No contexto da prática de enfermagem familiar, recorreu-se a um sistema terapêutico colaborativo, o MDAIF que interliga as etapas do processo de enfermagem, orientando e sistematizando as práticas de enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2012). Foi possível desta forma desempenhar uma prática diferenciada num nível de competência correspondente à área de especialidade, reunindo informações relacionadas com domínios avaliativos e de intervenção na família (dimensão estrutural, desenvolvimental e funcional), numa abordagem verbal e não-verbal, que facilita a identificação e o atendimento das necessidades da família. A recolha destes contributos possibilita a análise dos fundamentos e suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão como referido no Regulamento n.º 140/2019.

De forma sistematizada colocou-se em prática um raciocínio clínico a partir da recolha de dados para a identificação de diagnósticos, formulação de objetivos e planeamento das intervenções de enfermagem, a sua implementação e respetiva avaliação (executando as várias partes do processo de enfermagem). A apreciação sobre os dados relevantes para conceber cuidados de enfermagem, foi feita em colaboração com os indivíduos e/ou cuidadores, e sempre que necessário, consultando membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais de forma a desenvolver planos de cuidados.

De referir que o processo de enfermagem é um conceito central no domínio da enfermagem, construído por ferramentas e processos de comunicação e interação, e estabelece uma estrutura para a prática e a educação de enfermagem (Meleis A. I., 2012).

Como referido anteriormente, foram estabelecidas condições para garantir o sucesso da comunicação. Este propósito foi aplicado e verificado em todas as pessoas e situações, independentemente do contexto em que as mesmas se encontravam ou da fase do ciclo de vida que vivenciavam. Momentos em que famílias vivenciaram o início da parentalidade e que tiveram vários adiamentos de primeiras consultas de saúde infantil e o adiamento dos momentos de vacinação dos filhos, até à reorganização de famílias com idosos em situação de fragilidade e isolamento e com necessidade de intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem, representam situações de vulnerabilidade, com níveis de ansiedade e preocupação aumentados. Estes sentimentos

revelados por crenças, desejos e necessidades individuais, exigiram o respeito pela liberdade e dignidade humanas e tomadas de decisão assentes na individualidade das pessoas, nas suas capacidades e no estabelecimento de parcerias facilitadoras de intervenções que minimizassem riscos, que detetassem problemas potenciais e parcerias tendentes à resolução dos problemas reais identificados (Regulamento n.º 190/2015, 2015). Contribuindo para uma prática de enfermagem diferenciada, que analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, sempre que possível, foi assegurado o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, identificadas práticas de risco, implementadas medidas de prevenção e adotadas condutas antecipatórias, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade dos clientes (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A melhoria contínua da qualidade foi desenvolvida com recurso a práticas conscientes de interdependência com a pessoa/família/ambiente e no respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais, promovendo-se a perceção de segurança individual ou dos grupos. Foi sempre promovido um ambiente para a prática de cuidados e administração de substâncias terapêuticas de forma segura, procedendo-se de acordo com normas de controlo de infeção. Foi promovida sempre que possível a cooperação e colaboração na organização do trabalho.

Em virtude da reorganização da USF Horizonte e da adequação dos meios para minimizar os efeitos da pandemia, foi demonstrado durante o período de estágio, compreensão dos planos de emergência para situações diferenciadas, interpretando de forma adequada os dados objetivos e subjetivos e o significado que as situações inesperadas (que se alteraram rapidamente) têm sobre o acesso a cuidados e informação de saúde. Apesar de limitações circunstanciais, barreiras físicas e limitação no acesso físico das pessoas à USF Horizonte, foi possível implementar cuidados de enfermagem planeados e atingir resultados esperados, documentando todo o processo de cuidados. Pelo estabelecimento de relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa de profissionais na USF Horizonte e instituição de saúde, foi vivenciado um ambiente multidisciplinar que possibilitou: a) continuidade de cuidados; b) partilha de casos clínicos; c) colaboração nas decisões da equipa de saúde; d) melhoria da informação para a tomada de decisão nos processos de cuidar e delegação de tarefas relativas ao cuidar (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O limite do papel e das competências profissionais foi reconhecido, sempre que os cuidados ou as necessidades dos indivíduos e das famílias requereram outro nível de perícia, sendo referenciados ou consultados colegas com níveis de perícia diferenciados e outros profissionais do ACES de Matosinhos, mobilizando conhecimento e recursos disponíveis na unidade de saúde para a promoção e educação para a saúde dos cidadãos.

- **Cuidar a família como uma unidade de cuidados;**

Aos enfermeiros apresenta-se um novo paradigma do cuidar - do indivíduo para a família; família como unidade de cuidados e família como contexto de cuidados (Santos M. L., 2012). Para a consecução desta competência, foi requerida a familiaridade com um extenso conhecimento que inclui teoria sistémica, teoria dos sistemas familiares, terapias familiares, compreendendo as dinâmicas do grupo familiar (Wright & Leahey, 2018) a fim de dinamizar uma prática de cuidados mais efetivos, orientados para a saúde da família e dos seus membros.

Atuando ao nível de família como foco dos cuidados foram realizadas atividades dirigidas ao sistema familiar como cliente e concomitantemente ao indivíduo e subsistemas (Wright & Leahey, 2018). Sendo a família a unidade de avaliação e intervenção, foram avaliadas dinâmicas internas de um conjunto de famílias e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com a unidade familiar e com os sistemas amplos (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

A avaliação da unidade familiar decorreu fazendo uso de um referencial sistémico orientador tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções com a família enquanto alvo dos cuidados de enfermagem. O uso do MDAIF possibilitou identificar e reconhecer o sistema familiar como unidade complexa e potenciadora da saúde dos seus subsistemas e consequentemente da saúde global (Figueiredo, 2012). A compreensão da funcionalidade familiar resultou na formulação de diagnósticos congruentes com os problemas sentidos pela família (Hanson, 2005) e possibilitou intervenções específicas em cada família, com o propósito de estimular a autonomia da mesma na consecução dos seus objetivos, respeitando a sua disponibilidade e o seu ponto de vista.

Foi evidenciado na observação das famílias estudadas durante o estágio e pelos efeitos recursivos das intervenções desenvolvidas, que a totalidade da família é mais que a soma de cada membro que a representa, uma vez que obedece ao princípio da globalidade. Constituindo-se como um sistema aberto, uma mudança num membro da família afeta todos os membros (Wright & Leahey, 2018). As atividades neste nível de cuidados desenvolveram-se tendo em consideração a dinâmica indivíduo-família, isto porque, a mudança num dos membros da família origina mudanças nos restantes e pela propriedade auto-organizativa do sistema familiar, é possibilitada a sua estabilidade ao longo do tempo (Figueiredo, 2012).

O grupo familiar considerado na sua globalidade, teve relevância para o desenvolvimento desta competência do EEESF. O conjunto de atividades realizadas (sistemáticas e planeadas) proporcionaram capacidade de identificar, compreender e descrever como as famílias se estruturam, como é estabelecido o seu funcionamento e como respondem aos processos de desenvolvimento onde se incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença e o controlo de situações complexas.

- **Prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária**

O ciclo de vida da família (CVF) constitui um método de compreensão da mesma, entendida numa perspetiva de desenvolvimento (Sampaio & Resina, 1994). De acordo com Relvas (2006) o desenvolvimento familiar processa-se em cinco etapas: 1- Formação do casal; 2- Família com filhos pequenos; 3- Família com filhos em idade escolar; 4- Família com filhos adolescentes; 5- Família com filhos adultos. A intervenção de enfermagem enfatiza as interações entre os membros da família para que estes possam “juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável” (Hennessy & Gladin, 2006). O conhecimento das várias etapas do ciclo vital de cada família, possibilita uma visão particular das características e pormenores próprios de cada sistema familiar e permite respostas a três níveis: **(i)** possibilita actividades preventivas e de

assessoria antecipada que evitam acontecimentos vitais geradores de tensão, umas vezes relacionados com a transição de fases do CVF e outras com os próprios problemas de cada etapa do ciclo de vida individual; **(ii)** permite a utilização de recursos terapêuticos, individuais ou familiares de acordo com as características emocionais e sociais de cada etapa; **(iii)** permite relacionar as necessidades de cada fase do CVF com a oferta dos programas de saúde institucionais ou comunitários, como por exemplo: o programa de saúde reprodutiva e planeamento familiar direcionado ao casal para que possa ter uma vida sexual satisfatória e segura (etapa I); e decidir quando e com que frequência tem filhos (etapa II); as atividades programas de rastreio do cancro da mama, do colo do útero e cancro do colón (etapa III e IV); o programa de saúde infantil e o programa nacional de vacinação (etapa II e III), a avaliação da saúde escolar (etapa II); os programas de vigilância de doenças crónicas (etapas IV e V); o programa de saúde da pessoa idosa (etapas V e VI) (Quel, 2007).

Nas consultas programadas, considerando a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e/ou individual, foram identificadas necessidades de saúde. Dos diagnósticos elaborados foram realizadas intervenções de enfermagem promotoras de compreensão e aceitação dos estados de saúde-doença, assim como mudanças comportamentais necessárias para atingir melhores níveis de saúde e autonomia (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Em consultas de saúde reprodutiva e de planeamento familiar (associadas ao primeiro estágio do CVF), compreenderam maioritariamente o sexo feminino e foram avaliadas noções de identidade, desenvolvimento de relacionamentos, práticas de hábitos promotores de saúde, identificação de crenças e cultura familiar, compreendendo o seu impacto nas decisões e aceitação de responsabilidades futuras. Nas consultas de saúde materna, em que a gravidez representa um “momento privilegiado para a promoção de estilos de vida saudáveis” (Fantini, 2005, citado em Figueiredo, 2012, p. 55), houve lugar à preparação e conhecimento do casal para os desafios quer da transição que vai viver, quer das mudanças potenciais que essa etapa lhes colocará. Compreendendo o sistema familiar que orbita para além da grávida, evitando centralização excessiva, promoveu-se o envolvimento da díade casal na preparação da mudança transacional e na promoção de padrões de comunicação eficazes.

As consultas de saúde infantil e juvenil, possibilitaram “olhar” o desenvolvimento da criança, assim como aferir o desempenho dos pais na satisfação das necessidades individuais das crianças. Olhando a transição desenvolvimental pelo nascimento do primeiro filho, a “visão sistémica” permitiu colocar o foco na capacidade da família para se manter unida e capaz de promover processos que apoiem todos os membros na interação interna e com meio ambiente. Devido à situação de pandemia pelo SARS-CoV2, muitas crianças não puderam ir à escola, motivo que implicou nas famílias uma transição situacional, colocando em relevo processos de tensão e novos padrões de interação, verbalizados em consulta.

Nas consultas de saúde do idoso, em que a perda progressiva da autonomia implica suscetibilidade para a doença e dificuldade de adaptação ao meio, foi possível trabalhar individualmente com o idoso processos de consciencialização, identificando forças e oportunidades de crescimento e de mudança. Identificar pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida possibilitou antecipar cuidados, intervindo na capacitação e preparação da família para futuras transições. Neste âmbito sobretudo pela temática da dependência, foram analisadas dinâmicas entre o indivíduo, a

família, a comunidade e o sistema de saúde para influenciar mudanças tendentes à autonomia da pessoa idosa com repercussão no funcionamento do sistema familiar.

Novas necessidades colocaram desafios às famílias e aos enfermeiros e no momento de consulta ou na visita domiciliária, foi possível avaliar e documentar que, tanto ao nível interno familiar, como nas relações que a família estabelece com o contexto que a rodeia, existiram alterações nas dinâmicas funcionais e estruturais, que comprometeram o funcionamento familiar com repercussão na saúde do sistema familiar.

- **Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento**

Na avaliação realizada ao grupo de famílias do estudo realizado, considerando as suas dimensões contextuais e tendo validado com a família as forças, recursos e problemas identificados, foram apresentadas propostas de intervenção tendentes a minimizar o impacto de fatores stressores relacionados com transições de saúde/doença vivenciadas pelo sistema familiar.

Considerando a reciprocidade entre o potencial de saúde dos membros e da unidade familiar, nos seus domínios de funcionamento de forma a concretizar as atividades interventivas (definidas colaborativamente entre investigador e família), existiu articulação com outras equipas de saúde mobilizando os recursos necessários para facilitar transições complexas de saúde na família. Foi realizada referência da família para avaliação por outros profissionais de saúde, favorecendo a qualidade e a continuidade de cuidados, sempre com a permissão da família (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Com o foco na dinâmica e adaptação do sistema familiar à mudança, foram dinamizadas estratégias favorecedoras da adaptação da família a novas formas de atuar e se perceber na interação entre os membros, identificando tão rápido quanto possível os problemas reais e potenciais da família, prevenindo doenças e estabelecendo com a família uma relação para controlo de situações complexas. Ambas as famílias, foram estimuladas na consecução dos seus objetivos de saúde, concebendo-se um plano de ação em que esteve considerado o apoio e a intervenção de outras unidades funcionais de saúde (UCC e RNCCI).

Foram realizados planos de intervenções de enfermagem face aos problemas identificados e orientados para: **(i)** a capacitação da família no exercício do papel de prestador de cuidados e a promoção do autocuidado do membro da família dependente; **(ii)** a capacitação da família e o seu bem-estar, face a problemas identificados nas áreas de atenção e respetivas dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

- **Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar**

Os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar constituem o “conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que determinam o estado de saúde de indivíduos ou populações” (Regulamento n.º 367/2015, 2015, p. 17390). Atualmente, sabe-se que alguns determinantes de saúde são causas identificadas e estudadas que motivam desigualdades em saúde.

O acesso a informação objetiva, fornece apoio para a tomada de decisão no processo de cuidados com as famílias (Melo, et al., 2012).

O uso do referencial teórico e operativo MDAIF, possibilitou o atingimento da competência de identificar precocemente os determinantes de saúde com efeitos na saúde familiar, pois integrando várias ferramentas de avaliação individual e de grupo, a estrutura conceptual e operativa do MDAIF identifica determinantes de saúde potencialmente modificáveis, “não apenas os relacionados com as ações dos indivíduos como os comportamentos e estilos de vida saudáveis, mas também determinantes como os rendimentos e status social, educação, emprego e condições de trabalho, acesso a saneamento adequado e ambientes físico” (Regulamento n.º 367/2015, 2015, p. 17390).

Com o uso do Genograma, foi possível esquematizar e descrever, padrões hereditários e comportamentais dos membros da família e como esses padrões impactam na vida de cada pessoa da família (McGoldrick, Gerson, & Petry, 2012). Através do Ecomapa, onde se visualiza esquematicamente o grupo no seu contexto ambiental, aumentou-se a compreensão sobre as experiências dos indivíduos e as suas redes sociais (Figueiredo, 2012). Através da Escala de Graffar Adaptada foi colhida informação relevante, não apenas das características sociais, mas um conjunto de cinco critérios - profissão do chefe de família, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita, constituindo como um método de estratificação social (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010). A aplicação da escala de Readaptação Familiar de Holmes e Rahe permite que, pela valorização de determinadas situações de crise que o indivíduo ou família estiveram sujeitos, se determine a probabilidade de aquele vir a desenvolver uma doença somática (Caeiro, 1991). E o uso da Escala do Apgar Familiar de Smilkstein possibilita quantificar a perceção de funcionalidade familiar que o indivíduo tem da sua família ou das pessoas com quem habitualmente vive.

Com base na informação específica dos aspetos que podem indicar riscos de saúde familiar, as atividades desenvolvidas junto das famílias, foram no sentido de as capacitar na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde. Pela possibilidade que a relação enfermeiro-família possibilita, desenvolveu-se um ambiente seguro de partilha de informação e análise, de como cada dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam a saúde, a perceção de saúde e os cuidados à família.

De acordo com a informação colhida, foram discutidos na família os temas difíceis e estabelecidos objetivos para a mudança, perspetivando novas formas de funcionamento ajustadas aos seus processos de transição de desenvolvimento e saúde/doença.

O planeamento de intervenções centradas na família enquanto unidade e alvo de cuidados do EEESF, promove o processo de conscientização baseado na identificação das forças e das oportunidades que as famílias têm para crescer e evoluir (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

- **Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia**

A finalidade dos cuidados de enfermagem centrados na família é a “potencialização das forças, recursos e competências” (Figueiredo, 2012, p. 70) numa abordagem sistémica e colaborativa da

mesma. A identificação e mobilização dos recursos necessários à promoção da sua autonomia são alcançadas com o envolvimento de todos os membros da família num processo de adaptação e ajustamento (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

O envolvimento ativo e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar, aplicando instrumentos facilitadores da avaliação e intervenção colaborativa da família na sua dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional, possibilita verificar o seu estadio de desenvolvimento, quais os problemas de saúde inerentes a cada fase e que alterações funcionais decorrem da cada transição. É favorecida a compreensão e identificação da capacidade do sistema familiar perante momentos transitivos de mobilizar recursos intrínsecos (crenças, valores e estratégias de coping familiar) e extrínsecos (serviços sociais e de saúde) que lhe permitam evoluir para a estabilidade, autonomia, continuidade e coesão familiar, consoante a fase do ciclo vital em que se encontram e de acordo com as tarefas de desenvolvimentos inerentes (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

Com fim de atingir esta competência na tomada de decisão no cuidado à família, o uso do MDAIF foi fundamental para identificar as necessidades da família, realçar as forças e o potencial da família para a evolução através da ligação dos membros da família com os enfermeiros de saúde familiar (Ferreira, et al., 2020). Na promoção da autonomia da família, deu-se início a processos de conscientização identificando forças, oportunidades de crescimento e de mudança no sistema familiar. A capacitação da família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde, foi promotora de diálogos com a família facilitadores da consecução dos seus objetivos. Através do MDAIF, foram formulados diagnósticos e estabelecidas intervenções individualizadas que contribuíram para a capacitação dos prestadores de cuidados. De forma colaborativa com a família, foram desenvolvidos planos de cuidados, de acordo com um referencial sistémico para responder às necessidades e estimulando a família com disponibilidade e no respeito pelo seu ponto de vista.

Capítulo II – Estudo Empírico

1. Construto Teórico

O conjunto familiar como resultado de uma organização própria, quando enfrenta um evento traumático ou mudança importante deve adaptar-se, readquirindo novas forma de atuar (Meleis et al, 2010). Como unidade de cuidados dinâmica, sujeita a transições decorrentes do seu desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2011b), as situações de doença e dependência no autocuidado, são experiências da realidade social que representam desafios à unidade familiar (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014).

Em famílias com indivíduos dependentes no autocuidado, a realização das tarefas de desenvolvimento familiar implica aprendizagens e utilização de recursos diferentes das outras famílias, sendo o familiar cuidador fundamental na prestação de cuidados domiciliários e apoio social (OPSS, 2017). A adoção do papel de cuidador de uma pessoa dependente, assume contornos particulares, ajustados à realidade de cada pessoa e família, muitas vezes acontecendo sem escolha e preparação adequada (Mata & Vega-Rodriguez, 2012), o que vulnerabiliza o sistema familiar e o torna favorável ao surgimento de uma crise.

Como processos evolutivos, as situações de transição implicam a família na necessidade aprender novas formas de encarar a situação no sentido de promover o equilíbrio do sistema familiar. A funcionalidade familiar não se relaciona com a ausência de problemas e de conflitos, mas com a forma e modo de se organizar para os resolver e superar (Aragonez, 2017).

Compreender o funcionamento dos sistemas familiares, requer competências adequadas para identificar os requisitos para um funcionamento familiar capaz de enfrentar experiências inevitáveis que trazem algum grau de desafio, mudança ou perda. Reconhecer as necessidades dos membros de uma família e avaliar o contexto social em que vivem, assim como compreender os fatores implícitos na dinâmica familiar (o apoio mútuo entre os membros, a liberdade de comunicação e expressão de sentimentos, o grau de coesão familiar e resolução construtiva de diferenças de opinião), possibilitam desenvolver processos de ajustamento adaptativos a situações de crise (Schumacher & Meleis, 2010; Kissane, Zaider, & Schuler, 2012).

É oportuno que a resposta às necessidades de saúde familiar seja dada através da competência dos EEESF, e esta resposta passa pela avaliação e intervenção familiar realizada de forma sistematizada e conducente a melhorar o potencial de saúde das famílias (Figueiredo, et al., 2012).

2. Família e Enfermagem de Saúde Familiar

A Família é uma unidade social de difícil definição (Fazenda, 2005) pois “acontece” através da relação ativa e de identidade entre membros unidos por laços sanguíneos, de afetos ou interesses, num espaço e tempo específico, construindo uma história de vida única e irreplicável (Dias, 2011). Sendo que todos os membros de uma família partilham o ambiente físico, social e biológico que tem impacto direto na sua saúde, a família como unidade, é importante para a prestação de serviços de saúde abrangentes (Shivalli, Majra, Akshaya, & Qadiri, 2015). O reconhecimento de que a família é também um recurso para a sua própria saúde (Wright & Leahey, 2018), desponta “interesse a nível teórico e clínico relativamente às questões da família enquanto alvo de intervenção” (Figueiredo, 2012, p. 3).

A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) enquanto área disciplinar, reconhece o sistema familiar como um sistema de relações aberto e ativo, promotor de saúde que influencia cada uma das partes constituintes e o todo que as engloba (Hanson, 2005). A Saúde Familiar como conceito, entende-se como a adaptação positiva às mudanças que acontecem na dinâmica entre os membros ao longo do tempo (Ahlberg et al, 2019), sendo “um estado subjetivo caracterizado pelo conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família” (Ferreira, et al., 2020, p. 8).

As ações desenvolvidas no cuidado à família, centram-se na interação entre o enfermeiro e a família, tendo como foco a promoção de projetos de saúde na família, sendo que as intervenções correspondem a elementos promotores de capacitação da família (Silva et al., 2013), dando assim respostas afetivas, cognitivas e comportamentais ao sistema terapêutico (Figueiredo, 2012)

A ESF é praticada em três níveis: **(i)** o primeiro nível em que o foco é o indivíduo e a família é o contexto; **(ii)** o nível interpessoal em que a família consiste na unidade maior; **(iii)** o nível dos sistemas, onde a família é um sistema com um funcionamento e estrutura própria, desenvolvendo interações com outros sistemas maiores e com seus próprios subsistemas (Rousso & Angelo, 2001). Desta forma, as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde e as intervenções de enfermagem centram-se na família e em cada indivíduo que a constitui.

Contudo, a relação terapêutica dos enfermeiros na sua abordagem de corresponsabilização e de partilha com a família, a pessoa que necessita do cuidado ou o seu cuidador, está estritamente relacionado com os conceitos de autocuidado e de transição, tendo em conta que os processos de perda de autonomia e de défice no autocuidado surgem em momentos de transição na vida das pessoas ou de desenvolvimento familiar e conduzem a intervenções de enfermagem (Silva A. P., 2007).

2.1 A pessoa dependente e a Enfermagem de Saúde Familiar na Promoção do Autocuidado

A situação de dependência é definida como a “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Decreto-Lei n.º 101/2006, p. 3857).

Decorrente do desenvolvimento da profissão na avaliação e individualização de cuidados relativos às capacidades das pessoas, “uma intervenção importante da enfermagem é procurar que, independentemente da idade, as pessoas não percam a independência nas atividades de vida, ajudando-as, simultaneamente, em direção a essa independência e, noutros momentos, ajudando-as a aceitar a sua dependência” (Ribeiro, Pinto e Regadas, 2014, p. 27).

O conceito de dependência está profundamente relacionado com o de autocuidado. O autocuidado está associado à “prática de actividades destinadas a manter a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida” (G. & Martins, 2016, p. 37). Uma pessoa dependente necessita de ajuda de terceiros para satisfazer as suas necessidades de autocuidado e/ou interagir com o meio. No entanto uma situação de dependência física não implica perda de autonomia, podendo a pessoa continuar a tomar decisões sobre a sua própria vida, apesar das limitações físicas. O conceito de autonomia pode ser entendido como a capacidade de autogovernança e auto-orientação (ICN, 2015), sendo a base dos direitos fundamentais do homem e pressupõe capacidade de agir e exercer esses direitos (Filipe, citado em Morin, et al., 2016). Referente ao autocuidado, implica a “capacidade da pessoa para gerir a sua própria vida” (Sequeira, 2018, p. 5). A pessoa que não é capaz de decidir (autónoma), e/ou não é capaz de realizar (independente), necessita de apoio e orientação de terceiros para a consecução do autocuidado. Loureiro, et al., citados por Ribeiro e Pinto (2014), referem que a dependência está presente ao longo da vida, não sendo um atributo exclusivo da velhice, contudo, em idades avançadas, a dependência assume um carácter definitivo e permanente.

Diversos estudos e referências apoiam a organização e a conceção de cuidados de enfermagem a partir da teoria de Dorothea Orem (Wilson & Gramling, 2009; Younas, 2017; Khatiban, et al, 2018; Carroll, 2019), sendo a Teoria do Deficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE), a que melhor reflete a intervenção dos enfermeiros, com visão integral das necessidades da pessoa e das necessidades de cuidados (Espino & Bouza, 2013).

Orem (2001), refere que as pessoas têm capacidade de tomar conta de si e que, quando não acontece assim, por incapacidade própria ou dos pais (nas crianças), surge um requisito para a intervenção de enfermagem. Os métodos de ajuda definidos por Orem vão ao encontro da prática de enfermagem de família, constituindo uma série de ações que irão ajudar a ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas. As intervenções consistem em atuar ou fazer por outrem, orientar e dirigir; fornecer apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal ou ensinar (Orem D. E., 1993).

A TDAE é uma teoria geral composta por três teorias relacionadas: (i) a teoria do autocuidado que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias, sendo a base para compreender as

condições e as limitações da ação dos indivíduos; (ii) a teoria do déficit do autocuidado que descreve como a enfermagem pode ajudar as pessoas, estando a necessidade de cuidados de enfermagem associada à maturidade das pessoas e à sua capacidade de realizar certas tarefas por si mesma, como alimentar-se, respirar, vestir-se, assim como ações válidas no funcionamento e desenvolvimento humano, que Orem define como requisitos de autocuidado (Filipe, 2015). O déficit de autocuidado ocorre quando as habilidades do indivíduo para executar o autocuidado requerido, são menores que as que se necessitam, para satisfazer a necessidade de autocuidado conhecido; (iii) a teoria dos sistemas de enfermagem é multidimensional e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas, e descreve o conjunto de ações que realiza o enfermeiro para suprir as necessidades de autocuidado (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014). Os sistemas de enfermagem são classificados de a) compensação total, quando o enfermeiro substitui o indivíduo no autocuidado; b) compensação parcial, quando a pessoa apenas precisa de enfermagem naquilo que não é capaz de realizar e c) apoio ou formação quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, contudo há necessidade de enfermagem no ensino e supervisão das suas próprias decisões e ações de modo a prestar o autocuidado (Espino & Bouza, 2013; Filipe, 2015).

O autocuidado é a combinação de comportamentos e práticas que levam à sobrevivência, boa saúde e cura (Baker & Denyes, 2008). “É uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém executa por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar” (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014, p. 159). É um componente vital da saúde e distingue a enfermagem de outras disciplinas quando usado como base para a prática. É considerado um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Sidani, citado em Khatiban, et al., 2018), com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades, onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm um papel decisivo (Petronilho, 2012).

A família constitui parte integrante na agência de autocuidado ou agência de autocuidado dependente, que Orem (1993, p.163) refere como sendo a capacidade humana dos indivíduos realizarem ações com o objetivo de cuidar de si mesmos e de outros. Figueiredo (2012) refere que a família se torna agente do autocuidado, pela maior ou menor consensualização sobre a forma como dará resposta a esta necessidade. A adaptação do Modelo de Orem à família centra-se assim nas competências dos indivíduos e da família para desenvolverem comportamentos que permitam desenvolver adequadamente o sistema individual ou familiar.

2.2 A transição dos membros da família prestadores de cuidados

Como estrutura base da sociedade, a família tende a promover a permanência da pessoa dependente em casa e fornece algum nível de cuidado e apoio, variável em intenção, intensidade e duração (Araújo & Santos, 2012; Filipe, 2015). O contexto familiar e o domicílio, como espaço privilegiado para a interação familiar, apresentam-se como uma realidade onde ocorrem situações em que o estado de doença num familiar, interfere em outros membros da família e na família como um todo (Campbell, 2003; Duhamel & Dupuis, 2004). Qualquer doença aguda ou crónica tem

influência a nível emocional, social e funcional na família, assim como nas formas de decisão familiar e de esta encarar novas experiências.

Os efeitos da dependência de um indivíduo na família cuidadora, resultam numa transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência em que o cuidado, relacionado ao bem-estar físico e psicossocial da pessoa dependente, restringe a liberdade do cuidador (Fernandes & Garcia, 2009). Conforme é referido por Santos citado em Guerini, Cordeiro, Osta e Ribeiro (2012) a realidade multiversa familiar depara-se nessa vivência, com novas exigências funcionais, alterações na rotina, mudanças constantes e readaptações, que favorecem que os possíveis efeitos da doença se desenvolvam por vários níveis: financeiro, ocupacional, pessoal, na interação dentro da família, ou fora dela, estando a família dependente dos seus recursos internos e externos para se adaptar à nova realidade.

O ciclo vital evolutivo da família é dinâmico (Relvas, 2006) e as fragilidades reveladas no estado de saúde da pessoa dependente, desencadeiam um processo de transição trazendo para a família uma vivência de sofrimento físico e emocional (Mendes, 2019). Como condição “de passagem de um estado razoavelmente estável para outro estado razoavelmente estável, desencadeado por uma mudança” (Meleis A. I., 2010, p. 11) os momentos de transição constituem zonas de vulnerabilidade e de potencial crescimento. Sendo as transições um processo de mudança que implica adaptação, Meleis (2010) refere o papel de enfermagem como facilitador na experiência e nos processos das pessoas vivenciando transições, onde a saúde e a percepção de bem-estar são o resultado.

De grande riqueza conceptual e de valor interpretativo, a utilização da Teoria das Transições de Meleis, além de facilitar questões de pesquisa, orienta a ação de enfermagem de modo eficaz, antes, durante e após a transição. Neste sentido, no trabalho com indivíduos e famílias, os enfermeiros encontram regularmente quatro tipos de transição: “desenvolvimentais (traduzem respostas associadas ao ciclo de vida), saúde e doença (tornar-se portador de uma doença crónica), situacionais (que implicam mudança de papéis) e organizacionais” (Machado, 2013, pp. 68-69). Podem apresentar-se num padrão de complexidade crescente, experimentadas individualmente (transição única), de forma múltipla, sequencial ou em transições simultâneas, relacionadas ou não (Davies, 2010). Muitas famílias lidam não apenas com a transição situacional de uma mudança na natureza do relacionamento com um familiar próximo, mas também com a transição no seu estado de saúde, muitas vezes como consequência de seu próprio envelhecimento ou problemas de saúde. (Meleis, citado em Machado, 2013).

A experiência da transição concilia cinco propriedades: **(i)** a consciencialização, que é o (re)conhecimento da transição e traduz o grau de conformidade entre o conhecimento do processo e as respostas; **(ii)** o compromisso, do indivíduo no processo de transição; **(iii)** a mudança e diferença, que prevê que, ainda que a transição seja mudança, nem todas as mudanças geram transição, e esta é uma propriedade essencial na transição. Por outro lado, a diferença traduz sentimentos diferentes, expectativas divergentes ou não atendidas; **(iv)** o intervalo de tempo, isto é, todas as transições caracterizam-se por um fluxo temporal com um ponto final identificável nos primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, que os enfermeiros devem acompanhar para que se obtenham ganhos em saúde; e, por fim, **(v)** acontecimentos e pontos críticos, representam eventos marcantes desencadeadores das transições como por exemplo, o nascimento e a morte, e outros, apesar de o evento não ser evidente, envolve pontos de inflexão associados ao aumento da consciência da mudança ou diferença (Meleis, citado em Santos, et al, 2015).

A família passa por várias fases, sendo o período após o conhecimento do diagnóstico um momento crítico, com aumento de perturbação até a família desenvolver esforços para se adaptar, aprender e reajustar-se à situação (Santos S. V., 1998). Apresentam-se alterações quotidianas no ambiente familiar que diferem, em comparação com as famílias que não vivem esse compromisso.

Relativamente à família em processos de transição saúde-doença, (Meleis, Sawyer, Im, Messias, e Schumacher, 2010) referenciam em estudos de cuidado familiar, quatro momentos como períodos de maior vulnerabilidade familiar: (i) o período de diagnóstico (ii) os períodos intensivos de efeitos secundários dos ciclos de quimioterapia; (iii) os momentos entre os vários tratamentos; (iv) a conclusão do tratamento. Perante situações de saúde-doença, o cuidado à pessoa dependente altera os padrões de autocuidado familiar e altera o acesso aos profissionais de saúde e à informação, criando-se o sentimento de incerteza e ansiedade (Reinhard, Given, Petlick, & Bemis, 2008).

Na resposta à situação de doença de um familiar, “o papel do cuidador familiar é multifacetado e variável, daí que a família pode ser uma fonte de força e apoio - ou stress - para os pacientes” (Duhamel & Dupuis, 2004, p. 68). Famílias questionadas em contexto de conversa terapêutica, com familiares em situação de doença, “focam a necessidade de lidar com o impacto da doença na família” (Duhamel, Dupuis, & Wright, 2009, p. 1), refletindo a necessidade de estratégias para lidar com a crise e a mudança que a situação de doença impõe.

O diagnóstico da condição de doença que conduz à dependência, ocasiona em algumas famílias surpresa e medo pelo pouco conhecimento sobre a doença, tratamento e sequelas, e sofrimento emocional, devido ao desconhecido e ao diferente (Vaz, et al., 2018). A adaptação familiar decorrente da nova informação face aos compromissos e novos hábitos diários requeridos (transição situacional), constitui-se como um percurso que pode ser longo, difícil e imprevisível, necessitando (re)adaptação, de forma que seja possível a continuidade de cuidados individuais ao membro que deles necessita e se harmonize a nova condição no sistema familiar, embora diferente da anterior (Araújo & Santos, 2012; Figueiredo, Sousa, & Gomes, 2016).

As situações críticas requerem “atenção, conhecimento e experiência do profissional de enfermagem de modo particular” (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010, p. 59) no sentido de estar desperto para perceber quando esses marcos ocorrem. Isto porque, a forma como as transições se experimentam está sujeita a condições facilitadoras ou inibidoras de transições saudáveis: **(i)** individuais e/ou família envolvida; **(ii)** comunitárias, que incluem recursos disponíveis para “aqueles” em transição; e **(iii)** ou sociais em geral, já que a sociedade pode, também ela, facilitar ou dificultar o processo de transição (Meleis citado em Machado, 2013). Condições de transição dentro de cada um dos níveis, inclui os significados associados com a(s) transição(ões) e o resultado da mudança, as crenças e atitudes culturais, socioeconómicas, preparação e conhecimento que pode facilitar ou inibir a transição saudável (Geary & Schumacher, 2012).

Para que se compreenda todo o processo de transição, para que a experiência vivenciada pela família seja valorizada e para que se auxilie a avaliação dos Enfermeiros é imprescindível estudar os padrões de resposta. Eles podem ser: processuais, ou seja, num processo de transição o indivíduo necessita de se sentir como parte do contexto onde se insere, já que a transição será responsável pela elaboração de novas percepções em relação ao ambiente e é esse estado dinâmico que permitirá a adaptabilidade ao meio e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de confiança e coping (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher citado em Santos et al., 2015); e de resultado, que incorporam a mestria, que se reporta “(...) ao desenvolvimento de competências e condutas ao longo de todo o processo de transição para gerir a nova situação (...)” (Davies citado em Santos et al., 2015, p. 161).

A relação terapêutica dos enfermeiros estabelecida na parceria com o indivíduo, respeitando as suas capacidades e na valorização do seu papel, com o objetivo de ajudar a pessoa a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011), quando expandida à parceria Enfermeiro-família, cresce em complexidade e variabilidade de situações que implicam globalidade de cuidados em todos os processos de vida, de corresponsabilização e partilha com o indivíduo que necessita de cuidados, a família ou o seu cuidador (Regulamento n.º 126/2011, 2011).

3. Metodologia

3.1 Contextualização do Estudo

Autores como Hanson (2005), Figueiredo (2012), Wright e Leahey (2018) e Brás e Neves (2019) dão ênfase a uma enfermagem que aprofunde o conhecimento sobre as famílias a partir do seu próprio contexto, considerando a sua estrutura e processos familiares, para uma prática diferenciada no contexto da saúde e da doença (Araújo & Santos, 2012).

Como estratégia facilitadora de aprendizagem e sustentadora do treino de uma prática clínica de tomada de decisão assente em avaliação e intervenção familiar, foi realizado um estudo de investigação direcionado à família, promovendo a abordagem de situações de interesse prático no estudo da família e na efetividade de cuidados de enfermagem a ela dirigidos.

É dada resposta à sugestão da unidade curricular do Estágio de promover “a dinamização de um trabalho autónomo direcionado para o desenvolvimento de competências, focadas no cuidado à família de acordo com o Regulamento n.º 428/2018 de 16 de junho; Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de agosto e Regulamento nº 367/2015 de 29 junho 2015” (IPB; UTAD; UA, 2020/2021).

3.2 Tipo de Estudo

Atendendo aos objetivos, a metodologia utilizada foi de estudo de casos múltiplos e a metodologia de investigação-ação desenvolvida por Kurt Lewin (1946) como estratégia de resolução de problemas. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) proposto por Figueiredo (2012) foi o referencial teórico utilizado e a sua matriz operativa orientou o processo de avaliação e intervenção familiar.

Adotou-se como metodologia os estudos de casos múltiplos, atendendo a que o que se pretende “conhecer” é um fenómeno contemporâneo, de contexto da vida real, orientado a dar resposta a questões do tipo “como” e/ou “porque” (Yin, 2003). A necessidade de explorar uma situação, compreendendo o contexto e a dinâmica familiar, identificando as reais necessidades e recursos da família, insere-se de forma apropriada no âmbito da metodologia de estudo de caso e, acrescente-se que na avaliação da família estão também presentes as características fundamentais dos estudos de caso, pelo facto de serem: **(i)** particulares; **(ii)** descritivos; **(iii)** heurísticos, levando à compreensão do fenómeno estudado; **(iv)** indutivos; **(v)** holísticos; e **(vi)** planificados (Santos, et al, 2016).

O estudo de caso pode ser único ou múltiplo, quando restrito a uma ou a várias unidades de análise, sendo que o estudo de casos múltiplos, permite um retrato global da realidade que se pretende estudar, exigindo tempo e recursos (Yin, 2003). Na medida em que analisamos duas famílias, no seu

contexto de desenvolvimento sistémico, consideramos esta investigação como estudo de casos múltiplos.

A investigação-ação é definida por Coutinho, Sousa, Dias, Bessa, Ferreira e Vieira (2009), como uma metodologia de investigação que inclui simultaneamente investigação (ou compreensão) e ação (ou mudança), num processo cíclico, que alterna entre planificação, ação, observação (avaliação) e reflexão (teorização), induzindo um aperfeiçoamento pela experiência (conhecimento) obtida dos ciclos anteriores. Entende-se assim como a relação dialética entre dois momentos que se alimentam mutuamente: a investigação sobre determinado problema diagnosticado em contexto social (caracter situacional); a intervenção ou ação para resolver o problema e transformar a situação anterior; de novo a reflexão para produzir conhecimento acerca dessa mesma transformação (caracter autoavaliativo) (Amado, 2014). Este conjunto de processos dá início a um novo ciclo, que desencadeia novos movimentos em espiral de experiência de ação reflexiva. O espectro de atividades realizadas pelo enfermeiro, em colaboração com a família, determinando intervenções úteis para a experiência de determinado problema de saúde real ou potencial “centradas na investigação, planeamento, teorização, aprendizagem e desenvolvimento, liga (...) os campos da "investigação" e da "ação" (Ferreira P. I., 2008, p. 218).

Considerando o objetivo de avaliar o contributo do enfermeiro de família na avaliação e intervenção de um conjunto de famílias, a investigação-ação de acordo com Coutinho, et al (2009), é uma estratégia prática, orientada para a necessidade de resolver problemas reais. A implementação de uma investigação-ação, apresenta-se simultaneamente como ato de investigação científica e um ato de compromisso com o sistema familiar e os agentes que vivem esse problema (Ferreira P. I., 2008). Os planos de intervenção de enfermagem como resultado de uma atividade cooperativa com a família, permitem uma acção directa que teve o objectivo de provocar mudança (acção) na realidade (capacitação da família e do prestador de cuidados) e o acesso a novas descobertas relativas à problemática da família (investigação), podendo conduzir à redefinição de práticas e ampliar o conhecimento da disciplina de Enfermagem.

3.3 Desenho da Investigação

Com um conjunto de fases processuais sequenciais e cíclicas, adotou-se o procedimento metodológico inerente ao modelo sugerido por Kuhne e Quigley (1997) para a prática de investigação-ação: fase de planificação, fase de ação e fase de reflexão. Segundo estes autores, a fase da planificação envolve a definição do problema, a definição do projeto e o processo de avaliação. A fase de ação, contempla a implementação do projeto e o processo de observação. Finalmente, o momento de reflexão inclui o processo de avaliação e se dessa avaliação se concluir que o problema não foi resolvido, passa-se para o segundo ciclo.

O momento de planificação conta com a implementação de questionários de carácter exploratórios e específicos, com o recurso à observação directa e à análise documental e bibliográfica especializada de forma a conhecer o contexto de intervenção e delinear o plano de intervenção.

A ação, ou fase de intervenção materializa-se pela conceção, planificação e implementação das estratégias e atividades de intervenção de enfermagem. Esta fase de intervenção centrou-se na

figura da família enquanto foco de cuidado ou enquanto contexto e, por isso, a prática foi orientada ao restabelecimento e desenvolvimento do equilíbrio e autonomia familiar. O momento de reflexão concretiza-se a partir dos dados recolhidos da avaliação que possibilita retirar conclusões da aplicabilidade do estudo.

De forma resumida, representamos a investigação no seguinte esquema:

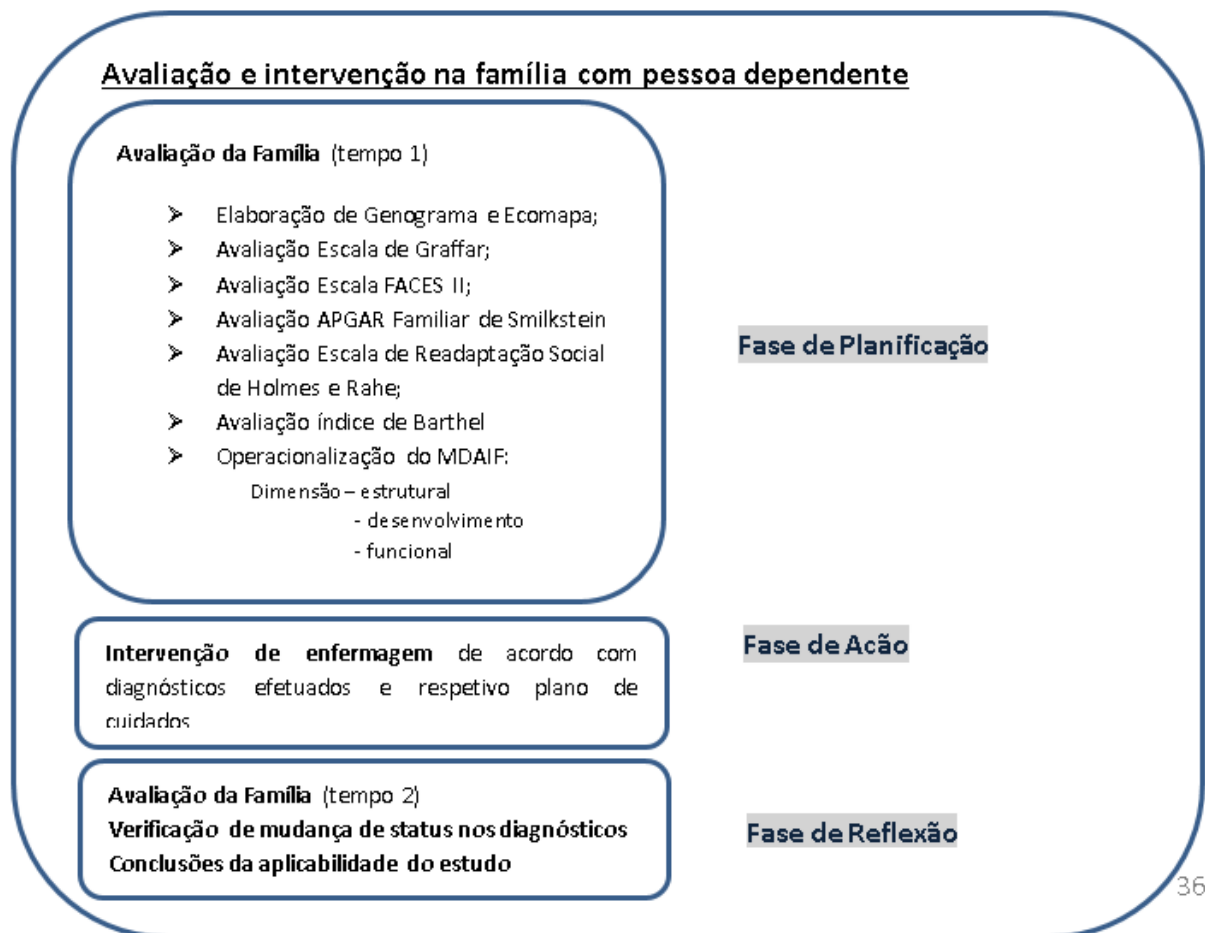


Figura 3- Diagrama da investigação

3.4 População e amostra

A população alvo compreendeu famílias com inscrição ativa na USF Horizonte, em que um dos seus membros apresenta compromisso no autocuidado. Os critérios de inclusão definidos são: (i) a família apresentar um cuidador informal de uma pessoa dependente com pelo menos um programa de saúde aberto, com 1 ou mais contatos por enfermeiros de família da USF Horizonte; (ii) a pessoa

ser dependente em pelo menos um autocuidado; (iii) a pessoa estar dependente há um ano ou mais; (iv) a família ter apoio domiciliário da USF Horizonte.

Através de uma amostragem por seleção racional (intencional), porque existe um conhecimento prévio das características dos participantes, foram selecionadas duas famílias que melhor representam o fenómeno em estudo (Santos, et al, 2016). No contacto tido com as famílias escolhidas, foi agendada visitação domiciliar para apresentação do investigador e objetivos do estudo.

3.5 Problemática e objetivos da Investigação

Este estudo assenta na premissa de que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar (EEESF), enquanto prestador de cuidados de saúde de proximidade, constitui um recurso válido para a capacitação de cuidadores e famílias no sentido de melhor responderem às exigências do exercício do papel de cuidar e das famílias se constituírem também como um recurso para a sua própria saúde.

O objetivo geral consiste em estudar o contributo do EEESF na avaliação e intervenção na família, junto de famílias com pessoas dependentes em contexto domiciliário, aplicando o referencial teórico e operativo MDAIF e avaliar o impacto dos cuidados de Enfermagem.

Como objetivos específicos, são definidos os seguintes:

- Caracterizar famílias com uma pessoa dependente em contexto familiar, inscrita na USF Horizonte;
- Identificar as necessidades de cuidados de enfermagem das famílias estudadas, considerando a análise das áreas de atenção, os focos e os diagnósticos propostos na matriz operativa do MDAIF;
- Definir planos de Intervenção de enfermagem de acordo com as necessidades familiares avaliadas;
- Implementar a prestação de cuidados de enfermagem de saúde familiar, no sentido de promover a alteração do juízo diagnóstico relativamente às áreas de atenção familiar identificadas na avaliação familiar;
- Avaliar o impacto das intervenções de enfermagem junto das famílias a partir das modificações positivas dos estados dos diagnósticos de enfermagem, definidos inicialmente no MDAIF;

3.6 Instrumentos de medida e de recolha dos dados

A avaliação familiar é dotada de grande complexidade (Caniço, Bairrada, Rodríguez, & Carvalho, 2010) e de acordo com o grau de perícia profissional e objetivos da prática, deve estar assente na utilização de uma estrutura conceptual clara que favoreça através da análise de diferentes dimensões e contextos familiares, tanto a síntese de dados (identificando recursos, forças e necessidades), como o planeamento de intervenções centradas na família enquanto unidade e alvo de cuidados de enfermagem (Hanson & Kaakinem, 2005; Wright & Leahey, 2018; Henriques & Santos, 2019). É um importante processo para a gestão do cuidado no que diz respeito às etapas do planeamento, intervenção e avaliação de ações de saúde (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010).

Os meios de recolha de informação utilizados foram: **(i)** a observação participante e estruturada, que na perspetiva de alguns autores, é a “única que viabiliza o rigor da investigação, tornando possível o controlo de validade e limitando eventuais distorções de análise” (Pardal & Correia, citado em, Santos et al, 2016, p.75); **(ii)** a entrevista, com larga utilização no âmbito da investigação social, apesar de apresentar vantagem (poder ser usada em todos os segmentos da população; possuir grande flexibilidade, permitir a avaliação e o registo de reações, de gestos e do comportamento do inquirido e permitir a quantificação e o tratamento dos dados) e limitações (dificuldades de expressão e de comunicação; problemas de interpretação das questões por parte do informante; possibilidade de influência do entrevistador sobre o entrevistado; dificuldade em garantir o anonimato) (Santos, et al, 2016); o tipo de entrevista utilizado foi a entrevista estruturada, utilizando para o efeito, os instrumentos da avaliação familiar – Escala de Graffar (Apêndice A), Genograma (Apêndice B), Ecomapa (Apêndice C), Escala FACES II (Apêndice E), Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Apêndice G), Escala de APGAR Familiar de Smilkstein (Apêndice H) e a matriz operativa do MDAIF (Apêndice I), que orienta o processo de avaliação familiar nas dimensões familiares (estrutural, de desenvolvimento e funcional). Foi utilizado também o índice de Barthel (Apêndice J) para avaliação do nível de dependência funcional na pessoa com dependência participante no estudo.

Os instrumentos de avaliação familiar contemplam técnicas quantitativas e qualitativas, cada um com as suas limitações e especificidades e permitem a recolha de dados acerca dos elementos e do conjunto familiar pelo contacto com os membros da família e/ou estruturas da comunidade ligadas à família (Rousso & Angelo, 2001). Seguidamente é feita uma breve descrição dos instrumentos de avaliação familiar utilizados.

- Escala de Graffar

A escala de Graffar foi construída em 1956 por Graffar, tendo sido adaptada para a população portuguesa por Fausto Amaro em 1990 e atualizada em 2001. É um método de estratificação social em que se avaliam condições socioeconómicas da família, o que permite identificar a sua classe social e avaliar condições de risco, bem como alterações ao nível dos comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010). Este método baseia-se no estudo, não apenas de uma característica social da família, mas num conjunto de cinco critérios - profissão do chefe de família, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita. Para cada critério o modelo descreve cinco itens, e para

cada item uma pontuação que varia de um a cinco pontos. Numa primeira fase é atribuída a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados, e numa segunda fase servir-se da soma destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade. Assim, as famílias são classificadas em cinco escalões: classe I/Alta 5-9; classe II/Média alta 10-13; classe III/ Média 14-17; classe IV/Média baixa 18-21; classe V/Baixa 22-25. Com a identificação da classe social da família, é possível perceber se o seu estatuto socioeconómico como determinante de saúde, constitui um constrangimento em termos de acessibilidade a recursos de saúde e à manutenção do seu próprio bem-estar.

- Genograma

O Genograma é uma maneira visual de organizar as informações, fornece uma representação gráfica da família e favorece a compreensão da dinâmica familiar (Duhamel & Dupuis, 2004; McGoldrick, Gerson, & Petry, 2012). É uma versão mais robusta e detalhada de uma árvore genealógica convencional porque esquematiza e descreve os relacionamentos, padrões hereditários e comportamentais dos membros de uma família e como esses padrões impactam na vida de cada pessoa da família. Como diagrama visual, simplifica a compreensão da composição e dos vínculos entre membros e “facilita interpretações das experiências familiares, interligando o passado, presente e futuro familiar” (Figueiredo, 2012, p. 16). Com a representação de pelo menos três gerações seguidas ou sequenciais, revela uma perspetiva transgeracional, “englobando as relações interpessoais e entre os subsistemas” (McGoldrick & Gerson, citado em Figueiredo, 2012). O Genograma utiliza um conjunto de símbolos mais ou menos normalizados onde são salientados os acontecimentos referentes à família e pode ser um instrumento de avaliação qualitativa representando dados de uma forma estética, assim como é um instrumento de pesquisa quantitativa com a utilização de *softwares* possibilitando o rastreamento de temas específicos (McGoldrick, Gerson, & Petry, 2012). Ao resgatar essas informações, que possibilitam observar e analisar barreiras e padrões entre as pessoas, explorar aspetos emocionais e comportamentais entre gerações, o Genograma pode ser utilizado para reflexões acerca de um problema presente no contexto amplo das relações que se apresentam, além de facilitar discussões sobre possíveis intervenções (Moimaz, Fadell, Yaridl, & Dinizl, 2011). Pode ser considerado mais do que um instrumento para colheita de dados, fazendo parte do processo terapêutico.

- Ecomapa

O Ecomapa representa o indivíduo, a família ou grupo no seu contexto ambiental, permitindo uma visão da unidade familiar, em relação à comunidade (Hanson & Kaakinem, 2005). A informação percebida da família, é melhorada com a representação esquemática dos sistemas maiores que afetam o indivíduo e o sistema familiar (McGoldrick, Gerson, & Petry, 2012). Através do Ecomapa exploram-se relações e ligações da família com o seu contexto externo, permitindo a compreensão sobre as experiências dos indivíduos e as suas redes sociais (instituições de referência, serviços comunitários, trabalho, relações de amizade significativas) (Figueiredo, 2012). Sendo que, uma família com poucas ligações com a comunidade e de suporte entre os seus membros, necessita de maior investimento dos profissionais de saúde, em busca da melhoria de seu bem-estar e qualidade de vida (Moimaz, Fadell, Yaridl, & Dinizl, 2011)

- Faces II

A Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II (Olson, Portner & Bell 1982) é um questionário de autoavaliação que mede o funcionamento familiar em duas dimensões, a coesão e a adaptabilidade, de acordo com o Modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson (1982). Permite classificar as famílias em quatro tipos: equilibradas, moderadamente equilibradas, meio-termo e extremas. Através da forma como os membros da família percebem as suas vivências no seio da própria família são operacionalizados os conceitos de coesão e adaptabilidade através dos itens de uma escala. A dimensão da coesão mede os laços emocionais entre cada membro e os restantes, avaliando deste modo, o grau de separação ou ligação de cada elemento à família, enquanto a dimensão da adaptabilidade avalia a capacidade que o sistema conjugal ou familiar tem de mudar, em termos de estrutura, regras ou papéis, em resposta a determinada situação ou a acontecimento stressante. A partir da análise da FACES verifica-se que altas pontuações nas escalas da coesão e da adaptabilidade são reveladoras de sistemas familiares equilibrados, enquanto baixas pontuações nas mesmas escalas, refletem um sistema familiar desequilibrado (Olson, 2000). Neste sentido, a utilização deste instrumento pretende demonstrar que as famílias equilibradas são mais funcionais, em comparação com as famílias com pontuações mais extremas. Desenvolvida em 1988 foi adaptada para a população portuguesa por Fernandes (1995). Esta escala é composta por trinta itens, entre os quais dezasseis itens pertencem à dimensão de Coesão e catorze à de Adaptabilidade. Segundo Figueiredo (2012), as famílias são categorizadas em 4 tipos gerais: extrema, intermediárias, moderadamente equilibradas e equilibradas. A etapa do ciclo vital influencia os resultados, assim como aspetos étnicos e culturais.

- Escala de Readaptação Familiar de Holmes e Rahe

A Escala de Readaptação Familiar de Holmes e Rahe é um questionário autoadministrado que correlaciona 43 eventos de *stress* ou crise ocorridos num passado recente, circunscrito a um ano, como possível aparecimento de doenças psicossomáticas na família. A partir da apreciação de determinadas situações de crise é possível avaliar “as dificuldades a que o indivíduo ou família estiveram sujeitos e determinar a probabilidade de aquele vir a desenvolver uma doença somática” (Caeiro, 1991, p. 37). Para obter o resultado desta avaliação, adiciona-se as pontuações atribuídas aos acontecimentos constantes da lista que tenham sido experienciados. Uma pontuação entre 150 a 200 pontos corresponde a 37% de probabilidade de ocorrência de doença; pontuação entre 200 a 300 pontos corresponde 50% de probabilidade de ocorrência de doença; pontuação superior a 300 pontos corresponde 80% de probabilidade de ocorrência de doença.

- Escala do Apgar Familiar de Smilkstein

É um teste que quantifica a percepção que o indivíduo tem da sua família ou das pessoas com quem habitualmente vive possibilitando a reflexão da satisfação de cada membro familiar (Moimaz, Fadell, Yardi, & Diniz, 2011). O princípio fundamental deste instrumento reside no facto de os membros da família perceberem o seu funcionamento e manifestarem o seu grau de satisfação por meio do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrónimo APGAR: A - Adaptação (como os recursos são partilhados ou qual o grau de satisfação dos componentes com a atenção recebida, quando os recursos familiares são necessários); P - Participação (como as decisões

são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar e na resolução de problemas); G - Crescimento (como a promoção do crescimento é partilhada ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar, para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional ou amadurecimento); A – Afeição (como as experiências emocionais são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e interação emocional no contexto familiar); R – Resolução (como o tempo é partilhado ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido estabelecido pelos seus próprios membros) (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010). O questionário do APGAR Familiar é constituído por cinco perguntas relativas às funções familiares (APGAR), com três possibilidades de respostas cada uma, sendo que a pontuação varia de zero a dois pontos. O somatório total varia entre zero a dez pontos e a caracterização das famílias resulta em: família altamente funcional (7-10), família com moderada disfunção (4-6) ou família com disfunção acentuada (0-3) (Caeiro, 1991). Deve ser aplicado a cada membro individualmente.

- Índice de Barthel

O Índice de Barthel, validado para a população portuguesa, é “um instrumento com um nível de fidelidade elevado (...) que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas de uma forma objetiva nos serviços de saúde, nomeadamente no contexto comunitário (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007, p. 1). A sua aplicação permite medir a capacidade funcional do indivíduo para a realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. O grau de dependência é determinado de forma global e parcelar em cada atividade (Sequeira, 2018). Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que zero (0) corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com cinco (5), 10 ou 15 pontos, consoante os vários níveis de diferenciação em cada item. A soma da pontuação atribuída aos 10 itens pode variar de zero (0) - totalmente dependente, a 100 - totalmente independente, com intervalos de cinco (5) pontos. A sua cotação global oscila de acordo com os seguintes pontos de corte: totalmente dependente: < 20 pontos; severamente dependente: 20 - 35 pontos; moderadamente dependente: 40 - 55 pontos; ligeiramente dependente: 60 - 85 pontos; independente: 90 - 100 pontos. A aplicação do Índice de Barthel no contexto de prática clínica torna mais significativo a avaliação dos itens do que o resultado global dando relevo a uma planificação dos cuidados de uma forma personalizada porque permite identificar onde estão as incapacidades (Araújo et al., 2007). Indivíduos com a mesma pontuação total podem necessitar de cuidados distintos de acordo com a(s) atividade(s) que demonstram maior incapacidade. Autores referem a classificação de 60 pontos como a posição de viragem entre a condição de dependência e independência (Sulter, Steen & Keyser citado em Araújo et al, 2007).

- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

O MDAIF é um referencial teórico-metodológico, construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos cuidados de saúde primários pela Prof^a Maria Henriqueta Figueiredo (2009). Está associado ao surgimento de novas necessidades de saúde e afirma-se num contexto dinâmico de novas realidades e necessidades de saúde familiar, assim como no desenvolvimento de novas práticas do enfermeiro de família (Figueiredo, et al., 2012). Como guia orientador que permite

a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, integrando: áreas de atenção, dados, diagnósticos e intervenções, orientadores da concepção de cuidados e das práticas de enfermagem direcionadas à família como unidade de cuidados (Figueiredo, 2012), foi adotado pela Ordem dos Enfermeiros (2011a) como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar.

O uso deste modelo sistematiza o processo interterapêutico, considerando as propriedades do sistema familiar de globalidade, equifinalidade e auto-organização, tendo por base o paradigma colaborativo centrado nas forças da família enquanto unidade (Silva, Figueiredo, & Melo, 2012). Desta forma, fornece aos enfermeiros bem como a outros profissionais de saúde, as ferramentas para a tomada de decisão no processo de cuidados com as famílias (Melo, et al., 2012). A matriz operativa do MDAIF reflete definições teóricas enraizadas na epistemologia do pensamento sistêmico, enquadrando-se nos princípios da terapia familiar.

A avaliação familiar realizada através do MDAIF é regida por uma estrutura organizativa que sistematiza três áreas de atenção familiar (Tabela 3) relevantes na prática de cuidados de ESF, constituindo dimensões avaliativas: **(a) dimensão estrutural**, que “(...) incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas (...) e ainda aspetos específicos do contexto ambiental que podem indicar riscos de saúde”. Esta dimensão tem como áreas de atenção o rendimento familiar, o edifício residencial, a precaução de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico e utiliza como instrumentos de avaliação familiar o Genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada; **(b) dimensão desenvolvimental** que “(...) possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual” implicando “o reconhecimento do ciclo vital como um percurso conjeturável para todas as famílias e simultaneamente a identificação dos seus processos de evolução associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família”. Assim, permite “(...) a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família, através do desenvolvimento de tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições”. São adotadas as etapas do ciclo vital definidas por Relvas: formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes; família com filhos adultos (Relvas, 2006). As áreas de atenção desta dimensão são a satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental; **(c) dimensão funcional** que engloba os padrões de interação familiar que irão permitir o desempenho de funções e tarefas. Integra “(...) duas dimensões elementares do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva” onde a primeira se reporta “(...) às atividades quotidianas da família (...) [e] a segunda enfatiza as interações entre os membros da família, perspetivando a identificação de necessidades (...)”. Nesta dimensão incluem-se como áreas de atenção o papel de Prestador de Cuidados (PC) e o processo familiar e tem como instrumentos de avaliação a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a escala de FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein (Figueiredo, 2012, pp. 73, 78, 91).

Tabela 3 - Áreas de atenção da Avaliação Familiar por dimensões de avaliação no MDAIF; Fonte: (Figueiredo, 2012)

AVALIAÇÃO FAMILIAR		
ESTRUTURAL	DESENVOLVIMENTO	FUNCIONAL
Rendimento Familiar Edifício Residencial Precaução de Segurança Abastecimento de Água Animal Doméstico	Satisfação Conjugal Planeamento Familiar Adaptação à Gravidez Papel Parental	Papel de Prestador de Cuidados Processo Familiar

Como estrutura operativa flexível e dinâmica fundamentada em pressupostos sistémicos potencializadores da utilização integral do enfermeiro de família, possibilita estratégias assistenciais promotoras da capacitação do sistema familiar sensíveis aos cuidados de enfermagem, com ganhos em saúde para a famílias por eles cuidadas (Henriques & Santos, 2019).

O uso deste referencial no estudo realizado durante o Estágio, constitui-se como estratégia facilitadora da sua aprendizagem e sustentadora do treino de uma prática clínica de tomada de decisão assente no uso de instrumentos de avaliação e intervenção familiar.

3.7 Considerações éticas

A recolha e tratamento de dados desenvolveu-se de acordo com considerações morais e éticas, como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ainda a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999). Foram tidos em consideração os princípios da declaração de Helsínquia e da convenção de Oviedo relativos à investigação com seres humanos. Foi solicitado parecer à comissão de Ética da ULSM (ANEXO 3) para a realização deste estudo. O contacto com as famílias foi previamente agendado e decorreu de modo presencial no contexto de uma visita domiciliária acompanhado pelo enfermeiro de família (supervisor). Aos participantes do estudo foi explicado por escrito e verbalmente, os objetivos do estudo, sendo pedida concordância pela formalização do consentimento livre, voluntário e esclarecido (ANEXO I). O uso dos dados da pesquisa e resultados são anónimos.

3.8 Plano de intervenção

Perante o objetivo do estudo, de analisar o contributo do enfermeiro de família nos processos de avaliação e intervenção familiar junto de famílias com uma pessoa dependente, o uso do MDAIF

possibilitou a sistematização e orientação de todo o processo para o desenvolvimento dos planos de intervenção (PI).

O contexto da visita domiciliária (VD) permitiu uma observação fiel e possibilitou implementar as intervenções em condições específicas, ajustadas a cada família no seu ambiente particular favorecendo a confiança, relações de respeito e empatia, facilitando a adesão e a promoção dos planos de intervenção.

O raciocínio clínico de Enfermagem de Saúde Familiar subjacente ao MDAIF, em linha com desenvolvimento das etapas do processo de enfermagem, permitiu documentar a informação familiar, formular diagnósticos e estabelecer planos de cuidados. Estes foram elaborados e aplicados em vários momentos de VD, recorrendo-se a um conjunto de estratégias que melhor se adequassem a alterar a realidade inicialmente identificada (educação para a saúde, instrução, treino e supervisão de competências, negociação, promoção de atitudes e comportamentos, orientação para serviços de apoio formais, disponibilização de informação). A duração das VD foi ajustada aos conteúdos e necessidades de intervenção identificadas. No total foram realizadas 14 VD que decorreram entre os dias 20 de janeiro e 14 de abril de 2021.

Para dar início às VD, foi realizado um contacto telefónico com as famílias, fornecendo indicações acerca da visita domiciliária que seria realizada pelo EF e o investigador, preparando a disponibilidade dos elementos da família para serem entrevistados.

Na primeira VD realizou-se a apresentação do investigador, foram dadas explicações acerca dos objetivos do estudo e esclarecidas dúvidas. Aceite a participação no estudo, foram disponibilizados os consentimentos informados e assinados pelos elementos presentes. Foi iniciada a colheita de dados com base no guião da matriz do MDAIF, construído Genograma e Ecomapa de forma participativa com os elementos da família e aplicados alguns instrumentos de avaliação familiar. Atendendo ao tempo despendido, foi acordado o próximo agendamento, respeitando o momento mais adequado para as famílias, existindo acordo para realização de contacto telefónico uma semana antes para relembrar a marcação e saber necessidades de ajustes de horário.

Na segunda VD, foi finalizada a colheita de dados com base no guião da matriz do MDAIF e aplicados restantes instrumentos de avaliação familiar. Neste período foi realizada observação dos contextos familiares e de prestação de cuidados aos elementos da família. Identificadas necessidades de cada agregado familiar (Anexo 4 – família A; Anexo 5 – família B), foi realizada validação dos diagnósticos elaborados e definidas as prioridades de intervenção e os objetivos que se propunham atingir.

Tendo-se elaborado os PI (Anexo 6 - família A; Anexo 7 – família B), estes serviram de orientação para programar a realização dos conteúdos. Realizaram-se as intervenções de acordo com cada situação. O tempo de visita diferiu em cada momento e foi ajustado a cada realidade. Os diagnósticos de enfermagem tiveram avaliação contínua, fundamentada nos critérios identificados anteriormente para a sua formulação e nos objetivos estabelecidos com as famílias. A avaliação nas mudanças operadas no que se refere ao conhecimento do papel, foi realizado de acordo com as categorias relevantes atribuídas ao papel de cuidador e especificidade dos cuidados realizados à pessoa dependente. A informação fornecida aos PC teve por base o conteúdo do manual do cuidador utilizado na ULSMEPE como documento informativo (ULSM - doc nº2247.0, 2019), assim como foram utilizadas estratégias formativas através de recursos multimédia com vídeos explicativos. A avaliação da saturação do papel, teve por base as mudanças percebidas em termos de manifestações de

problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e económicos associados ao desempenho do papel (categorias avaliadas no MDAIF).

A avaliação pós-intervenção, correspondeu à última VD realizada a cada família e teve lugar 1 mês após a conclusão da intervenção. Nesta sessão final procurou-se (re)avaliar a eficácia do processo interventivo e o efeito das mudanças nos vários membros das famílias, repassando os vários subsistemas. A evolução observada no período de realização do estudo, reporta à mudança nos juízos de diagnóstico.

Como avaliação participativa demonstramos abertura e receção ao feedback, distanciando a figura de “especialista” e facilitando a capacitação das famílias em se tornarem líderes na avaliação e mudança do processo que elas próprias vivenciam.

3.9 Análise de dados

O tratamento dos resultados compreende a análise dos dados obtidos pelas entrevistas realizadas, conjugados com os dados obtidos pelo uso da matriz operativa do MDAIF, instrumentos de avaliação familiar, Genograma e Ecomapa. Para a compreensão das necessidades de cuidados da família foi feito uso da classificação de fenómenos de enfermagem, ações e resultados segundo a terminologia da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Para a análise dos dados referentes às questões sobre os focos de atenção utilizados na avaliação familiar e as intervenções mais frequentes na prática dos cuidados à família, foram utilizados os critérios definidos pelo MDAIF (Figueiredo, 2012). A análise consistirá na comparação de comportamentos, atitudes e práticas da família, avaliada em momentos distintos e para melhor compreensão da formulação dos diagnósticos, a análise é enriquecida com extratos de discursos apresentados pelos cuidadores.

A organização e apresentação destes resultados é efetuada sob a forma de tabelas e quadros, onde se encontra descrita a distribuição de frequências e percentagens.

4. Apresentação dos dados

É difícil pensar a família como um todo pela complexidade envolvida. A avaliação é um aspeto extremamente importante pois permite o reporte relativo a diferentes áreas da vida e bem-estar da família, porém também dependente de várias pessoas implicadas em processos inerentes à dinâmica familiar (processos de cuidados à pessoa dependente, processos de relação conjugal/fraternal), pelo que deve ser preparada cuidadosamente.

Num primeiro momento o contato com as famílias, familiares dependentes e prestadores de cuidados foi um processo demorado, pelo necessário contacto com todos os elementos de forma a enriquecer a abordagem, criar proximidade e confiança perante a relação investigador e objeto de investigação. Este processo de avaliação, auxiliado por medidas e instrumentos de recolha de informação, permitiram identificar o contexto sistémico dos agregados e dessa avaliação identificaram-se para cada família (família A e B) necessidades de intervenção.

De salientar que a avaliação feita neste estudo foi desenhada e alinhada com o propósito inicial a que se destina, não sendo replicada nas reavaliações seguintes.

4.1 Caraterização e avaliação dos contextos familiares

Para caracterização geral das famílias, apresenta-se a informação do Genograma e Ecomapa realizados para a família A e família B, proporcionando uma visão geral da estrutura, dinâmica e qualidade das relações estabelecidas das famílias com o ecossistema (Figuras 4, 5, 6 e 7). De cada caracterização, analisados e interpretados os resultados, foram identificadas os recursos e as dificuldades de cada família.

Família A

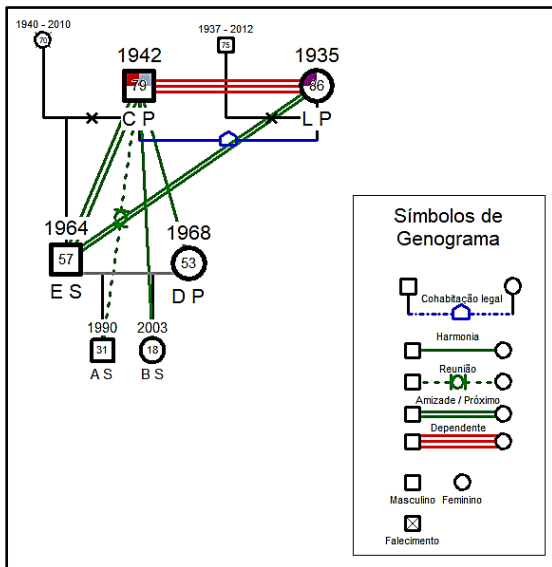


Figura 4- Genograma da família A

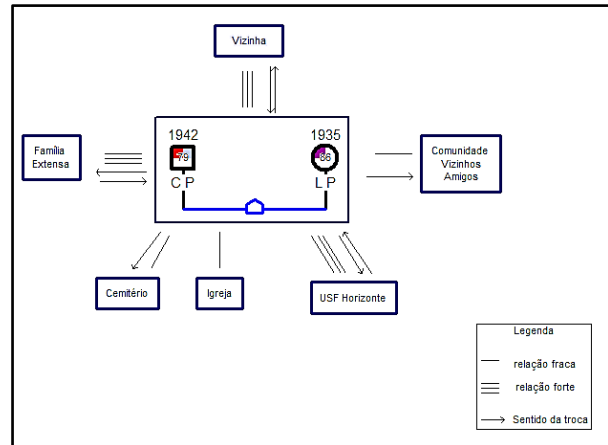


Figura 5 - Ecomapa da família A

A família A é composta pelo sr. CP de 79 anos, reformado, e pela sua companheira LP de 86 anos, reformada. Ambos são viúvos e iniciaram relação de casal em 2015, partilhando a mesma habitação e recursos. O sr. CP apresenta-se independente nas AVD, sendo acompanhado pelos serviços de saúde em consultas regulares por doença cardiovascular (hipertensão e angina de peito), sintomas depressivos com alterações no sono e Parkinson, pelo que habitualmente faz a seguinte medicação: Sinemet 25/100 (1+1+1), Clozapina 25mg (0+0+1/2 comprimidos) e Sertralina 50mg (0+0+1). Como alterações de saúde limitadoras da atividade física, apresenta patologia osteoarticular com repercussão na mobilidade da coluna vertebral e membros inferiores, tendo dificuldade na manipulação de cargas físicas. O sr. CP apresenta-se sociável, com contacto regular com os vizinhos, serviços urbanos e instituições. Refere hábitos recreativos e de atividade física no ambiente exterior, condicionados tanto pela pandemia, como pela situação de ser prestador de cuidados (PC) direto da sr.ª LP.

A sr.ª LP apresenta alterações da consciência resultado da demência que se tem vindo a acentuar nos últimos quatro anos e alterações da mobilidade, com déficits físicos com repercussão nas AVD. Em novembro de 2020, sofreu queda no domicílio tendo fraturado os ossos da bacia pélvica, pelo que esteve em repouso no leito durante os meses seguintes, acentuando a perda de capacidade física e mobilidade. Com alterações metabólicas, é seguida pelos serviços de saúde da USF Horizonte devido a diabetes e hipertensão, sendo medicada com metformina (1+1+1) e Sertralina 50mg (0+0+1). A sr.ª LP da relação anterior com FP (faleceu aos 75 anos devido a doença cardíaca fulminante) não teve filhos.

O sr. CP e a sr.ª LP são filhos únicos. O sr. CP, fruto da relação anterior com EP (faleceu aos 70 anos de idade de doença prolongada devido a neoplasia mamária) teve uma filha: DP, de 53 anos, com

quem tem um vínculo forte. DP é assistente operacional e decorrente da vida profissional, visita o pai de forma intercalada na semana ou sempre que este necessite.

DP é casada com ES, de 57 anos, mecânico, com quem tem dois filhos, a AS de 31 anos assistente de loja, e o BS, 18 anos, estudante. O genro (ES) e os netos (AS e BS) visitam a família de forma semanal, estabelecendo contacto telefónico regular e a neta (AS), colabora de forma importante nas tarefas relacionadas com a gestão da medicação (receitas e farmácia).

O tipo de habitação em que o casal vive é habitação social com cozinha, sala, quarto (1) e casa de banho (1). Apresenta barreiras arquitetónicas (2 escalões). O aquecimento é feito por aquecedor elétrico. Apresenta abastecimento de gás (botija). Não sendo uma habitação espaçosa, apresenta-se bem conservada, com boa ventilação e com boas condições de higiene. O quarto e a casa de banho da sr.ª LP não se encontram adaptados às suas necessidades.

A família extensa é composta pela filha com quem existe mais afetividade, genro e netos que promovem ajuda nas compras para casa.

O tipo de contacto é pessoal e telefónico com frequência semanal (filha) e quinzenal (genro e netos). A função das relações é de companhia social (filha, genro e netos), apoio emocional (filha), guia cognitivo e conselhos (filha), ajuda material e de serviço (filha, genro e netos).

O sr. CP e a companheira LP apresentam sistemas amplos de apoio, mantendo uma relação muito próxima com a família extensa na figura da filha do sr CP, com uma vizinha que dá apoio frequente diário no cuidado à sr.ª LP. Apresenta-se também uma relação forte com a USF Horizonte, com o enf.º e médico de família, com que têm contacto mínimo mensal e sempre que solicitam e com os vizinhos. Apesar de serem católicos, a relação espiritual com a Igreja é pouco frequente.

Dificuldades identificadas:

- Sensação de prisão e isolamento do Sr. CP;
- Condição de saúde do prestador de cuidados, fragilizada em resultado da patologia osteoarticular que considera acentuar-se com o esforço físico de cuidar;
- Dificuldades marcadas em assegurar os cuidados à familiar dependente;
- Insegurança por não ter certeza de prestar os melhores cuidados;
- Situação socioeconómica frágil;
- Desconhecimento dos direitos e recursos sociais;

Forças identificadas:

- Forte relação afetiva;
- Apoio incondicional da filha;
- Histórico de vida marcado por situações de superação de dificuldades.

Família B

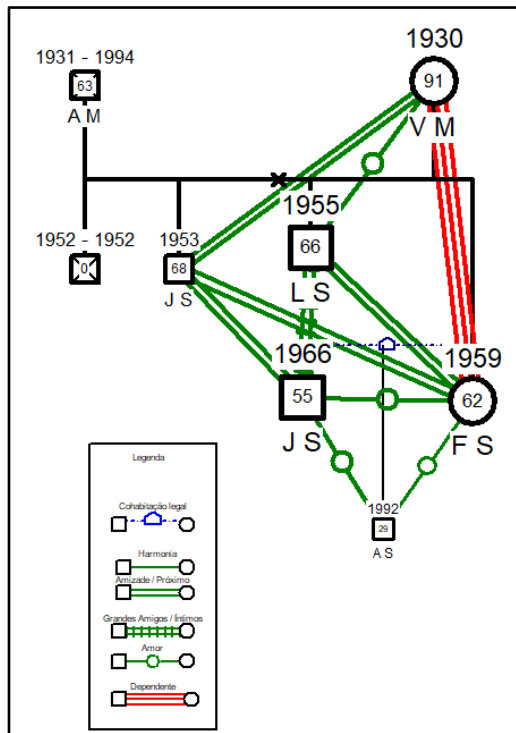


Figura 6 - Genograma da família B

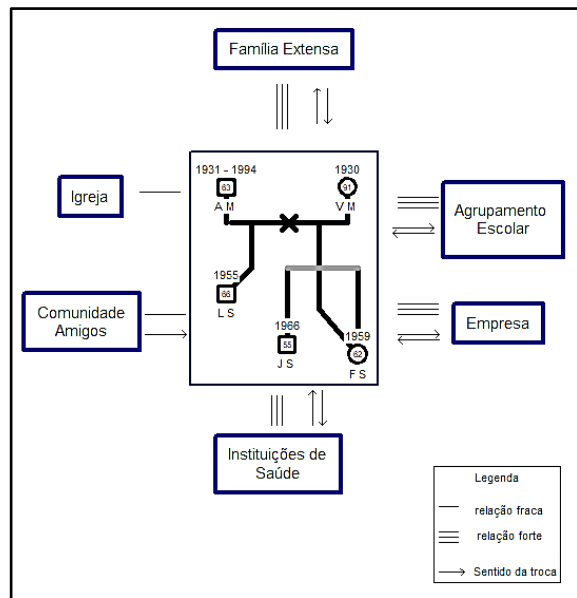


Figura 7 - Ecomapa da família B

A família B é composta pelo sr. JS de 55 anos, diretor de departamento numa empresa e pela sua esposa, a sr.ª FS de 62 anos, professora coordenadora do 3º ciclo de uma escola do concelho de Matosinhos. São pais de AS, de 29 anos que já saiu de casa para morar em habitação própria. O casal JS e FS vivem com a sr.ª VM de 91 anos, viúva há 27 anos, mãe de FS, reformada de costureira e com o sr. LS de 66 anos, irmão de FS. A Sr.ª VM é ainda mãe de JS de 68 anos e teve um filho que faleceu à nascença.

O casal JS e FS, vive em casa da Sr.ª VM desde Abril de 2020 devido à situação da pandemia e para prestar apoio direto à Sr.ª VM devido a debilidade física. A co-habitação facilita a supervisão, a prestação dos cuidados e a organização das tarefas domésticas, refere o casal.

A sr.ª FS apresenta antecedentes de carcinoma mamário tendo sido intervencionada e realizada mastectomia parcial em 2005 e foi submetida a quimioterapia por 6 meses.

O sr. JS é saudável, sendo bastante ativo na atividade pessoal e profissional.

A sr.ª VM é acompanhada pelos serviços de saúde em consultas regulares por doença cardiovascular e bradicardias, tendo colocado pace-maker em 2018. Em dezembro de 2020, resultado de uma queda accidental no jardim, teve um traumatismo na coxa e necessitou de cuidados da equipa de enfermagem da USF Horizonte. Atualmente apresenta limitação para deambulação, cansaço para esforços médios, sem alterações da consciência, sendo ciente dos seus défices na mobilidade e limitações. Faz uso de meios auxiliares de marcha e necessita de apoio em algumas atividades.

Apresenta-se medicada com furosemida 20mg (1+0+0), Kcl 300mg (0+1+1/2) e bisoprolol 10mg (1+0+0).

O sr. LS apresenta alterações morfológicas das mãos e dos pés, condição diagnosticada à nascença e para a qual desde os 16anos lhe foi dada uma pensão por invalidez >90%. Não tem escolaridade. É um indivíduo saudável, não se apresentando dependente nos cuidados pessoais. Colabora nas atividades domésticas e apresenta vida social.

A família extensa é composta pelo filho do casal (AS), o sr. JS de 68 anos (irmão da Sr^a FS), a sua esposa e filha, havendo contacto telefónico com frequência semanal com todos os elementos do agregado familiar e contacto pessoal quinzenal entre todos. O filho do casal, AS, tem um contacto pessoal semanal e telefónico diário com o agregado.

A função das relações é de companhia social (entre irmãos, cunhada, nora, netos e sobrinhos), realizando convívios e passeios com alguma frequência, de apoio emocional (irmão e filho) e de ajuda sempre que necessário.

O casal JS e FS, sendo pessoas ativas profissionalmente, apresentam um vínculo forte com as instituições onde trabalham (empresa e escola). Pela condição de saúde e hábitos de vigilância de saúde, existem vínculos fortes com a USF Horizonte e Hospital. Devido à pandemia, existem vínculos fracos com espaços de lazer e de relação com a comunidade, amigos e vizinhos, A relação com instituições religiosas, como rotina semanal é pouco frequente existindo vínculo fraco.

O tipo de habitação é apartamento, espaçoso e confortável com cozinha, sala, quarto (3) e casa de banho (2). Apresenta barreiras arquitetónicas (2 escaloões) no acesso à habitação. O aquecimento é feito por aquecedor elétrico. Apresenta abastecimento de gás (botija). Tem boa ventilação e luz natural.

Dificuldades identificadas:

- Sensação de sobrecarga pela responsabilidade de vigilância e cuidados associados ao agravamento da dependência da Sr.^a VM;
- Insegurança por não ter certeza de prestar os melhores cuidados;
- Desconhecimento dos direitos e recursos sociais;

Forças identificadas:

- Forte relação afetiva entre os membros da família;
- Apoio entre o casal;
- Relação harmoniosa de companheirismo entre irmãos;
- Satisfação em relação à capacidade económica da família;

A avaliação realizada a ambos os agregados familiares, seguiu as dimensões preconizadas pelo MDAIF (Anexo 4 e Anexo 5) e a informação apresenta-se resumida na Tabela 4.

Tabela 4- Caracterização das famílias, da pessoa dependente e do PC

	Família A	Família B
Dimensão estrutural		
Tipo de família Agregado familiar Classe Social (escala de Graffar adaptada)	Reconstituída 2 pessoas Classe IV/Média baixa	Alargada 4 pessoas Classe II/ Média alta
Família extensa – tipo de contacto Família extensa – frequência de contacto	Pessoal e telefónico Pessoal e telefónico – semanal.	Pessoal e telefónico Pessoal - semanal Telefónico - diário.
Família extensa - funções da rede	companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e conselhos (filha); ajuda material e de serviço.	companhia social; apoio emocional, de ajuda material e de serviço.
Sistemas amplos	Serviços de saúde, família extensa, vizinha.	Serviços de saúde, família extensa, instituições laborais.
Dimensão desenvolvimento		
Etapa do ciclo vital (Relvas)	Família com filhos adultos	Família com filhos adultos
Dimensão Funcional		
Probabilidade de surgimento de doenças (escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe)	139 (baixa)	162 (baixa)
Coesão da família (FACES II)	desmembrada	desmembrada
Adaptabilidade da família (FACES II)	estruturada	estruturada
Tipo de família (FACES II)	Extrema	Meio termo
Funcionalidade familiar (Apgar familiar de Smilkstein)	Sr. CP – 9 (altamente funcional); Sr.ª. LP - não aplicável	Sr. JS – 10 (altamente funcional); Sr.ª FS – 10 (altamente funcional); Sr.ª VM – 9 (altamente funcional); Sr. LS recusou participar.
Pessoa dependente	Família A	Família B
Idade Nível de dependência (índice de Barthel) Motivo de dependência	86 anos grave dependência – (35) Demência e défice físico	91 anos grave dependência - (60) Debilidade física, traumatismo
Prestador de cuidados	Família A	Família B
Idade Sexo Parentesco Anos de cuidado Habilitações literárias Situação ocupacional Funcionalidade familiar (Apgar familiar de Smilkstein)	79 anos Masculino companheiro 4 Ensino básico Reformado Sr. CP – 9 (altamente funcional);	62 anos Feminino filha 1 Ensino superior Ativa Sr.ª FS – 10 (altamente funcional);

A amostra é constituída por duas famílias, em que o agregado varia entre dois e quatro elementos. A família A é de tipologia reconstituída e a família B alargada. Relativamente à classe social, esta difere em ambos os agregados correspondendo a família A à classe IV/média baixa e família B à classe II/média alta de Graffar. Relativamente ao tipo de contacto da família extensa, o mais usual é o contacto presencial e telefónico, sendo que na família A, existe contacto pessoal com frequência semanal (filha) e quinzenal (genro e netos) e na família B, o filho do casal tem um contacto pessoal semanal com o agregado familiar e a restante família tem contacto pessoal com frequência quinzenal e telefónico com frequência semanal. A função das relações em ambas as famílias é de companhia social (filha, genro e netos- família A; filho, irmãos, cunhada – família B), apoio emocional, guia cognitivo e conselhos (filha e irmãos), ajuda material e de serviço (filha, genro e netos - família A; irmão, cunhada – família B).

Os sistemas amplos reportados por ambas as famílias foram os serviços de saúde (pela condição de saúde e hábitos de vigilância de saúde dos elementos da família), amigos e vizinhos. Na família B, o casal JS e FS, sendo pessoas ativas profissionalmente, apresentam um vínculo forte com as instituições onde trabalham (empresa e escola). Devido à pandemia, existem vínculos fracos com espaços de lazer e de relação com a comunidade, e apesar dos elementos de ambas as famílias serem católicos, a relação com instituições religiosas tem um vínculo fraco.

Em ambas as famílias existe subsistema conjugal, não estando em idade fértil e ambas se encontram no estágio V do ciclo de vida familiar de Relvas (2006): família com filhos adultos. Nesta dimensão de desenvolvimento familiar, perante a idade dos membros que constituem as famílias em estudo e a história familiar, anotamos que a família A se enquadra no estágio de família tardio da vida, levando o nosso foco de atenção para dificuldades específicas como o ajustamento à perda de parentes, do cônjuge e à reorganização de uma vida por parte do elemento masculino quando a companheira apresenta degradação da sua capacidade física e psicológica que afetam a condição de casal, além de neste período de vida, existir menos possibilidade de haver relacionamentos para proporcionar ajuda ou substituir perdas. Na família B, o casal apresenta-se maduro, com filhos adultos a viver fora do lar, porém, a dinâmica familiar vê-se confrontada com uma realidade de relacionamentos intergeracionais que colocam o casal numa situação de transição com necessidades particulares, como sejam o encontrar outras actividades de vida significativas depois de lançar o filho para a sua vida independente, abrindo espaço para a próxima geração e a preparação para a entrada de novos membros na família. A idade do casal e tendo eles vida laboral ativa, remete-nos para a preparação da aposentação. Acresce ainda, conforme foi presenciado neste momento de estudo, a necessidade de lidar com o relacionamento dos próprios pais, que se tornam dependentes, dando consideráveis responsabilidades ao casal como cuidadores e apresenta-se como um momento de oportunidades para novas possibilidades e novos papéis dentro da realidade e dinâmica familiar.

Nas duas famílias a probabilidade de desenvolver doença segundo o modelo de readaptação social de Holmes e Rahe é **baixa** (Apêndice M; Apêndice R).

Em termos de coesão familiar ambas as famílias se apresentam **desmembradas** e em relação à adaptabilidade, foram consideradas como **estruturadas**.

A funcionalidade familiar avaliada segundo Apgar familiar de Smilkstein, é de que todos os elementos de ambas as famílias percebem as suas famílias de forma **altamente funcional** (Apêndice O; Apêndice T).

A existência de membros dependentes na família ocorre em pessoas de idade avançada (85 e 91 anos). Os familiares dependentes (família A e B), apresentavam défices físicos relacionados com traumatismos por queda e também por demência (família A). Os níveis de dependência avaliados na pessoa dependente da família A indicam **grave dependência** (índice de Barthel – 30). Identificaram-se necessidades de cuidado no autocuidado higiene, autocuidado ir ao sanitário, autocuidado comportamento sono – repouso, autocuidado atividade de lazer, autocuidado gestão do regime terapêutico, autocuidado autovigilância e autocuidado autoadministração de medicamentos (Anexo 4). Na família B a pessoa dependente apresentava **grave dependência** (índice de Barthel – 60). Com recurso do MDAIF (Anexo 5), identificaram-se necessidades de cuidado reveladas no autocuidado higiene, autocuidado ir ao sanitário, autocuidado atividade de lazer, autocuidado gestão do regime terapêutico. As duas famílias apresentaram como prestador de cuidados um membro da família. O prestador de cuidados na família A, é o companheiro, também ele idoso (79 anos). Na família B o prestador de cuidados é a filha adulta (62 anos). Releva-se o facto do nível de habilitações literárias do PC da família B ser díspar do nível de habilitações literárias do PC da família A (Tabela 4).

4.2 Necessidades de Intervenção

Como processo co-participativo entre o avaliador e a família, as necessidades de intervenção foram validadas colaborativamente, definindo estratégias e decisões interventivas nas áreas em que as famílias se mostraram disponíveis para ganhar perspectiva sobre a sua situação e para estabelecer de forma ativa, mudanças de comportamentos.

Pela avaliação inicial realizada, foram identificados nas diferentes áreas de atenção das dimensões do MDAIF, os diagnósticos apresentados de seguida.

Na **família A** foram listados os seguintes diagnósticos:

- ✓ **Dimensão Estrutural**
 - **Precaução de Segurança Não demonstrada**
- ✓ **Dimensão de Desenvolvimento**
 - **Satisfação Conjugal Não Mantida**
 - **Relação Dinâmica disfuncional**
 - **Comunicação do casal não eficaz**
- ✓ **Dimensão Funcional**
 - **Papel Prestador de Cuidados Não Adequado**
 - **Conhecimento do Papel Não Demonstrado**
 - **Comportamento de Adesão Não Demonstrado**
 - **Saturação do papel Sim**
 - **Processo Familiar Disfuncional**
 - **Comunicação Não eficaz**
 - **Interação de Papéis Familiares Não eficaz e Não conflitual**
 - **Relação dinâmica disfuncional**

Na **família B** foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- ✓ **Dimensão Estrutural**
- ✓ **Dimensão de Desenvolvimento**
- ✓ **Dimensão Funcional**
 - **Papel Prestador de Cuidados Não Adequado**
 - **Conhecimento do Papel Não Demonstrado**
 - **Comportamento de Adesão Não Demonstrado**
 - **Processo Familiar Disfuncional**
 - **Relação dinâmica disfuncional**

Na família A verifica-se um conjunto diverso de diagnósticos que abrangem todas as dimensões do MDAIF, com predominância na dimensão funcional. Na família B, apenas a dimensão funcional tem predominância.

Neste sentido, na **dimensão Estrutural**, apenas na família A observaram-se alterações relativas a Precauções de segurança não demonstradas, consubstanciadas na Não demonstração de conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas, o que perante um casal com limitações físicas inerentes à idade avançada e o espaço habitacional apresentando barreiras arquitetónicas, considerou-se importante otimizar a adequação e uso de sistemas de segurança.

Embora a família se situasse em termos de classe social, na classe média baixa, não foram implementadas intervenções dirigidas a este foco, pelo facto de o Sr.ª CP manifestar conhecimento e capacidade de gestão do rendimento familiar de acordo com as despesas correntes. Pelo enquadramento global da situação familiar e de dependência do elemento do casal, de forma a otimizar a gestão de prioridades e recursos, foram esclarecidos os direitos e proteção social e comunitária, pois foi perceptível a existência de desconhecimento acerca dessa informação.

Na **dimensão Desenvolvimento**, apenas se observaram na família A alterações, apresentando uma Satisfação Conjugal não mantida, nas dimensões da Relação Dinâmica (disfuncional) e da comunicação (não eficaz).

Na **dimensão Funcional** ambas as famílias, apresentaram necessidades de intervenção, tanto no papel de prestador de cuidados (dimensão instrumental do funcionamento familiar) como no processo familiar (centro nos padrões de interação familiar). Ao nível do papel de prestador de cuidados, observou-se o conhecimento do papel não demonstrado, comportamentos de adesão não demonstrados e saturação do papel (exclusivo na família A).

As dificuldades específicas relacionadas ao conhecimento do papel do prestador de cuidados, na família A, prenderam-se com necessidades importantes relativas à maioria dos autocuidados, resultado da situação de maior dependência do familiar. Relativo ao comportamento de adesão, o prestador de cuidados da família A não demonstrava habilidade para a maioria das tarefas inerentes à prestação de cuidados, porém, houve demonstração de interesse em se colocar ao dispor de aprendizagens que permitissem melhorias na compreensão e realização de tarefas de cuidado e supervisão do familiar dependente.

As dificuldades específicas relacionadas ao conhecimento do papel do PC da família B relacionaram-se com a promoção da independência da pessoa dependente no autocuidado higiene e autocuidado vestuário. Relacionado ao comportamento de adesão, foram identificadas necessidades de intervenção no estímulo da independência do membro da família dependente e na promoção de atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente.

Foi verificado existir saturação do papel no PC da família A, quando este refere problemas físicos (“cuidar dela exige muito de mim e deixa-me cansado”), emocionais (“dedico demasiado tempo a cuidá-la e sinto que o tempo é insuficiente para mim”) e psicológicos (“sensação de estar preso e isolado”). Nos contactos iniciais com o PC foi dada ênfase à salvaguarda de recursos que possibilitassem a diminuição da fadiga mental e física e houve disponibilidade de trabalhar com empenho envolvendo a família extensa.

O Processo Familiar Disfuncional foi identificado em ambas as famílias, contudo, houve necessidade de definir mais objetivos a trabalhar na família A por apresentar, no que corresponde ao processo familiar, a Comunicação não eficaz e a Relação dinâmica disfuncional. Apesar de se apresentar complexa, as necessidades de saúde familiar foram identificadas e corroboradas com a família, promovendo-se o envolvimento na procura de melhorias significativas na sua saúde.

A prioridade de atuação sobre as dimensões identificadas com necessidade de cuidados, atendeu aos projetos de vida/saúde e de fortalecimento familiar que desde o início as famílias estabeleceram. A priorização das intervenções a realizar apresentam-se na Tabela 5 e Tabela 6.

Tabela 5 - Diagnósticos formulados e prioridade de intervenção na família A

Família A	
foco	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dimensão Estrutural <ul style="list-style-type: none"> ▪ Precaução de Segurança Não demonstrada ✓ Dimensão de Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfação Conjugal Não Mantida <ul style="list-style-type: none"> • Relação Dinâmica disfuncional • Comunicação do casal não eficaz ✓ Dimensão Funcional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Papel Prestador de Cuidados Não Adequado <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do Papel Não Demonstrado • Comportamento de Adesão Não Demonstrado • Saturação do papel Sim ▪ Processo Familiar Disfuncional <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação Não eficaz • Interação de Papéis Familiares Não eficaz • Relação dinâmica disfuncional
Prioridade	1º - Papel prestador de cuidados - Saturação do papel; 2º - Precaução de Segurança Não demonstrada 3º - Satisfação Conjugal - Relação Dinâmica Disfuncional 4º - Satisfação Conjugal - Comunicação Não eficaz 5º - Papel prestador de cuidados - Conhecimento do Papel Não Demonstrado 6º - Papel prestador de cuidados - Comportamento de Adesão Não Demonstrado 7º - Processo Familiar - Comunicação Familiar Não eficaz 8º - Processo Familiar - Interação de Papéis Familiares Não eficaz 9º - Processo Familiar - Relação dinâmica disfuncional

Tabela 6 - Diagnósticos formulados e prioridade de intervenção na família B

Família B	
foco	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dimensão Funcional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Papel Prestador de Cuidados Não Adequado <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do Papel Não Demonstrado • Comportamento de Adesão Não Demonstrado ▪ Processo Familiar Disfuncional <ul style="list-style-type: none"> • Relação dinâmica disfuncional
Prioridade	1º Papel prestador de cuidados - Conhecimento do papel não demonstrado; 2º Papel prestador de cuidados - Comportamento de Adesão Não Demonstrado; 3º Processo familiar - Relação dinâmica disfuncional;

A avaliação das famílias em contexto domiciliário e a análise dos dados, fazendo uso do MDAIF, possibilitou a conceção e a implementação de planos de intervenção (PI) individualizados em contexto de VD, contemplando diagnósticos elaborados com intervenções e estratégias adequadas à realidade sistémica de cada família. Cada um dos planos é detalhado no final deste relatório (Anexo 6 e Anexo 7).

O PI implementado na família A, pelo volume de necessidades identificadas e pela complexidade das intervenções elaboradas, exigiu um maior número de VD e um tempo de duração superior (Tabela 6). A abordagem do PC sobre a Saturação do Papel, Conhecimento do Papel e Comportamento de Adesão, exigiu presença e tempo para demonstração. O trabalho acerca do Processo Familiar Disfuncional exigiu também para cada uma das famílias duas visitas domiciliárias, tendo em conta intervenções e abordagens sobre aspetos emocionais e relacionais que implicam tempo para serem identificados e compreendidos, favorecendo a implicação no sentido de se estabelecerem mudanças comportamentais.

De forma global, o tempo despendido para a realização da avaliação inicial foi extenso, justificando-se a necessidade de explorar aspetos familiares, contexto de prestação de cuidados, ambiente familiar, preenchimento de instrumento de recolha de dados e definição do PI a realizar nas VD seguintes.

Tabela 7- Característica das visitas domiciliárias realizadas

Características das VD	Família A	Família B	Total
Nº de VD	8	6	14
Tempo de duração Total das VD (minutos)	475	335	810 (13h30m)
Tempo de duração médio das VD (minutos)	59	55	58
Elementos do agregado familiar presente	FC + PC + Filha	FC + PC + casal	

4.3 Avaliação pós Intervenção

O contributo do enfermeiro de família junto de famílias com uma pessoa dependente é avaliado pelo impacto das intervenções de enfermagem, correspondentes a ações promotoras da capacitação da família. Para avaliar o impacto dessas ações descritas nos PI, foram seguidas as indicações de Figueiredo (2012) para uma avaliação dos resultados, como um processo contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e critérios tidos em conta na formulação dos diagnósticos. Desta forma, os resultados obtidos com as famílias traduzem-se em mudanças observadas nos juízos diagnósticos e consideramos também a taxa de atingimento dos objetivos estabelecidos com a família.

A avaliação contínua no primeiro ciclo de investigação-ação, permitiu verificar mudanças positivas em relação aos diagnósticos inicialmente considerados em ambas as famílias (Tabela 8).

Tabela 8 - Mudanças verificadas nos juízos diagnósticos (Família A e B)

FAMÍLIA A	
foco	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dimensão Estrutural <ul style="list-style-type: none"> ▪ Precaução de Segurança Demonstrada ✓ Dimensão de Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Relação Dinâmica funcional ✓ Dimensão Funcional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Papel Prestador de Cuidados Adequado <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do Papel Demonstrado • Comportamento de Adesão Demonstrado • Saturação do papel Não ▪ Processo Familiar Disfuncional <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação Eficaz • Interação de Papéis Familiares Eficaz
FAMÍLIA B	
foco	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dimensão Funcional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Papel Prestador de Cuidados Adequado <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do Papel Demonstrado • Comportamento de Adesão Demonstrado

Tabela 9 - Evolução do número de diagnósticos de Enfermagem que requereram intervenções de enfermagem segundo as dimensões e áreas de atenção, antes e após intervenção colaborativa

Dimensão	Áreas de atenção	Diagnósticos de Enfermagem	Antes (n)	Após (n)	Variação %		
Estrutural	Precaução de Segurança	Precaução de Segurança Não demonstrada	1	0	100%		
		Satisfação Conjugal Não Mantida	1	1	33%		
Desenvolvimento	Satisfação conjugal	Relação Dinâmica disfuncional	1	0			
		Comunicação do casal não eficaz	1	1			
		Funcional	Papel de prestador de cuidados	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado	2	0	100%
Conhecimento do Papel Não Demonstrado	2			0			
Comportamento de Adesão Não Demonstra	2			0			
Saturação do papel	1			0			
Processo familiar	Processo Familiar Disfuncional		Processo Familiar Disfuncional	2	2	33%	
			Comunicação Não eficaz	1	0		
			Interação de Papéis Familiares não eficaz	1	0		
		Relação dinâmica disfuncional	2	2			
TOTAL			17	6	65%		

Antes da intervenção de enfermagem às famílias, foram elaborados um conjunto diversificado de diagnósticos (n=17), distribuídos pelas áreas de atenção que integram as dimensões da estrutura organizativa e avaliativa que é o MDAIF (Tabela 9). A dimensão funcional, com 13 diagnósticos, foi a

dimensão com maior proporção de diagnósticos de enfermagem (75%), seguida da dimensão desenvolvimento, com três (n=3) diagnósticos de enfermagem (18.75%) e finalmente a dimensão estrutural com um (n=1) diagnóstico de enfermagem (6.25%).

Neste primeiro ciclo de investigação-ação, da avaliação inicial para a avaliação final, após a dinamização das estratégias estabelecidas nos PI, verifica-se uma modificação positiva em 11 dos 17 diagnósticos definidos inicialmente, o que representa uma variação de **65%** no total geral dos estados dos diagnósticos.

Da visualização do Gráfico 1 pode-se apreciar que relativamente à dimensão estrutural, existe uma família com diagnóstico de precaução de segurança não demonstrada e após a aplicação do PI regista mudança positiva no status do diagnóstico. A dimensão desenvolvimento sofreu uma alteração positiva após a realização das intervenções colaborativas de enfermagem e a dimensão funcional foi a mais representativa do estudo realizado com 13 diagnósticos.

Por área de atenção, no nível do papel de prestador de cuidados verifica-se uma mudança positiva de 100% nos diagnósticos de: conhecimento do papel não demonstrado, comportamento de adesão não demonstrado, saturação do papel, após a aplicação dos PI de enfermagem adaptados às famílias. Os diagnósticos relativos ao processo familiar foram os que registaram menor variação (33%), significando alterações na comunicação não eficaz e interação de papéis familiares não eficaz. O processo familiar disfuncional manteve-se nas famílias estudadas.

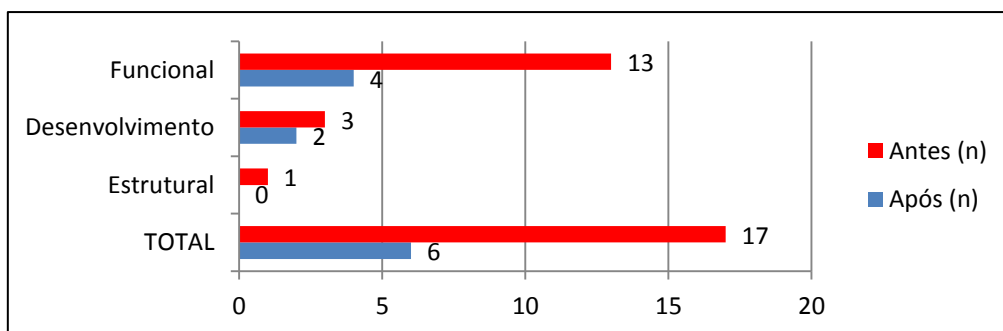


Gráfico 1- Evolução do número de diagnósticos de enfermagem antes e após intervenção colaborativa com as famílias, de acordo com as dimensões do MDAIF

Observam-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (comprovados pela alteração positiva dos estados dos diagnósticos de ambas as famílias, na dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional) implicando um impacto positivo na saúde familiar (Gráfico 1 e Gráfico 2).

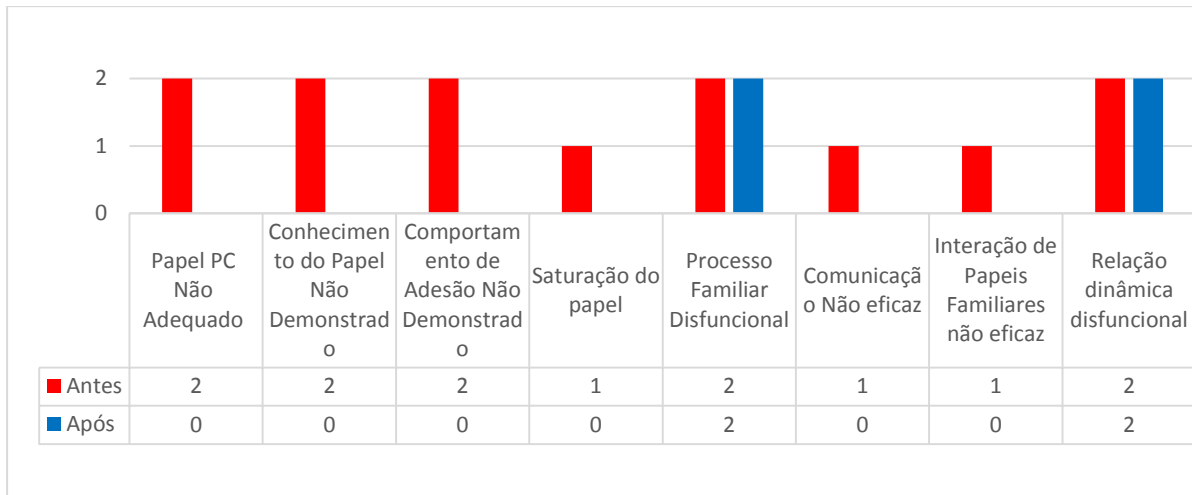


Gráfico 2- Evolução do número de diagnósticos de enfermagem na dimensão funcional do MDAIF que careciam de intervenção antes e após a intervenção colaborativa de enfermagem com as famílias.

Os objetivos orientadores de processo de trabalho, apresentados nos PI (Anexos 6 e Anexo 7), elencados a estratégias de ação personalizadas, são apresentados na Tabela 10, onde se pode visualizar a que dimensões do MDAIF e para que critérios de diagnósticos foram estabelecidos. O nível de realização atingido (taxa de sucesso) também é detalhado na Tabela 10, permitindo avaliar os resultados obtidos na medida da sua concretização e consequente implicação na mudança do status do diagnóstico para o qual foram estabelecidos. A taxa de sucesso global é o somatório do atingimento de cada ação, verificada nas áreas de atenção de cada dimensão em ambas as famílias.

Tabela 10- Número de objetivos e taxa de atingimento - Família A e Família B

Dimensão	Áreas de atenção	CrITÉrios de DiagnÓsticos	Total (n) Família A	Atingido (n) Família A	Taxa de atingimento % Família A	Total (n) Família B	Atingido (n) Família B	Taxa de atingimento % Família B
Estrutural	Precaução de Segurança	Precaução de Segurança Não demonstrada	2	2	100%			
Desenvolvimento	Satisfação conjugal	Relação Dinâmica disfuncional	2	2	100%			
		Comunicação do casal não eficaz	3	2	66.67%			
Funcional	Papel de prestador de cuidados	Papel Prestador de Cuidados / Conhecimento papel/ Comportamento adesão - Autocuidado Higiene	5	4	80%	3	3	100%
		Papel Prestador de Cuidados / Conhecimento papel/ Comportamento adesão - Autocuidado Vestuário				2	2	100%
		Papel Prestador de Cuidados / Conhecimento papel/ Comportamento adesão - Autocuidado ir ao Sanitário	3	3	100%			
		Papel Prestador de Cuidados / Conhecimento papel/ Comportamento adesão - Autocuidado atividade recreativa	2	2	100%	3	2	66.67%
		Papel Prestador de Cuidados / Conhecimento papel/ Comportamento adesão - Autocuidado atividade física	5	5	100%	3	3	100%
		Papel Prestador de Cuidados / Conhecimento papel/ Comportamento adesão - Autocuidado autovigilância	3	3	100%			
		Saturação do papel	5	5	100%			
	Processo familiar	Comunicação Não eficaz	3	3	100%			
		Interação de Papéis Familiares não eficaz	3	2	66.67%			
		Relação dinâmica disfuncional	3	0	0%	5	2	40%
Total			39	33	84.62%	16	12	75%
Total Global			55		45		81.82%	

5. Discussão de resultados

Os casos de estudo da corrente investigação, foram protagonizados por dois agregados familiares com uma pessoa dependente na sua constituição. Aferimos com recurso ao Genograma, a composição do agregado familiar que foi afigurado por um diminuto número de elementos. A família A e a família B, representam os dois grupos de famílias por número de indivíduos (com 2 e entre 3 a 5 elementos) mais representados na população portuguesa, registado nos censos de 2011 (Pordata, 2021). A tendência de modificação na estrutura das famílias nas últimas décadas, é visível no aumento do número de casais reconstituídos (família A) e na diminuição do número de famílias alargadas (família B), com uma expressão de apenas 2,0% em 2011 (INE, 2014).

Relativamente aos familiares dependentes, a amostra é constituída por duas pessoas do sexo feminino com 86 anos (família A) e 91 anos (família B), ambas com grave dependência (índice de Barthel 30 e 60), tendo a condição de dependência resultado de queda, ao que acrescem comorbilidades associadas ao processo de envelhecimento. Estas características estão em concordância com indicadores do INE, relativos à esperança média de vida das mulheres (83,51 anos) continuando a viver mais anos do que os homens (INE, 2020). O INE reporta também a incapacidade na população idosa, referindo as limitações no andar como principal dificuldade manifestada em todos os grupos etários com 65 e mais anos, e conforme o avançar da idade, expressa-se um aumento da incidência das dificuldades relacionadas com o banho e vestir-se sozinho (INE, 2011). A evidência espelha que associado ao processo de envelhecimento, existe uma progressiva propensão a uma vida com comorbilidades complexas, incapacidade e fragilidade, retirando capacidade à pessoa de responder por si própria nas tarefas de autocuidado ficando dependente de terceiros, na maioria das vezes, um familiar (Oliver, Foot, & Humphries, 2014; Silva, Silva, Rodrigues, & Miayazawa, 2015). O grau de dependência documentado da pessoa dependente em relação a cada atividade de autocuidado, fazendo uso do índice de Barthel, permitiu um diagnóstico mais preciso de cuidados e identificou tarefas específicas da vivência do processo de cuidar, constituindo um indicador da exigência imposta aos PC e famílias (Araújo, Paúl, & Martins, 2011).

Nas duas famílias a pessoa dependente coabita com o PC, sendo que a pessoa sobre quem recai a responsabilidade de assumir o papel de PC tem relação familiar direta. Na família A, o PC é uma figura masculina de idade avançada (o companheiro) e na família B, é a filha, adulta e ativa profissionalmente. Esta realidade em ambas as famílias, coincide com o verificado por Sequeira (2018) que refere que habitualmente filhas, cônjuges, mães e irmãs assumem a maioria dos cuidados, prevalecendo o sentido de dever moral de cuidar dos idosos e dos mais dependentes no seio da família. As alterações na estrutura etária das populações e do declínio funcional do idoso, são fomentadoras de que a convivência com a situação de dependência de um familiar se coloque em algum momento, a um número cada vez maior de famílias (OPSS, 2015). Por sua vez, as modificações da sociedade em geral (papel da mulher no mundo do trabalho e políticas sociais) e a família em particular, na sua estrutura e dinâmica, são razões pelas quais um maior número de idosos emerge

como familiar cuidador, muitas vezes com uma condição de saúde frágil (Oliver et al, 2014), conforme se observa na família A. Foi verificado que a condição de coabitação e o número de horas dedicado ao cuidar, que se apresentam como variáveis contextuais, condicionam o trabalho difícil e exigente dos cuidadores. Estes fatores geradores de pressão na dinâmica dos membros da família são associados a maior percepção de sobrecarga (Mata & Vega-Rodriguez, 2012), com efeitos adversos nos campos psicológico, físico e social (Galvis & Córdoba, 2016).

A classe média baixa da família A, contrasta com a classe social média alta da família B, dando relevância às desigualdades sociais tão significativas no contexto português “sobretudo nos efeitos cumulativos de natureza sistémica, embora variável, de diversas formas de desigualdade de classe social, educativa, género, territórios, etnicidade” (Mauritti, Nunes, Alves, & Diogo, 2019, p. 103). Podemos ressaltar neste aspeto, uma atenção cuidada que o EEESF pode exercer nas famílias de segmentos sociais que têm entrado num ciclo de frustração e crispação, devido a transformações sociais globais (processos nacionais de integração transnacional (União europeia) e divisão social do trabalho capitalista em versão de sociedade do conhecimento), pois as desigualdades têm aumentado e manifestam-se em distribuições muito desiguais de recursos económicos (rendimentos) e recursos educativos (escolaridade) – sendo as desigualdades de rendimentos particularmente intensas (Costa, Mauritti, Martins, Nunes, & Romão, 2015).

Em relação aos sistemas amplos, verifica-se em ambas as famílias, a existência de uma rede de apoio social e institucional próxima (sustentada por um contacto frequente sob a forma de presença física ou telefónica), justificada num papel de apoio emocional, companhia, guia cognitivo, de ajuda material de serviços. Esta identificação e busca das relações de apoio, diferente ao longo do tempo a fim de acompanhar as readaptações familiares (Wrzus, Hänel, Wagner, & Neyer, 2013), possibilita considerar o papel protetor da rede de apoio sobre as dimensões da dinâmica familiar, na superação de crises e de proteção para o desenvolvimento dos membros da família (Seibel et al., 2017). Como fonte de possibilidade de adequação, o papel dos sistemas amplos neste estudo, possibilitou a redistribuição de recursos intrafamiliares e institucionais, influenciando a família e permitindo o seu ajuste na dinâmica terapêutica.

O exercício de uma prática de enfermagem diferenciada no âmbito da Saúde Familiar, com recurso a referenciais teóricos e operativos do estudo da unidade familiar, permitiu uma alteração positiva no estado dos diagnósticos de enfermagem, revelando impacto na superação de necessidades de cuidados identificados nas famílias. Dos 17 diagnósticos elaborados, 65% deles sofreram alteração após a implementação das estratégias interventivas. A dimensão funcional foi a mais representativa, pela necessidade de ajuste ao desempenho de diferentes papéis familiares, comunicação e funcionamento familiar. A seguinte foi a dimensão desenvolvimento, justificado pela necessidade da família em adaptar-se à transição normativa, seguindo-se a dimensão estrutural, todas complementares.

As alterações verificadas nos juízos diagnósticos das famílias A e B, vão no sentido dos resultados dos trabalhos de Kholifah, Nursalam, Adriani, Ahsan e Susanto (2018), que referem que fazer uso de modelos estruturados de cuidados de enfermagem familiar, possibilita intervenções eficientes com repercussão na dinâmica das famílias, contribuindo para o melhor desempenho nas tarefas, maior independência, melhor funcionalidade e maior capacidade de gerir situações de transição e de

desenvolvimento no ciclo de vida familiar. De relevar o melhor desempenho demonstrado em ambas as famílias, sobretudo no papel de prestador de cuidados, promovendo a independência da família no cuidado dos familiares dependentes.

Na dimensão estrutural registaram-se ganhos ao nível da segurança, traduzindo maior competência da família nesta área. O uso documentado dos instrumentos de avaliação familiar, usados também como instrumentos de participação, possibilitaram acesso simples a informação que representa história individual, relacionamentos intrafamiliares, de contexto ambiental e o modo como as famílias se definem. Assim, é possível contextualizar informação acerca da família, e colocar o foco dos cuidados de saúde com vista no atendimento das necessidades de famílias que se podem apresentar estruturalmente diversas. Esta análise está em conformidade com os resultados de (Russell, Coleman, & Ganong, 2018), que afirmam que a compreensão da família como um agrupamento estratificado socialmente dentro de uma estrutura, pode ajudar a aprimorar o estudo das ciências da família e auxiliar os pesquisadores e profissionais clínicos da família, a servir de maneira mais eficaz as famílias contemporâneas.

Na dimensão desenvolvimental salientamos a avaliação dos vínculos afetivos nas famílias, decorrente da compreensão dos eventos que modelam cada trajetória familiar e de etapa do ciclo vital das famílias. Tendo como referência o modelo do ciclo vital familiar de Relvas (2006), que conceptualiza o ciclo vital da família em cinco diferentes etapas: formação da família; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes; família com filhos adultos; enquadrámos ambas as famílias na última etapa do ciclo vital – Família com filhos adultos. Observou-se o entrecruzar de gerações, a presença de questões multigeracionais, o lidar com a saída dos filhos de casa (observado na família B), a renegociação da relação do casal e o aprender a lidar com o envelhecimento (respeitante a ambas as famílias) (Figueiredo, 2012). A família A, confirma a tendência para a nuclearização da família referenciado na literatura, de casais idosos, vivendo sozinhos depois dos filhos terem formado a sua família (Arruda, Alvarez, & Gonçalves, 2008; Araújo & Santos, 2012).

Parece-nos razoável admitir que qualquer que seja o esquema utilizado para definir o percurso da família, a sua divisão em fases, acrescenta apenas dimensões de análise (perspetiva) para estudar algo que, na realidade, flui sem pausas nem quebras. Daí a necessidade de encarar a avaliação do ciclo vital de vida familiar através de modelos com uma estrutura flexível, adaptável à diversidade cada vez maior de famílias da sociedade atual (Araújo & Santos, 2012). Movimentando-se as famílias através do tempo com um conjunto de papéis e funções definidas, consideramos importante a ideia de Carter e McGoldrick (1995) de que a família opera num campo emocional em qualquer momento dado do seu percurso, com um impacto modelador de vida difícil de avaliar de uma geração sobre as seguintes, redundando no principal valor que são os relacionamentos. O tipo de relação observada entre os casais, e a forma como isso influencia a sua comunicação, poderá estar no centro das necessidades na satisfação conjugal, relacionadas com a comunicação e a relação dinâmica. A avaliação desenvolvimental dos aspetos individuais de cada membro (etapas do ciclo de vida individual) e do conjunto de relações estabelecidas, guiou esta investigação numa maior clareza diagnóstica e na estruturação de cuidados antecipatórios estruturados, ajustados a cada vivência e necessidade familiar conforme preconizado por Figueiredo (2012). O papel mediador do EF, decorrente das intervenções realizadas, permitiu um melhor entendimento da situação conjugal (família A), conduzindo a ganhos em saúde nesta área.

A satisfação com a vida conjugal avaliada nesta dimensão, significa satisfação da família, facilitando o progresso e a excelência financeira e espiritual (Narimisaei & Fard, 2018). Na resposta dada à área de atenção satisfação conjugal na família A, salientamos a mudança verificada no diagnóstico relação dinâmica disfuncional, através de intervenções estratégicas de gestão emocional, contextualizadas ao momento no qual a família vivencia o desajuste, e individualizadas à situação vital de cada elemento do casal. A não modificação dos diagnósticos satisfação conjugal não mantida e comunicação do casal não eficaz, prendeu-se com o não atingimento dos objetivos delineados nas intervenções. No casal da família A, constatou-se neste primeiro ciclo de investigação-ação, alterações na percepção e desajuste emocional relativos aos sentimentos vivenciados pelo elemento masculino do casal face à realidade da situação de saúde vivida pela companheira que interfere na dinâmica da relação conjugal. Consideramos a necessidade de novo ciclo investigativo para desenvolver estratégias dirigidas aos fatores que interferem na satisfação conjugal, monitorizar respostas assertivas e mantidas no tempo, promovendo o equilíbrio na relação. Como salientam Tavakol, Nasrabadi, Moghadam, Salehiniya, e Rezaei (2017), a compreensão sobre os vários fatores que influenciam a satisfação conjugal de um casal (relacionamento, comunicação, intimidade e personalidade) é propício para os terapeutas da família (onde se inclui o enfermeiro de família) fazerem diagnósticos e intervenções para maior satisfação conjugal e redução de outras problemáticas entre as quais a instabilidade emocional (Khalatbari, Ghorbanshiroudi, Azari, Bazleh, & Safaryazdi, 2013).

Na dimensão funcional verificaram-se prevalências de necessidades do papel de prestador de cuidados obtendo-se ganhos em saúde no conhecimento do papel, comportamento de adesão e saturação do papel. Sendo a própria família a principal prestadora de cuidados aos seus elementos dependentes, geralmente, o cuidador familiar não tem formação na área da saúde, nem recebe compensação pelo papel que desempenha, passando grande parte do tempo que tem disponível com a pessoa que está ao seu cuidado (Martínez, Cardona, & Gómez-Ortega, 2016). É visível o papel do enfermeiro de família na melhoria do bem-estar dos PC, pelo acesso a conhecimento apoiado e prático, com repercussão na capacidade de cuidar de “si” e no “aperfeiçoamento” das capacidades do PC para cuidar o familiar dependente. Compreendendo a adaptação de cada membro às normas “consensualizadas” e aos padrões de conduta estabelecidos perante as situações, a categorização da avaliação funcional dos papéis operacionalizada pelo MDAIF, possibilitou intervenções orientadas à mudança na família, influenciando aprovações e “novas” normas, uma vez que os papéis familiares não são estáticos, desenvolvendo-se por meio de interações entre indivíduos. Na família A, o conhecimento do papel não demonstrado, o comportamento de adesão não demonstrado e a saturação do papel de prestador de cuidados presente, indicam uma complexidade que exigiu avaliação holística e profunda, dirigida a um conjunto de dinâmicas que ocorrem em paralelo. A insegurança sentida e verbalizada pelo cuidador em virtude da situação específica da dependência da familiar, das responsabilidades e preocupação da qualidade dos cuidados prestados, requereu que o PI contemplasse uma abordagem psicoeducativa, integrando apoio educacional e emocional. Na família B, o reconhecimento e identificação de lacunas no papel do PC, possibilitou a valorização das necessidades do papel do cuidador, a par da capacitação na prestação de cuidados o que de acordo com Viegas, Fernandes e Veiga (2018), facilita a abordagem holística do cuidado centrado na família. Os resultados obtidos nesta área de atenção (papel de prestador de cuidados), corroboram o sugerido por Araújo, Lage, Cabrita e Teixeira (2015), em que o aprimorar de habilidades práticas dos

cuidadores informais (diminuindo a sua sobrecarga e aumentando a qualidade de vida) beneficia também os idosos dependentes nos cuidados que recebem, com melhor funcionalidade física, redução da hospitalização e o adiar de institucionalizações. Rocha, Teixeira, Tomé e Eloy (2015), referem a responsabilidade dos enfermeiros no ensino e treino dos familiares em novas habilidades e competências necessárias ao cuidado e recuperação da autonomia da pessoa doente. Contudo, a intervenção do EESF deve perspetivar como fundamental, PI centrados na preparação destes cuidadores, assente nas necessidades vivenciadas ao longo da transição, desenvolvendo competências cognitivas (informação), instrumentais (saber fazer) e pessoais (saber lidar com) (Sequeira, 2018).

Relativamente ao processo familiar como área de atenção, obtiveram-se ganhos parcelares, com modificação positiva nos diagnósticos, comunicação não eficaz e interação de papéis familiares não eficaz (família A). A interação de papéis familiares não eficaz, implicava saturação do papel ao nível do cuidado doméstico referido pelo elemento masculino do casal. O uso do MDAIF orientou a colheita de dados sobretudo pelo conjunto de ações que podem ser confirmadas e estão implícitas no desempenho dos papéis familiares. Sendo que não há ferramenta padronizada para investigar a participação de cônjuges em trabalho doméstico (Nourani, Seraj, Shakeri, & Mokhber, 2019), foi considerado como relevante as horas de trabalho dispensadas para cuidar da casa e a forma como são divididas as tarefas. Tendo em linha de conta que a divisão do trabalho doméstico, se acordado, pode aumentar a satisfação e promover a saúde mental no casal, a abordagem colaborativa tida com os elementos da família foi suportada no trabalho de Carlson e Hans (2017) dando sentido para o processo de divisão do trabalho doméstico, de forma a identificar padrões problemáticos no processo, ou sugerir soluções, especialmente com ênfase em práticas justas e equitativas. Foram concebidas as intervenções com a família A, facilitadoras de ajustes com o objetivo de minimizar o impacto negativo dos problemas vivenciados. Através de intervenções preventivas comportamentais e terapêuticas foram atingidos objetivos facilitadores de mudanças. O facto de melhorar processos comunicacionais, pode beneficiar a família ao aprender como comunicar acerca dos seus problemas de maneira mais eficaz (Lavner, Karney, Williamson, & Bradbury, 2016) e foi o que, como ganho de saúde registamos.

Ainda relativo ao processo familiar, a avaliação da adaptação dos sistemas familiares em relação a um stress relativo ao ciclo vital ou a uma crise accidental, revela famílias estruturadas (Faces II), com capacidade para se adaptar à condição de viver com um dos seus elementos dependentes. Este resultado, tem sustentação com o referido por Salgueiro e Lopes (2010), em que as famílias com os cuidadores principais mais velhos, vivenciando a fase do CVF de saída de casa dos seus filhos jovens adultos, retornam à dimensão original (dois membros) e têm de se adaptar a essa nova situação, que poderá conduzir à aquisição de novos mecanismos para enfrentar e lidar com situações adversas como é a dependência de um dos seus membros. Para a coesão familiar que reporta aos laços emocionais que os membros da família têm entre si resultantes do equilíbrio dinâmico entre as necessidades de individualização-autonomia e as de afiliação-identificação, os valores encontrados no nosso estudo (família A e B), revelam família tipo desmembrada, ou seja, com uma coesão extremamente baixa, marcada por fronteiras rígidas onde as relações afetivas entre os seus membros são difíceis de se estabelecerem (Martins, 2002).

As estratégias utilizadas para a resolução do diagnóstico relação dinâmica disfuncional, identificado tanto na família A e B, foram operacionalizadas com uma sessão central e uma sessão de reforço, das quais resultaram melhorias em alguns objetivos, mas sem atingimento significativo de forma a

alterar padrões de ligação familiar que consubstanciassem a modificação do estado do diagnóstico inicial. O trabalho com as famílias focou a promoção de vivências familiares do que funciona, do que corre bem, da integração das circunstâncias individuais, relacionais e sociais e com elas sublinhar e celebrar os sucessos, conduzindo ao repensar das vivências individuais e relacionais (Rivero, d'Araújo, & Marujo, 2013). O tempo como recurso, utilizado para possibilitar um contacto mais profundo e como fator modelador da percepção da harmonia e felicidade familiar (Shen, et al., 2017) foi escasso, o que associado à situação de pandemia, não favoreceu que parte das dinâmicas empreendidas pudessem modificar resultados. Contudo, o atingimento parcelar dos objetivos delineados, favorecem a convicção do que refere Rivero (2013), a definição de objetivos com significado para cada indivíduo, mas também com a sua família, permite desenvolver a autodeterminação e bem-estar das famílias de forma sustentada. Neste sentido, estratégias assentes em ações interventivas que amplifiquem a percepção, atenção e flexibilidade de pensamento, de acordo com Shen, et al. (2017), valoriza a comunicação, o que leva a uma maior facilidade de encontrar soluções e possibilidades perante problemas ou adversidades valorizando os pontos fortes dos seus familiares.

De modo global, os resultados apresentados sugerem que os PI executados foram ao encontro das necessidades identificadas nas famílias. As competências do EEESF foram determinantes para a elaboração, implementação das estratégias e o sucesso das intervenções familiares colaborativas. Na medida em que os PI atendem à unicidade familiar, é promovida a capacitação global da família e dos seus membros individualmente (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Toda a ação de enfermagem para com a família teve por base um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico, recolhendo dados sobre cada família para a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de objetivos e o planeamento de intervenções negociadas com as famílias, contemplando os recursos de apoio da comunidade para garantir a estabilidade familiar (Regulamento n.º 126/2011, 2011).

Conclusão

Num momento em que o desenvolvimento dos cuidados de proximidade são o eixo de ação dos cuidados de saúde e a intervenção na família se assume com relevância nas intervenções de enfermagem, a motivação primária deste estudo desenvolvido no decurso do estágio, foi compreender o contributo do enfermeiro de família na avaliação e intervenção na família, junto de famílias com pessoas dependentes em contexto domiciliar.

No nosso estudo constatamos que as famílias são uma importante rede informal de apoio aos seus membros, constituindo-se como parceira das redes formais de apoio. A presença de um familiar dependente, envolveu mudanças no sistema familiar afetando involuntariamente a prestação de cuidados com repercussões familiares e sociais.

Uma família que funciona bem é um recurso inestimável para os clinicamente enfermos. A sobrecarga de tarefas, alterações de papéis familiares, dinâmicas e rotinas familiares alteradas, acrescido de comunicação pobre, diminuição da interação familiar e falta de apoio familiar, são sintomas frequentes nas famílias, o que requer dos profissionais de saúde cuidados centrados no sistema familiar, dando sentido a intervenções de enfermagem integradoras de conceções interdisciplinares sobre a dinâmica própria dos sistemas familiares e dos diversos aspetos do processo saúde-doença. É necessário por um lado, ajudar as famílias a compatibilizar o cuidado e a dependência dos seus familiares com os hábitos e tarefas diárias da família e por outro, ajudar na promoção e na recuperação do bem-estar familiar.

A análise do contexto sistémico das famílias implicadas neste estudo considerando os seus subsistemas e cada elemento individualmente, foi determinante para conceber intervenções que respondessem de forma fiel às necessidades identificadas.

A implementação de processos de avaliação e intervenção diferenciados no âmbito da saúde familiar, requer do EEESF competência para atender a necessidades específicas do ciclo de vida do grupo familiar, considerando os recursos e dificuldades de forma rigorosa, objetiva e respeitadora da dignidade humana. No entanto, dos profissionais envolvidos na realização de avaliações de contexto e nos cuidados prestados é requerida experiência e uma visão fundamentada nos pressupostos ecossistémicos que evidenciem as características de globalidade e auto-organização do sistema familiar. O uso do MDAIF como referencial teórico e operacional, juntamente com os vários instrumentos de avaliação familiar, facilitaram a dinamização do processo de enfermagem: identificação de necessidades sensíveis ao exercício do EEESF, elaboração planos de cuidados individualizados, implementação dos PI com repercussão favorável no funcionamento familiar e reavaliação.

Desenvolver processos de avaliação e intervenção familiar no contexto ambiental das famílias, resultou positivo pois permitiu o acesso ao contexto onde se processam interações familiares nas quais os membros da família se comunicam e se vivenciam.

Assim, perante os objetivos enunciados pode-se concluir que, a intervenção do EEESF contribuiu para ganhos em saúde, refletidos no fortalecimento do sistema familiar. Os resultados das intervenções realizadas com estratégias tendentes à promoção da saúde nas diferentes dimensões avaliadas,

revelam que o contributo do EF melhorou a compreensão dos membros da família, melhorou o comportamento de cuidado dentro da família, facilitou o envolvimento emocional e sentimentos de proximidade dos seus elementos, considerados significativos na interação e bem-estar familiar. No culminar do presente estudo podemos acrescentar que o EEESF tem um papel de relevo na avaliação e intervenção em famílias com uma pessoa dependente, suportado em saber específico, enfatizando a família enquanto objeto de estudo e intervenção, dando um contributo importante na mudança de paradigma assistencial.

Identificamos como limitações do estudo, o número reduzido de famílias no estudo, as características diferenciadas das mesmas e o carácter não probabilístico do estudo que impossibilita a representatividade e inferência dos resultados para a população geral.

A situação pandémica condicionou não só a vivência de todo o percurso de realização do estudo, como alterou dinâmicas familiares com repercussão na avaliação das famílias e implementação de intervenções.

O curto espaço de tempo em que decorreu o estudo interferiu no impacto das intervenções, o que associado à limitação de contactos sociais determinado por medidas de saúde pública, determinou os resultados.

O facto de terem sido encontrados poucos estudos publicados no domínio da EF sobre o tema abordado, reforça a necessidade de ser realizada mais investigação e divulgação de evidências nesta área.

Com reserva, afirma-se o contributo deste estudo no reforço da importância do papel que o EEESF desempenha junto das famílias e no que representa de modo diferenciado, junto do sistema familiar no cuidado aos seus elementos com dependência.

O desempenho diferenciado do EEESF, com recurso sistematizado a modelos teóricos e operativos deve ser valorizado, pois enriquece a prática de enfermagem e a comunicação com as famílias na promoção de cuidados seguros e de qualidade. Como facilitadores de processos de capacitação e empoderamento da família, o EEESF pode ser agente facilitador da partilha de papéis familiares com o objetivo de minimizar o seu impacto negativo e promover satisfação no núcleo familiar.

A perceção de que a adequação da comunicação familiar é favorável ao bem-estar familiar, deixa indicações de que a variável comunicação na família pode ser um alvo potencial para futuros estudos de intervenção familiar avaliando a sua adequação na promoção do equilíbrio saudável do sistema familiar.

Apesar das intervenções do EEESF demonstrarem ganhos em saúde para o sistema familiar e seus constituintes, com repercussão no sistema amplo familiar e instituições de saúde, notamos que, são fatores a considerar o desenvolvimento de estudos e programas de intervenção de enfermagem dirigidos a áreas de atenção familiar menos desenvolvidas como a dimensão funcional ao nível do processo familiar (adequar/trabalhar a coesão ou a adaptabilidade familiar) assim como, parece ser essencial requer “tempo” (como recurso no trabalho do EEESF) para dinamizar a aplicação dos modelos operativos ecossistémicos de forma reiterada e sistemática, estimulando de forma integral, o potencial de saúde na intervenção colaborativa com famílias.

Síntese conclusiva do Relatório

A elaboração do presente relatório de estágio resume a continuidade de um percurso formativo global, compatível com a aquisição de competências específicas na área de especialização de Enfermagem de Saúde Familiar tendo a realização do estágio contribuído para o desenvolvimento académico e profissional, aprofundando conhecimentos teóricos subjacentes ao estudo da Saúde Familiar. O campo de estágio escolhido, como lugar de treino vivencial, permitiu aprofundar a compreensão do sistema familiar quer na avaliação, quer na capacidade de intervir junto de famílias em momentos críticos do seu desenvolvimento vital. O contacto com realidades de trabalho como as desenvolvidas na USF Horizonte, ativa na procura de práticas assistenciais responsáveis junto com os cidadãos e famílias, forneceu um referencial identitário. O inter-relacionamento com os enfermeiros e restantes profissionais de saúde inseridos na USF Horizonte, disponíveis para o desenvolvimento dos processos de ensino e aprendizagem, permitiram a consolidação da identidade profissional e envolvimento pessoal.

O estudo desenvolvido no período de estágio teve como foco o sistema familiar, numa abordagem sistémica, tendo em vista a capacitação e o empoderamento das famílias com uma pessoa dependente na promoção do autocuidado de acordo com as necessidades identificadas. A mudança de paradigma necessária para o cuidado ao sistema familiar demonstrou ser um dos desafios desta abordagem.

O uso do MDAIF desenvolvido por Figueiredo e preconizado pela Ordem dos Enfermeiros para a prática de cuidados de enfermagem de saúde familiar, demonstrou ser um excelente recurso com o qual foi possível dinamizar práticas de avaliação e intervenção específicas no sistema familiar, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. As aplicações dos instrumentos de avaliação familiar permitiram caracterizar as famílias e definir diagnósticos comuns que orientaram os estudos de caso e a respetiva elaboração dos planos de cuidados. Os diagnósticos de enfermagem identificados através de conhecimento científico adequado no cuidado à família, permitiram fundamentar as intervenções desenvolvidas e a análise dos resultados obtidos, centrando os cuidados de enfermagem na família como cliente. Foram desenvolvidas capacidades comunicacionais de forma a intervir nos problemas de saúde identificados em cada grupo familiar, utilizando os recursos internos dos indivíduos, da família e dos parceiros da comunidade para a promoção da saúde da família.

A experiência vivida durante o período de estágio permitiu criar visões mais abrangentes e atribuir sentido à inteligibilidade da vida e das relações. De forma humana e coerente, possibilitou o treino de princípios e ideias para lá da interpretação subjetiva e descuidada dos acontecimentos considerando possibilidades na fronteira dos limites conhecidos. De forma pessoal e profissional no desenvolver deste caminho, fomos convidados a colocar “os números” em perspetiva, e promover a discussão dos princípios que estão na base das dinâmicas e dos acontecimentos que se nos apresentaram.

Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. (2008). *Investigação Passo a Passo - Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica* (1.ª Edição ed.). Lisboa: APMCG. Obtido de www.apmcg.pt
- ULS Matosinhos. (2020). Regulamento Interno ULSM 2020-2022 . Obtido de http://www.ulsm.dom/ulsm/Documents/Regulamento%20Interno%20ULSM_2020-2022.pdf
- Ahlberg, M., Frisman, G. H., Berterö, C., & Ågren, S. (20 de 5 de 2019). Family Health Conversations create awareness of family functioning. *Nursing in Critical Care.*, pp. 1-7. doi:10.1111/nicc.12454
- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares: uma revisão sistémica* . Coimbra: Quarteto.
- Almeida, V. C., Lopes, M. V., & Damasceno, M. M. (Junho de 2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), pp. 202-210. doi:10.1590/S0080-62342005000200011
- Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi:10.14195/978-989-26-0879-2
- Aragonez, C. F. (14 de 8 de 2017). O Construto Fronteiras na Funcionalidade Familiar. *Saberes Revista Científica Electrónica*, pp. 48-60. Obtido em 2021, de <http://www.famaqui.edu.br/app/webroot/ojs/index.php/saberes/issue/view/1>
- Araújo, F., & Martins, T. (2016). Avaliação dos cuidadores: considerações e orientações para a prática. Em A. R. Morin, B. P. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. A. Petronilho, . . . T. Martins, & E. S. Porto (Ed.), *A pessoa Dependente e o familiar cuidador* (pp. 113-130). Enfermagem.Porto.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (Jul-Dez de 2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), pp. 59-66. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>
- Araújo, I., & Santos, A. (Março de 2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência, Série III*(6), pp. 95-102. doi:10.12707/RIII1171
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (Agosto de 2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 4, pp. 869-875. doi:10.1590/S0080-62342011000400011
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (Junho-Setembro de 2012). Famílias Cuidadoras de Idosos: estrutura e desenvolvimento. *Ciência, Cuidado e Saúde*, pp. 452-458. doi:10.4025/cienccuidsaude.v10i3.9754

- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J., & Teixeira, L. (2015). Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomised trial. . *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), pp. 2435–2443. doi:10.1111/jan.126
- Arruda, M. C., Alvarez, A. M., & Gonçalves, L. H. (Jul-Set de 2008). O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(3), pp. 39-345.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 3(8), pp. 199-204.
- Baker, L. K., & Denyes, M. J. (2008). Predictors of Self-Care in Adolescents With Cystic Fibrosis: A Test of Orem's Theories of Self-Care and Self-Care Deficit. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(1), pp. 37–48. doi:10.1016/j.pedn.2007.07.008
- Branco, M. A. (2004). *Competência Emocional: Um estudo com professores*. Coimbra: Quarteto.
- Brás, M., & Neves, C. (2019). 1º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar - livro de resumos. Em S. P. Familiar, *1º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar* (p. 46). Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar. Obtido de www.spesf.pt
- Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.
- Câmara Municipal Matosinhos. (2021). *Sistema Municipal de Informação Geográfica de Matosinhos*. Obtido de Câmara Municipal Matosinhos: <http://web2.cm-matosinhos.pt/portal/>
- Campbell, T. L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2, pp. 263–281. doi:10.1111/j.1752-0606.2003.tb01204.x
- Caniço, H. P. (2014). *Os Novos Tipos de Família e Novo Método para Avaliação em saúde da pessoa - Apgar Saudavel*. Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra, 2015. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/25995>
- Caniço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos Tipos de Família - Plano de Cuidados*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Carlson, M. W., & Hans, J. D. (2017). Maximizing benefits and minimizing impacts: dual-earner couples' perceived division of household labor decision-making process. *Journal of Family Studies*, pp. 1–18. doi:10.1080/13229400.2017.1367712
- Carroll, K. (2019). Bringing Nursing Care to Patients Living With Diabetes Mellitus. *Nursing science quarterly*, 32(3), pp. 187–188. doi:10.1177/0894318419845402
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo vital de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Lisboa: Artmed Editora.

- Coelho, M. T., & Sequeira, C. (Junho de 2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(11), pp. 31-38. Obtido em 2 de 3 de 2021, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Costa, A., Mauritti, R., Martins, S., Nunes, N., & Romão, A. (2015). A constituição de um espaço europeu e-Working Paper. (C.-I. ISCTE-IUL, Ed.) *Observatório das Desigualdades*(1/2015), pp. 1-21. doi:10.15847/CIESODWP012015
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (Dezembro de 2009). Investigação-Ação: Metodologia Preferencial nas Práticas Educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, 13(2), pp. 355–379. Obtido de http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%C3%A7%C3%A3o_Ac%C3%A7%C3%A3o_Metodologias.PDF
- Davies, S. (2010). Meleis's Theory of Nursing Transitions and Relatives' Experiences of Nursing Home Entry . Em A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 209-225). New York,: Springer Publishing Company,.
- Decreto-Lei n.º 118/2014. (05 de 08 de 2014). *Diário da República n.º 149/2014, Série I*, pp. 4069-4071. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- DGS. (27 de 12 de 2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. *Norma n.º 054/2011*.
- DGS. (23 de 03 de 2020). Covid-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19. *Norma n.º 004/2020* , pp. 1-28. Obtido de https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/Norma-004_2020.pdf
- DGS. (18 de 4 de 2020). Norma n.º 011/2020. *Covid-19: Fase de mitigação*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112020-de-18042020-pdf.aspx>
- Dias, M. O. (2011). Um Olhar sobre a Família na Perspectiva Sistémica - o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, pp. 139-156. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/9176>
- Duarte, F. M., & Duarte, M. M. (1999). Comunicação instrumento de trabalho em enfermagem. *Boletim da biblioteca, Hospital Sobral Cid.*(1).
- Duhamel, F., & Dupuis, F. (2004). Guaranteed Returns: Investing in Conversations With Families of Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(1), pp. 68–71. doi:10.1188/04.cjon.68-71
- Duhamel, F., Dupuis, F., & Wright, L. (2009). Families' and Nurses' Responses to the "One Question Question": Reflections for Clinical Practice, Education, and Research in Family Nursing. *Journal of family nursing*, pp. 461-85. doi:10.1177/1074840709350606

- Espino, M. P., & Bouza, E. T. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4), pp. 168-167. doi:10.4321/S1134-928X2013000400005
- Fazenda, I. (10 de 2005). Família, coesão e diferenciação. (G. d. IEFP, Ed.) *Integrar*(23), pp. 3-8. Obtido de https://www.iefp.pt/documents/10181/702853/INTEGRAR_23.pdf/5a52fd60-9d20-4354-91b3-30705c9d653f
- Fernandes, M. O. (1995). *Família e emigração - Tese de Mestrado*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (22 de Dezembro de 2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Inovação & Investigação em Saúde*, 3(2), pp. 7-20. doi:10.37914/riis.v3i2.84
- Ferreira, P. I. (2008). A utilização da metodologia de Investigação-Ação na Intervenção Social: uma Reflexão Teórica. *Intervenção Social*, 32(34), pp. 215-236. Obtido de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1451>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Figueiredo, M. H., Grau, C. F., Andrade, C., Santa, L., Monteiro, M. J., & Charepe, Z. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários. Em J. e. Carvalho (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp. 55-60). Porto: ESEP.
- Figueiredo, S. V., Sousa, A. C., & Gomes, I. L. (Jan-Fev de 2016). Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), pp. 79-85. doi:10.1590/0034-7167.2016690112i
- Filipe, M. M. (2015). *Contributo para um Modelo de Contratualização de Cuidados em Contexto Domiciliário*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/20705>
- G., B., & Martins, M. M. (2016). Funcionalidade, autonomia e dependência. Em A. R. Morin, B. P. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. A. Petronilho, . . . T. Martins, *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 29-39). Porto: Enfermagem.Porto.
- Galvis, M. J., & Córdoba, A. M. (2016). Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzhéimer. *Psicología Desde El Caribe*, 2, pp. 190–205.
- Geary, C. R., & Schumacher, K. L. (July–September de 2012). Care Transitions. *Advances in Nursing Science*, 35(3), pp. 236–248. doi:10.1097/ans.0b013e31826260a5

- Geary, C. R., & Schumacher, K. L. (2012). Care transitions: Integrating transition theory and complexity science concepts. *Advances in Nursing Science*, pp. 236-248. doi:10.1097/ANS.0b013e31826260a5
- Gefaell, C. V. (2007). *Comunicación Terapéutica en Enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Guerini, I. C., Cordeiro, P. K., Osta, S. Z., & Ribeiro, E. M. (Abr-Jun de 2012). Percepção de familiares sobre estressores decorrentes das demandas de cuidado de criança e adolescente de tecnologias. *Texto Contexto Enfermagem*, pp. 348-55. doi:10.1590/S0104-07072012000200012
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusodidacta.
- Hanson, S. M., & Kaakinem, J. R. (2005). Fundamentos Teóricos para a Prática de Enfermagem de Família. Em S. M. Hanson, *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Loures: Lusociência.
- Hanson, S. M., & Kaakinem, J. R. (2005). Fundamentos Teóricos para a Prática de Enfermagem de Família. Em S. M. Hanson, *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. (pp. 39-63). Loures: Lusociência.
- Hennessy, D., & Gladin, L. (2006). *Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study*. WHO Regional Office for Europe. Obtido de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/102243/E88841.pdf
- Henriques, C. M., & Santos, E. J. (Out /Nov /Dez de 2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência, IV(23)*, pp. 31-40. doi:10.12707/RIV19077
- Henriques, C. M., & Santos, E. J. (Out / Nov /Dez de 2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência, IV(23)*, pp. 31-40. doi:10.12707/RIV19077
- ICN. (2015). International classification for nursing practice. *International Council of Nurses*. Obtido de <https://www.icn.ch/publications>
- INE. (2011). *Saúde e Incapacidades 2011: Dia internacional das pessoas com deficiência*. Lisboa: INE.
- INE. (2014). *Dia Internacional da Família*. Lisboa: INE. Obtido de <https://www.ine.pt>
- INE. (2020). *Tábuas de Mortalidade para Portugal 2017-2019*. Lisboa: INE.
- IPB; UTAD; UA. (2020/2021). Guia Orientador de Estágio.
- Kaakiken, J. R., & Birenbaun, L. K. (2011). Desenvolvimento da Família e apreciação do desenvolvimento da família. Em J. Lancaster, & M. Stanhope, *Enfermagem* (pp. 574-604). Lisboa: Lusodidata.

- Khalatbari, J., Ghorbanshiroudi, S., Azari, K. N., Bazleh, N., & Safaryazdi, N. (July de 2013). The Relationship between Marital Satisfaction (Based on ReligiousCriteria) and Emotional Stability. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84(9), pp. 869 – 873. doi:doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.664
- Khatiban, M., Shirani, F., Oshvandi, K., Soltanian, A. R., & Ebrahimian, R. (2018). Orem's Self-Care Model With Trauma Patients: A Quasi-Experimental Study. *Nursing science quarterly*, 31(3), pp. 272–278. doi:10.1177/0894318418774876
- Kholifah, S. N., Nursalam, M. N., Adriani, M., Ahsan, B., & Susanto, T. (May-August de 2018). Structural Model for Public Health Nurses' Performance in the Implementation of Family Nursing Based on Nursing Relational Capita. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), pp. 914-926.
- Kissane, D. W., Zaider, T. I., & Schuler, T. A. (2012). Family grief therapy: a vital model in oncology, palliative care and bereavement. *Family Matters*(90), pp. 77-86.
- Kuhne, G. W., & Quigley, B. A. (1997). Understanding and Using Action Research in Practice Settings. Em B. A. Quigley, & G. W. Kuhne (Edits.), *Creating Practical Knowledge Trough Action Research: Posing Problems, Solving Problems, and Improving Daily Practice* (pp. 23-40). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lage, M. I. (2011). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: ICBAS. Obtido de <https://hdl.handle.net/10216/7243>
- Lavner, J. A., Karney, B. R., Williamson, H. C., & Bradbury, T. N. (2016). Bidirectional Associations Between Newlyweds' Marital Satisfaction and Marital Problems over Time. *Family Process*, 56(4), pp. 869–882. doi:10.1111/famp.12264
- Lei n.º 100/2019. (s.d.). *Diário da República n.º 171/2019, Série I*, pp. 3 - 16. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Leonello, V., Vieira, M., & Duarte, T. (Maio-Junho de 2018). Competências para ação educativa de enfermeiras da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), pp. 1136-1142. doi:10.1590/0034-7167-2017-0390
- Lewin, K. (November de 1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), pp. 34-46. doi:10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x
- Machado, P. A. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. Master'sthesis, Universidade Católica Portuguesa. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/h>
- Martínez, R. T., Cardona, E. M., & Gómez-Ortega, O. R. (Janeiro de 2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista Cuidarte*, 1, pp. 1171-1184.

- Martins, M. M. (2002). *Uma crise acidental na família : o doente com AVC*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.
- Mata, M. A., & Vega-Rodriguez, M. T. (2012). El cuidado no remunerado de mayores dependientes en el nordeste de Portugal. *Prisma Social. Revista de Investigación Social.*, pp. 333-357. Obtido de <http://hdl.handle.net/10198/8396>
- Mauritti, R., Nunes, N., Alves, J. E., & Diogo, F. (6 de 2019). Desigualdades sociais e desenvolvimento em Portugal: Um olhar à escala regional e aos territórios de baixa densidade. . *Sociologia Online*,(19), pp. 102-126. doi:10.30553/sociologiaonline.2019.19.5
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2012). *Genogramas: Avaliação e Intervenção Familiar*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5ª ed.). Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott-Raven Publishers.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS.* , 23(1), 12–28. de 2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Em A. I. Meleis, *Transitions Theory* (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company.
- Melo, P., Figueiredo, M. H., Silva, S., Charepe, Z., Oliveira, P., & Vilar, A. I. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Investigar a transformação nas práticas com as famílias. Em J. e. n Carvalho (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (p. 281). Porto: ESEP.
- Ministério da Saúde. (30 de 12 de 2020). *BI-CSP*. Obtido de Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2020). *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em 26 de 02 de 2021, de https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Plano-de-Conting%C3%Aancia-Novo-Coronavirus_Covid-19.pdf
- Ministério da Saúde. (2021). *Bilhete de Indentidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido de BI_CSP: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/Consultas-CSP.aspx?isdlg=1>
- Misto, K. (2018). Nurse perceptions of family nursing during acute hospitalizations of older adult patients. *Applied Nursing Research*(41), pp. 80–85. doi:10.1016/j.apnr.2018.04.009
- Moimaz, S. A., Fadell, C. B., Yari, S. D., & Diniz, D. G. (2011). Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(16), pp. 965-972.

- Morin, A. R., Gomes, B. P., Martins, C., Araújo, F., Bastos, F., Petronilho, F. A., . . . Martins, T. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Enfermagem.Porto.
- Narimisaeei, F., & Fard, A. S. (2018). The relationship between general health and marital satisfaction with job satisfaction of employees working in Melli Bank of Ahvaz, Iran. *Bali Medical Journal*, 7(1), pp. 35-38. doi:10.15562/bmj.v7i1.726
- Negreiros, P. D., Fernandes, M. D., Macedo-Costa, K. N., & Silva, G. R. (2010). Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), pp. 120-132. doi:doi.org/10.5216/ree.v12i1.9529
- NLM. (18 de 02 de 2021). *U.S. National Library of Medicine*. Obtido em 2021, de <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D005192>
- Nourani, S., Seraj, F., Shakeri, M. T., & Mokhber, N. (2019). The Relationship Between Gender-Role Beliefs, Household Labor Division and Marital Stissfaction in Couples. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 29(1), pp. 301-307.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. doi:<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Oliver, D., Foot, C., & Humphries, R. (2014). *Making our health and care systems fit for an ageing population*. London: The King's Fund.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, pp. 144-167. doi:10.1111/1467-6427.00144
- OPSS. (2015). *Relatório de Primavera 2015 - Acesso aos cuidados de Saúde. Um direito em risco?* Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OPSS. (2017). *Relatório de Primavera 2017 - Viver em tempos Incertos: Sustentabilidade e equidade na saúde*. Observatório Portugues dos Sistemas de Saúde. Obtido de <http://opss.pt>
- OPSS. (2019). *Relatório de Primavera 2019 - Saúde, um direito humano*. Observatório Portugues dos Sistemas de Saúde. Obtido em 01 de 12 de 2020, de <http://opss.pt/relatorio-primavera/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Adopção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. *Proposta da MCEEC*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E. (1993). *Conceptos de enfermeria en la practica*. Barcelona Edic. Científicas y Técnicas : Masson-Salvat Enfermeria.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6 ed.). St. Louis: Mosby.

- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. (1 ed.). Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2016). Preparação do regresso a casa. Em A. R. Morin, B. P. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F. A. Petronilho, . . . T. Martins, *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 73-93). Porto: Enfermagem.Porto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pires, A. L. (2002). *Educação e Formação ao Longo da Vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação das aprendizagens e de competências*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Pordata. (2021). *Pordata*. (F. F. Santos, Editor) Obtido em 2 de 1 de 2021, de <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Portaria n.º 1368/2007. (18 de 10 de 2007). Aprovação a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF). *Diário da República n.º 201/2007, Série I*, pp. 7655 - 7659. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/port/1368/2007/10/18/p/dre/pt/html>
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamentos de Enfermagem* (7 ed.). Elsevier Editora Ltda.
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, A. J. (Nov-Dez de 2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem referência*, 157-164. doi:10.12707/RIV14081
- Quel, M. Á. (2007). La espiral del ciclo vital familiar. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(5), pp. 46-59. doi:10.1016/S1134-2072(07)74019-7
- Regulamento n.º 126/2011. (18 de 2 de 2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 35/2011, Série II*, 8660-8661. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/3477015/details/maximized>
- Regulamento n.º 140/2019. (06 de 02 de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II*, pp. 4744 - 4750.
- Regulamento n.º 190/2015. (23 de 04 de 2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República n.º 79/2015, Série II*, pp. 10087-10090.
- Regulamento n.º 367/2015. (29 de 06 de 2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República n.º 124/2015, Série II*, pp. 17384-17391. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/67626811/details/maximized>
- Regulamento n.º 428/2018. (16 de Julho de 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 n.º 135/2018, Série II*, 19354-19359.

- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. Em R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: AHRQ Publication . Obtido em 24 de 01 de 2021, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: perspectiva sistêmica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (Jan/Jun de 2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32, pp. 27-36. doi:10.1016/j.rpsp.2013.07.001
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (Fev/Mar de 2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), pp. 25-36. doi:10.12707/RIII12162
- Rivero, C. (2013). Intervenção positiva com famílias socialmente vulneráveis. Em C. Rivero, S. Liliana, G. Patrícia, & P. Rodrigues, *Manual de Práticas Colaborativas e Positivas na Intervenção Social*. (pp. 30-53). EAPN Portugal.
- Rivero, C., d'Araújo, M. A., & Marujo, H. A. (Dez de 2013). Moral e felicidade: Possibilidades para uma Sociedade Equifeliz. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade.*, 3(2), pp. 229-246.
- Rocha, P. F., Teixeira, A. M., Tomé, A. S., & Eloy, M. E. (Maio de 2015). O Enfermeiro na Capacitação do Cuidador Informal. *Revista de Enfermagem Referência*(3), p. 128. Obtido de www.esenfc.pt/event/event/abstracts/index.php?target=listabstract-presentations&event=157&defLang=1&action=search
- Rodrigues, M. F., & Costa, M. L. (5 de 11 de 2013). Enfermeiro de Família: que representação? *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde ESSCVP*, pp. 42-52. Obtido de <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=31021>
- Rosen, E. J. (1998). *Families facing death: a guide for healthcare professionals and volunteers*. San Francisco:: ossey-Bass Publishers.
- Rousso, R. S., & Angelo, M. (Junho de 2001). Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Revista Escola Enfermagem*, 35(2), pp. 172-179. Obtido em 1 de 2021, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a11.pdf>
- Russell, L. T., Coleman, M., & Ganong, L. (August de 2018). Conceptualizing Family Structure in a Social Determinants of Health Framework. *Journal of Family Theory & Review*, 10(4), pp. 735-748. doi:10.1111/jftr.12296
- Salgueiro, H., & Lopes, M. (Março de 2010). A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31(1), pp. 26-32.
- Sampaio, D., & Resina, T. (Edits.). (1994). *Família: Saúde e Doença*. Lisboa: Instituto de Clinica Geral da Zona Sul.

- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (Jun/Dez de 2015). O Cuidado Humano Transicional como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*(49), pp. 153-171. Obtido de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>
- Santos, M. L. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. Universidade de Lisboa. Lisboa: Universidade de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/6979>
- Santos, S. V. (1998). A família da criança com doença crónica: Abordagem de algumas características. *Análise Psicológica*, 1, pp. 65-75.
- Saraceno, C. (1976). *Anatomia della famiglia*. Bari: De Donato.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in nursing. Em A. I. Meleis, *Transitions Theory - midle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 38–51). New York: Springer Publishing Company.
- Seibel, B., Falceto, O., Hollist, C., Springer, P., Fernandes, C., & Koller, S. (Julho de 2017). Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando Famílias*, 21, pp. 120-136.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª ed ed.). Lisboa: Lidel.
- Shen, C., Wan, A., Kwok, L. T., Pang, S., Wang, X., Stewart, S. M., . . . Chan, S. S. (29 de September de 2017). A Community-Based Intervention Program to Enhance Family Communication and Family Well-being: The Learning Families Project in Hong Kong. *Frontiers in Public Health*, 5, pp. 1-9. doi:10.3389/fpubh.2017.00257
- Shivalli, S., Majra, J. P., Akshaya, K. M., & Qadiri, G. J. (Jan de 2015). Family centered approach in primary health care: Experience from an urban area of Mangalore, India. *The Scientific World Journal*(419192), pp. 2-8. doi:10.1155/2015/419192
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada:um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*(55), pp. 11-20.
- Silva, J. V., Silva, E. C., Rodrigues, A. P., & Miayazawa, A. P. (2015). A relação entre envelhecimento populacional e as doenças crónicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Ciencias biológicas e da Saúde*, 3, pp. 91-100. Obtido de <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/2079>
- Silva, S., Figueiredo, M. H., & Melo, P. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e Interações Terapêuticas com uma Família: um estudo de caso. Em J. e. Carvalho (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (p. 291). Porto: ESEP.
- Sousa, F. G., Figueiredo, M. d., & Erdmann, A. L. (Jan-Abril de 2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, pp. 60-63.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública* (7 ed.). Lisboa: Lusodidacta.

- Tavakol, Z., Nasrabadi, A. N., Moghadam, Z. B., Salehiniya, H., & Rezaei, E. (2017). A Review of the Factors Associated with Marital Satisfaction. *Galen Medical Journal*, 6(3), pp. 197-207. doi:10.22086/gmj.v6i3.641
- ULSM - doc nº2247.0. (2019). *Cuidar de quem Cuida - Manual para os cuidadores informais*. ULSM, UCCLP, Matosinhos. Obtido em 2021
- USF Horizonte. (13 de 06 de 2018). Regulamento interno da USF Horizonte. Obtido de http://webh/pls/ulsm_web/agproc_reg.pesquisa_geral_2
- USF Horizonte. (2019). *Carta de Compromisso 2019*. Matosinhos. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- Vaz, J. C., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I., Krug, F. R., Hirschmann, B., & Oliveira, M. M. (5 de 2018). Cuidado à família da criança com doença crónica. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12(5), pp. 397-408. doi:10.5205/1981-8963-v12i5a230852p1397-1408-2018
- Viegas, L., Fernandes, A. A., & Veiga, M. A. (2018). Intervenção De Enfermagem No Estresse Do Cuidador Familiar Do Idoso Com Dependência: Estudo Piloto. *Revista Baiana de Enfermagem*. doi:10.18471/rbe.v32.25244
- WHO Regional Office for Europe. (2013). *The European health report 2012 : charting the way to well-being*. Denmark: WHO Library Cataloguing in Publication Data. Obtido de <https://www.euro.who.int>
- Wilson, J., & Gramling, L. (Sep-Oct de 2009). The application of Orem's Self-Care Model to burn care. *Journal of Burn Care & Reserch*, 5, pp. 852-858. doi:10.1097/BCR.0b013e3181b48a2d
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca.
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 139, pp. 53–80.
- Yin, R. K. (2003). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (2ª ed. ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Younas, A. (2017). A Foundational Analysis of Dorothea Orem's Self-Care Theory and Evaluation of Its Significance for Nursing Practice and Research. *Creative nursing*, 23(1), pp. 13–23. doi:10.1891/1078-4535.23.1.13

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Designação do estudo: Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do enfermeiro de família

Confirmando que expliquei ao participante, de forma adequada e esclarecida a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização. Foi explicado ainda que os dados recolhidos apenas serão utilizados para o estudo em causa.

Assinatura do investigador.....

Eu, _____(nome) aceito participar no estudo *Contributo da Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do enfermeiro de família*, que se insere na realização do projeto de intervenção do Estágio II do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar do Instituto Politécnico de Bragança, em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Universidade de Aveiro, pelo Enfermeiro Rui Alexandre Cordeiro Pereira da Silva.

Foi-me explicado e estou ciente que:

- Tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do projeto, qualquer questão acerca do mesmo;
- Poderei desistir de minha participação em qualquer etapa do projeto;
- Aceito que os meus dados familiares sejam incorporados no projeto e possam ser publicadas ou apresentadas para fins académicos;
- Compreendi que o meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;
- Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela equipe de investigação e será destruído no fim do estudo.

Compreendi todas as explicações que me foram dadas sobre o projeto e tendo-me sido dada oportunidade para colocar todas as minhas dúvidas, as quais foram todas respondidas com clareza e de modo satisfatório. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Assinatura do participante.....

BI/CC nº -

Data:/...../.....

Anexo 2 – Autorização para realização do Estudo na USF Horizonte

Ex.ma Coordenadora USF Horizonte: Dr^a. Patrícia Bernardino

Assunto: Requerimento de autorização para realização com base na metodologia de estudo de caso, de uma investigação-ação no universo de utentes da USF-Horizonte integrada no ACES de Matosinhos.

Eu, **Rui Alexandre Cordeiro pereira da Silva**, enfermeiro a exercer funções na UCSP – Atlântida, do ACES de Matosinhos, com n.º mecanográfico 3976, encontro-me a realizar o estágio do 2º ano, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na USF Horizonte durante no período de 6 de Outubro de 2020 a 21 de Fevereiro de 2021, com uma parceria formativa entre o Instituto Politécnico de Bragança, a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Universidade de Aveiro, venho por este meio solicitar a autorização para realização com base na metodologia de estudo de caso, de uma Investigação-Ação no universo de utentes da USF-Horizonte integrada no ACES de Matosinhos.

O estudo em apresentação decorre da proposta de implementação de um projeto de intervenção em serviço, com vista à resolução de problemas identificados, mobilizando os recursos individuais, familiares ou da comunidade para a prestação de cuidado à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento.

O projeto de Investigação-ação intitulado *“Contributo do Enfermeiro de Família na avaliação e intervenção familiar, junto de famílias com uma pessoa dependente em contexto familiar”*, no âmbito da Unidade Curricular – Estágio II, com orientação científica da Prof^a Doutora Augusta Mata e coorientação científica da Prof^a Doutora Assunção Laranjeira, tendo como Enfermeiro supervisor, o Enf^º Tito Fernandes, Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, de que ressalta a existência de vários estudos que inferem a necessidade dos enfermeiros aprofundarem conhecimentos sobre as famílias e sobre os contributos que o “Enfermeiro de família” deve desenvolver de forma a possuir competências específicas adequando respostas às necessidades específicas de saúde familiar, no contexto em que a “Família” está inserida. Por estas razões, o estudo da Família, potencializa capacidades de avaliação e intervenção familiar concreta, bem como assiste na identificação de necessidades de formação em áreas específicas de intervenção.

O objetivo geral deste trabalho consiste em estudar o contributo do enfermeiro de família na avaliação e intervenção na família, junto de famílias com pessoas dependentes em contexto familiar, aplicando o referencial teórico e operativo MDAIF e avaliar o impacto dos cuidados de Enfermagem.

A população alvo para o presente estudo compreende famílias com inscrição ativa na USF Horizonte, em que um dos seus membros apresente compromisso no seu autocuidado, pelo que, a amostra em estudo, e dadas as características da investigação, incluirá duas famílias que tenham no seu seio uma pessoa dependente.

Perante os objetivos e a natureza deste estudo os meios de recolha de informação a utilizar são: (i) a observação participante e estruturada; (ii) a entrevista estruturada, utilizando para o efeito, os instrumentos da Avaliação familiar – Escala de Graffar, Genograma, Ecomapa, FACES II, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, Escala de APGAR Familiar de Smilkstein e a matriz operativa do MDAIF, que orienta o processo de avaliação familiar nas dimensões familiares (estrutural, de desenvolvimento e funcional).

A recolha de informação segue os preceitos ético-legais relacionados com a manipulação e tratamento de dados pessoais e de saúde sendo solicitado parecer à comissão de Ética da ULSM para a realização deste estudo e no contacto presencial com a família, aos participantes do estudo será explicado, por escrito e verbalmente, os objetivos do estudo, sendo pedida concordância, pela formalização do consentimento livre, voluntário e esclarecido.

Aquando da publicação de algum artigo, na apresentação deste estudo em relatório de estágio ou na submissão da informação com os respetivos dados na biblioteca *on-line*, comprometo-me a reconhecer o papel da ULSM e USF – Horizonte na realização e concretização deste estudo, promovendo a investigação científica e cumprindo com os preceitos de proteção de dados pessoais. Após a apresentação do estudo, comprometo-me a disponibilizar uma cópia eletrónica do mesmo para repositório da Biblioteca da Instituição.

Esperançoso do entendimento da finalidade desta parte do estudo de investigação sobre avaliação e intervenção Familiar e do contributo do Enfermeiro de Família na discussão, reflexão e desenvolvimento de práticas terapêuticas com as famílias, peço deferimento deste requerimento e encaminhamento do mesmo para a apreciação das entidades consultivas competentes.

Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Subscrevo-me atenciosamente,


Rui Alexandre Cordeiro Pereira da Silva

Matosinhos, 9 de Novembro de 2020.

Contatos dos Orientadores:

Profª. Dª Maria Augusta Pereira da Mata, Professora Coordenadora Escola Superior de Saúde Bragança;

e-mail: augustamata@ipb.pt.

Profª. Dª Assunção das Dores Laranjeira de Almeida, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro;

e-mail: laranjeira.almeida@ua.pt

Enª Tito Fernandes, Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária;

e-mail: tito.fernandes@me.com

ANEXOS

ANEXO I – Projeto de Investigação-ação: Contributo do Enfermeiro de Família na avaliação e intervenção familiar, junto de famílias com uma pessoa dependente em contexto familiar

Vade a opm.
10/11/2020

Dr.ª PATRÍCIA S. BERNARDINO
Coordenadora
U.S.F. Horizonte



Anexo 3 – Parecer da Comissão de ética do HPHEPE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 102/CE/JAS Data: 11-12-2020
--	------------	---------------------------------------

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética para a Saúde da ULSM

Apreciação ao pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Contributo do enfermeiro de Família na avaliação e intervenção familiar, junto de famílias com uma pessoa dependente em contexto familiar"

INFORMAÇÃO

Exmo. Senhor,

A Comissão de Ética para a Saúde apreciou o pedido de autorização para realização de um estudo intitulado "Contributo do enfermeiro de Família na avaliação e intervenção familiar, junto de famílias com uma pessoa dependente em contexto familiar", cujo autor é Rui Alexandre Cordeiro Pereira da Silva - Enfº da UCSP - Atlântida dos ACES de Matosinhos, no âmbito de Mestrado em Enfermagem.

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSM deliberou, por unanimidade, nada opor à realização deste estudo, desde que nos seja clarificada a forma como vão ser guardados os dados.

Com os melhores cumprimentos


Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULSM Matosinhos

Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética da ULSM, E.P.E.)

Anexo 4 – Avaliação da Família A

✓ Dimensão Estrutural

➤ **Composição Familiar**

- Genograma Familiar

➤ **Tipo de Família:** Reconstruída

- **Família extensa:** composta pela filha com quem existe mais afetividade, genro e netos que promovem ajuda nas compras para casa.

O tipo de contacto é pessoal e telefónico com frequência semanal (filha) e quinzenal (genro e netos).

A função das relações é de companhia social (filha, genro e netos), apoio emocional (filha), guia cognitivo e conselhos (filha), ajuda material e de serviço (filha, genro e netos).

➤ **Sistemas mais amplos**

- Ecomapa

O Sr. SP e a mulher MP mantêm uma relação muito próxima com a família extensa, filhos, noras e netos, com uma vizinha que dá apoio frequente diário no cuidado à Sr.^a LP. Estabelecem relação com a USF, com o enf.^o e médico de Família, com que têm contacto mínimo mensal e sempre que solicitam. Apesar de serem católicos, a relação espiritual com a Igreja, é pouco frequente.

- **Classe Social:** classe média baixa (10 pontos), posição social IV de acordo com a Escala de Graffar (Apêndice K)

- **Edifício residencial:** O tipo de habitação é habitação social com cozinha, sala, quarto (1) e casa de banho (1). Apresenta barreiras arquitetónicas (2 escalões). O aquecimento é feito por aquecedor elétrico. Apresenta abastecimento de gás (botija). Não sendo uma habitação espaçosa, apresenta-se bem conservada, com boa ventilação e com boas condições de higiene. O quarto e a casa de banho da Sr.^a LP não se encontram adaptados às suas necessidades.

- **Sistema de abastecimento:** o abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

- **Ambiente biológico:** não têm animal doméstico.

Foco	Rendimento Familiar
Juízo	Não Insuficiente/ Insuficiente
CrITÉrios diagnÓsticos	Rendimento Familiar Insuficiente se Origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5. Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Não demonstrado.
Dados:	De acordo com a Escala de Graffar do rendimento familiar situa-se no grau 4 – vencimento < que o salário mínimo e o utente apresenta conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares demonstrado.
DiagnÓstico	Rendimento Familiar Suficiente

Foco	Edifício Residencial
Juízo	Seguro/ Não seguro Não negligenciado/ Negligenciado
CrITÉrios diagnÓsticos	Edifício residencial Não Seguro: <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 (Escala de Graffar) e • Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não segura Não Demonstrado. Edifício residencial negligenciado: <ul style="list-style-type: none"> • Se Higiene da Habitação NÃO e • Conhecimento sobre governo da casa Não Demonstrado e/ou • Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não Demonstrado
Dados	Tipo de habitação - Grau 4 (Escala de Graffar) e Demonstra conhecimento sobre riscos de edifício residencial seguro; Demonstra higiene da habitação e Demonstra conhecimento sobre governo da casa e Demonstra conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional
DiagnÓstico	Edifício Residencial Seguro Edifício residencial Não Negligenciado

Foco	Precaução de Segurança
Juízo	Demonstrada/ Não Demonstrada
CrITÉrios diagnÓsticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada se: <ul style="list-style-type: none"> • Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou • Utilização de gás doméstico Sim e Conhecimento Não Demonstrado sobre utilização de equipamento e/ou • Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Dados	O utente demonstra conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento Demonstra conhecimento sobre utilização de equipamento de gás

	Não demonstra conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Diagnóstico	Precaução de Segurança Não Demonstrada

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

✓ **Dimensão de Desenvolvimento**

Nota: fazendo parte da dimensão desenvolvimento o **planeamento familiar** e a **adaptação à gravidez** não são avaliados porque não se aplica à etapa desenvolvimental em que esta família se encontra.

- **Etapa do Ciclo Vital Familiar:** o casal encontra-se na última etapa do ciclo vital – Família com filhos adultos (ciclo de Relvas).
- **Satisfação conjugal:** A Srª LP, não foi avaliada devido à sua condição de saúde que impossibilita a colaboração.

Foco	Satisfação Conjugal		
Juízo	Mantida/ Não Mantida		
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: <ul style="list-style-type: none"> • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida 		
Dimensões	Dados de caracterização	Juízo	Critérios diagnósticos
Relação Dinâmica	1.Satisfação do casal com a divisão/	Disfuncional/	Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens de “dados de

	partilha das tarefas domésticas: Srº CP – Sim ; 2.Satisfação do casal com o tempo que passam juntos: Srº CP – Não (“passa muito tempo desorientada e agitada”); 3.Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos: Srº CP – Não (“eu falo para ela, mas sinto que não entende o que lhe digo”).	Não Disfuncional	caracterização” se situar no NÃO
Comunicação do casal	1.O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um: Srº CP – Não ; 2.O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião: Srº CP- Sim ; 3.Satisfação com o padrão de comunicação do casal: Srº CP – Não (“sinto que não entende o que lhe digo”)	Eficaz/ Não eficaz	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não Itens 1;2: Não Itens 1; 2.; 3: Não
Interação Sexual	1.Satisfação do casal com o padrão de sexualidade: Srº CP – Sim ; 2.Conhecimento sobre sexualidade: Srº CP – Sim ;	Adequada/ Não Adequada	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não Itens 1; 2: Não
Função sexual	1 Disfunções sexuais: Não ; 2.Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais: Sim ;	Não comprometida/ Comprometida	Função Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim Item 1: Sim e Item 2: Não
Diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida Relação Dinâmica Disfuncional Comunicação Não eficaz Interação Sexual Adequada Função sexual Não comprometida		

➤ **Papel parental – Família com filhos adultos**

Foco	Papel Parental (Família com adultos)		
Juízo	Adequado/ Não adequado		
Crítérios diagnósticos	Papel parental Não Adequado se: •Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou •Comportamento de Adesão Não Demonstrado e/ou •Consenso do papel NÃO e/ou Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM		
Dimensões	Dados de caracterização	Juízo	Crítérios diagnósticos
Conhecimento do papel	Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa: Sim;	Demonstrado	Conhecimento Não Demonstrado Se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO
Comportamentos de adesão	<i>Adaptação da família à saída dos filhos de casa:</i> Sim; Redefinição das relações com a filha – relações adulto-adulto: Sim; Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos: Sim; Satisfação com o contacto mantido com o filho: Sim; Satisfação com a relação mantida com a filha e companheiro da filha: Sim;	Demonstrado	Comportamentos de adesão Não demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO
Consenso do papel	Srº CP – Sim		
Conflitos do papel	Srº CP – Não		
Saturação do papel	Srº CP – Não		
Diagnóstico	Papel Parental Adequado		

✓ **Dimensão Funcional**

- Membro da família dependente – **Sim** - grave dependência (Apêndice L).
 - Dependência em: autocuidado higiene, autocuidado ir ao sanitário, autocuidado comportamento sono – repouso, autocuidado atividade de lazer, autocuidado gestão do regime terapêutico, autocuidado autovigilância e autocuidado autoadministração de medicamentos.
 - Prestador de cuidados: membro da família - Sr. CP.

- **Papel de Prestador de Cuidados**

Foco	Papel Prestador de Cuidados	
Juízo	Adequado/ Não adequado	
Crítérios diagnósticos	Papel PC Não Adequado se: <ul style="list-style-type: none"> •Conhecimento do Papel Não Demonstrado e/ou •Comportamentos de adesão Não Demonstrado e/ou •Consenso do papel NÃO e/ou Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM 	
Dimensões	Conhecimento do papel	
Dados de caracterização	Juízo	Crítérios diagnósticos
	Demonstrado/ Não demonstrado	Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades Não demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO
<p>1. Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene</p> <p>Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência – Sim (“enquanto conseguir fazer por ela deixo que faça”);</p> <p>Conhecimento do PC sobre a técnica de banho – Não (não especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica de banho);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre a técnica de banho – Não (não apresenta habilidade sobre a técnica de banho);</p> <p>Conhecimento do PC sobre a técnica de lavagem dos dentes – Não (não especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica);</p> <p>Aprendizagem de habilidade do PC sobre técnica de lavagem dos dentes – Não (não apresenta habilidade sobre a técnica de banho);</p> <p>Conhecimento do PC sobre utilização do fio dentário - Não (não especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre utilização do fio dentário</p> <p>Conhecimento do PC sobre periodicidade da lavagem dos dentes – Não (não tem hábito de realizar lavagem dos dentes);</p> <p>Conhecimento do PC sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar) – Não (higiene do cabelo descuidada, apresentação oleosa);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre higiene do cabelo - Não (não especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica);</p> <p>Conhecimento do PC sobre técnica de fanerotomia - Não (não especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de fanerotomia - Não (não apresenta habilidade sobre a técnica);</p> <p>2. Conhecimento do Prestador de Cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário</p> <p>Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência – Sim (“deixo que ela se vista por ela”)</p> <p>Conhecimento do PC sobre a adequação do vestuário ao clima – Sim;</p> <p>Conhecimento do PC sobre técnica para vestir – Sim (refere os passos adequados sobre a técnica);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica para vestir – Sim (apresenta habilidade sobre a técnica);</p> <p>Conhecimento do PC sobre técnica para despir – Sim (especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica para despir – Sim (apresenta habilidade sobre a técnica);</p> <p>3. Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer</p> <p>Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência – Sim (“sempre que ela está capaz ela come pela mão dela”);</p> <p>Conhecimento do PC sobre padrão alimentar adequado – Sim (refere uma diversidade alimentar, evidenciada nos alimentos e frutas disponíveis para consumo);</p> <p>Conhecimento do PC sobre preparação de alimentos – Sim (o PC apresenta conhecimento sobre a preparação dos alimentos “desde muito novo que cozinhou”);</p>		

Conhecimento do PC sobre técnica de alimentação (oral, SNG) – **Sim** (refere de modo adequado várias formas de providenciar a alimentação à familiar dependente);
Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de alimentação – **Sim** (apresenta habilidade sobre a técnica nos momentos de refeição);

4. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência - **Sim** (“sempre que ela está capaz ela bebe pela mão dela”);

Conhecimento do PC sobre padrão de ingestão de líquidos adequado - **Sim** (refere uma diversidade de momentos adequados acerca da ingestão de líquidos);

Conhecimento do PC sobre técnica de administração de líquidos - **Sim** (refere de modo adequado várias formas de providenciar a alimentação à familiar dependente);

Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de administração de líquidos - **Sim** (apresenta habilidade sobre a técnica de administração de líquidos);

5. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência - **Sim**

Conhecimento do PC sobre equipamentos adaptativos – **Não** - porque não se verifica a existência deles (“não sei que equipamentos devo comprar”);

Aprendizagem de habilidades do PC sobre equipamentos adaptativos – **Não** (“até agora tenho feito o que posso para ela ir ao wc, assim sem nada”);

6. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência - **Sim**

Conhecimento do PC sobre a importância de um sono reparador – **Sim** (“sim, faço por organizar a vida da casa e os cuidados que lhe dou para estar descansada para dormir”);

Conhecimento do PC sobre a organização das horas de sono e repouso – **Sim** (“permito que ela esteja confortável para dormir de noite e de tarde”);

7. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência – **Não** (“ela já liga pouco”);

Conhecimento do PC sobre a importância de manter atividades de lazer – **Não** (apresenta sempre a televisão desligada no quarto: “ela não liga nenhuma à televisão e algumas pessoas que aqui vêm ela já não interage com elas”);

8. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência - **Sim** (“eu bem puxo por ela”);

Conhecimento do PC sobre padrão de exercício adequado – **Não** (“ela está muito mais parada, e o meu medo é que caia”);

Conhecimento do PC sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) – **Não** (o PC não refere os passos adequados sobre as técnicas);

Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) – **Não** sendo que o Sr^o CP não senta nem transfere a Sr^a LP de forma regular).

Conhecimento do PC sobre equipamentos adaptativos – **Não** (ela anda com muita dificuldade e eu pego nela em braços” refere o Sr.^o CP);

Aprendizagem de habilidades do PC sobre equipamentos adaptativos – **Não** (não apresenta habilidade sobre o uso de equipamento porque nas atividades o Sr^o CP nem refere a falta dele);

9. Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência - **Sim**

Conhecimento do PC sobre fisiopatologia da doença – **Sim** (a Dr^a do centro de saúde tem vindo a casa e explicou-me a situação dela”)

Conhecimento do PC sobre medidas de prevenção de complicações – **Sim** (o PC refere cuidados sobre a necessidade de a medicação ser importante)

Conhecimento do PC sobre regime medicamentoso - **Sim**

10. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência - **Sim**
 Conhecimento do PC sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia – **Não** (o PC apenas valoriza os valores apresentados pela máquina de pesquisa de glicemia)
 Conhecimento do PC sobre vigilância da glicemia capilar – **Sim** (refere os passos adequados na vigilância da glicemia capilar);
 Aprendizagem de habilidades do PC sobre vigilância da glicemia capilar – **Sim** (o PC faz avaliações regulares de glicemia capilar);
 Conhecimento do PC sobre vigilância da tensão arterial – **Sim** (refere os passos adequados para avaliação de tensão arterial);
 Aprendizagem de habilidades do PC sobre vigilância da tensão arterial – **Sim** (o PC faz avaliações regulares de tensão arterial);
 Conhecimento do PC sobre vigilância dos pés – **Não** (“não sei o que isso quer dizer”);

11. Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência – **Sim**
 Conhecimento do PC sobre armazenamento seguro dos medicamentos – **Sim** (o PC referencia as qualidades adequadas do local para armazenamento da medicação);
 Aprendizagem de habilidades do PC sobre armazenamento seguro dos medicamentos – **Sim** (o PC armazenamento a medicação em local adequado);
 Conhecimento do PC sobre terapêutica prescrita – **Sim** (o PC refere características da terapêutica prescrita de modo correto);
 Conhecimento do PC sobre técnica de administração de medicamentos – **Sim**
 Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de administração de medicamentos – **Sim** (o PC administra os medicamentos de forma adequada);
 Conhecimento do PC sobre eliminação adequada de medicamentos – **Sim** (o PC refere levar à farmácia);

Dimensões	Comportamento de Adesão	
Dados de caracterização	Juízo	Critérios diagnósticos
	Demonstrado/ Não Demonstrado	Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades Não demonstrada se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO
<p>O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente - Sim;</p> <p>O Prestador de cuidados promove higiene adequada ao membro da família dependente – Não (higiene oral inadequada com placas de secreções e restos de comida na cavidade oral);</p> <p>O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente – Sim;</p> <p>O Prestador de cuidados promove ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente – Sim;</p> <p>A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente – Não (sem equipamentos adaptativos na habitação);</p> <p>O Prestador de cuidados promove comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente – Sim;</p> <p>O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente – Não (televisão desligada nos períodos da manhã e tarde; pouca interação social da pessoa dependente);</p> <p>O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente – Não (ausência de prática de exercício ativo e passivo)</p> <p>O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância – Não (ausência de conhecimento para avaliação de sinais de hipoglicemia/hiperglicemia e ausência de vigilância dos pés).</p>		

Consenso do papel	Sim	
Conflitos do papel	Não	
Saturação do papel	Sim	Quando o Sr ^o CP verbaliza “e de que maneira”; “dedico demasiado tempo a cuidá-la ela e sinto que o tempo é insuficiente para mim”; “sensação de estar preso e isolado”; “cuidar dela exige muito de mim e deixa-me cansado”.

Diagnósticos	<p>Papel Prestador de Cuidados Não Adequado</p> <p>Conhecimento do Papel Não Demonstrado Comportamento de Adesão Não Demonstrado</p> <p>Consenso do papel Sim Conflito do papel Não Saturação do papel Sim</p>
---------------------	--

➤ **Processo Familiar**

- Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe à família A (Apêndice M) obteve-se uma pontuação de **139**, pelo que a família tem menor probabilidade de incidência de doenças. De referir que as mudanças assinaladas se relacionam com a Pandemia vivida atualmente.

Foco	Processo Familiar		
Juízo	Não disfuncional/ Disfuncional		
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação Não eficaz e/ou • Coping Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de papéis Não eficaz/ Conflitual e/ou • Relação dinâmica disfuncional 		
Dimensões	Dados de caracterização	Juízo	Critérios diagnósticos
Comunicação Familiar	Quem na família expressa mais os sentimentos é o Sr. ^o CP; 1. Comunicação Emocional <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da família - Sim • Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros - Sim 	Eficaz	Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos três itens de caracterização estiver alterado (Não/Não Favorável)

	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família - Favorável <p>2. Comunicação Verbal/ Não verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem – Não (a Srª LP devido aos períodos de confusão não é compreendida de forma clara); • Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros – Não (a Srª LP não se expressa claramente devido aos períodos de confusão); <p>3. Comunicação Circular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família – Não (o Srº CP refere desânimo por não poder comunicar de melhor forma com a Srª LP); • Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa – Não favorável. 		
Coping Familiar	<p>Solução de Problemas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quem na família habitualmente identifica os problemas é o Srº CP; 2. Quem tem a iniciativa para os resolver - o Sr.º CP; 3. Existe discussão sobre os problemas na família - Sim 4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas - Sim 5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas - Sim 6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas - Sim 	Eficaz	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum (s) membro(s) da família que identifica (m) os problemas e toma (m) a iniciativa para os resolver e os outros itens (2,3,4,5,6) se situam no Não.
Interação de Papéis Familiares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Papel provedor <ul style="list-style-type: none"> • Quem desempenha - Srº CP • Consenso do Papel - Sim • Conflitos de papel - Não • Saturação do papel – Não 2. Papel gestão financeira <ul style="list-style-type: none"> • Quem desempenha - Srº CP • Consenso do Papel - Sim 	Eficaz	<p>Interação de Papéis Familiares Não Eficaz Se: Nos itens 1,2,3,4,5: • Consenso do Papel NÃO e Saturação do Papel SIM</p> <p>Interação de Papéis Familiares Conflitual Se: Nos itens 1,2,3,4,5: • Conflito do Papel SIM</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Conflitos de papel – Não • Saturação do papel – Não <p>3. Papel Cuidado Doméstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quem desempenha - Srº CP • Consenso do Papel - Sim • Conflitos de papel - Não • Saturação do papel – Sim (o Srº CP historicamente nunca cuidou da casa e refere sobrecarga de tarefas) <p>4. Papel Recreativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quem desempenha - Srº CP • Consenso do Papel - Sim • Conflitos de papel – Não • Saturação do papel – Não <p>5. Papel de Parente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quem desempenha - Sr.º CP • Consenso do Papel - Sim • Conflitos de papel – Não • Saturação do papel – Não 	<p>Não Conflitual</p>	
<p>Relação Dinâmica</p>	<p>1. Influência e Poder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membro com maior poder na família - Srº CS • Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros – Sim <p>2. Alianças e Uniões</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existem na família alianças entre alguns dos seus membros - Sim, entre o Sr. CP e a filha DP de filiação. • Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união – Sim <p>3. Coesão e Adaptabilidade da Família FACES II - aplicada ao Srº CP (Apêndice N) que percebe a sua família, em termos de coesão como desmembrada e, em termos de adaptabilidade como estruturada, apresentando-se, por isso, como um tipo de família extrema;</p>	<p>Não disfuncional/ Disfuncional</p>	<p>Relação Dinâmica Disfuncional Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> -A Família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e/ou -Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou -Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família muito equilibrada ou Extrema e/ou -APGAR familiar de pelo menos um dos membros < 3 (família com disfunção acentuada)

	4.Funcionalidade da Família – percepção dos membros APGAR Familiar de Smilkstein – Membro <u>Sr. CP</u> Resultado: família altamente funcional (Apêndice O); Membro <u>Srª. LP</u> - não aplicável		
Diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional Comunicação familiar Não eficaz Coping familiar eficaz Interação de Papéis Familiares Não eficaz Relação dinâmica disfuncional		

- Crenças Familiares

Religiosas católicos praticantes;

Espirituais acreditam na existência de Deus;

Valores respeito e ajuda aos mais vulneráveis dentro da família;

Culturais assumem a cultura da freguesia em que residem;

Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde percebem os profissionais de saúde como ajuda e suporte na resolução de problemas que implicam a alteração do seu estado de saúde.

Anexo 5 – Avaliação da Família B

✓ Dimensão Estrutural

➤ Composição Familiar

- Genograma Familiar

➤ Tipo de Família: Alargada

➤ Família extensa: composta pelo filho do casal (AS), o Sr.º JS de 68 anos, (irmão da Srª FS), a sua esposa e filha.

O tipo de contacto é pessoal (com frequência quinzenal) e telefónico com frequência semanal, O filho do casal, AS, tem um contacto pessoal semanal com o agregado e telefónico diário.

A função das relações é de companhia social (entre irmãos, cunhada, nora, netos e sobrinhos), realizando convívios e passeios com alguma frequência, de apoio emocional (irmão e filho) e de ajuda sempre que necessário.

➤ Sistemas mais amplos

- Ecomapa

O casal Sr.º JS e a Srª FS, sendo pessoas ativas profissionalmente, apresentam um vínculo forte com as instituições onde trabalham (empresa e escola). Pela condição de saúde, e hábitos de vigilância de saúde, existem vínculos fortes com a USF Horizonte e Hospital. Devido à pandemia, existem vínculos fracos com espaços de lazer e de relação com a comunidade, amigos e vizinhos. A relação com instituições religiosas, como rotina semanal, é pouco frequente existindo vínculo fraco.

➤ Classe Social: classe média alta (10 pontos), posição social II de acordo com a Escala de Graffar (Apêndice X);

➤ Edifício residencial: O tipo de habitação é apartamento, espaçoso e confortável com cozinha, sala, quarto (3) e casa de banho (2). Apresenta barreiras arquitetónicas (2 escadões) no acesso à habitação. O aquecimento é feito por aquecedor elétrico. Apresenta abastecimento de gás (botija). Tem boa ventilação e luz natural.

➤ Sistema de abastecimento: o abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos é feito pela rede pública.

➤ Ambiente biológico: não têm animal doméstico.

Foco	Rendimento Familiar
Juízo	Não Insuficiente/ Insuficiente
Crítérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se Origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5. Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Não demonstrado.
Dados:	De acordo com a Escala de Graffar do rendimento familiar situa-se no grau 3 – vencimentos certos e apresenta conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com despesas familiares demonstrado.
Diagnóstico	Rendimento Familiar Suficiente

Foco	Edifício Residencial
Juízo	Seguro/ Não seguro Não negligenciado/ Negligenciado
Crítérios diagnósticos	Edifício residencial Não Seguro: <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 (Escala de Graffar) e • Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não segura Não Demonstrado. Edifício residencial negligenciado: <ul style="list-style-type: none"> • Se Higiene da Habitação NÃO e • Conhecimento sobre governo da casa Não Demonstrado e/ou • Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não Demonstrado
Dados	Tipo de habitação - Grau 2 (Escala de Graffar) e Demonstra conhecimento sobre riscos de edifício residencial seguro; Demonstra higiene da habitação e Demonstra conhecimento sobre governo da casa e Demonstra conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional
Diagnóstico	Edifício Residencial Seguro Edifício residencial Não Negligenciado

Foco	Precaução de Segurança
Juízo	Demonstrada/ Não Demonstrada
Crítérios diagnósticos	Precaução de Segurança Não Demonstrada se: <ul style="list-style-type: none"> • Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou • Utilização de gás doméstico Sim e Conhecimento Não Demonstrado sobre utilização de equipamento e/ou

	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Dados	Demonstra conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento Demonstra conhecimento sobre utilização de equipamento de gás Demonstra conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada

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

✓ **Dimensão de Desenvolvimento**

Nota: fazendo parte da dimensão desenvolvimento o **planeamento familiar** e a **adaptação à gravidez** não são avaliados porque não se aplica à família.

- **Etapa do Ciclo Vital Familiar:** o casal encontra-se na última etapa do ciclo vital – Família com filhos adultos (ciclo de Relvas).
- **Satisfação conjugal**

Foco	Satisfação Conjugal
Juízo	Mantida/ Não Mantida
Crítérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: <ul style="list-style-type: none"> • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida

Dimensões	Dados de caracterização	Juízo	Critérios diagnósticos
Relação Dinâmica	1.Satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas: ambos - Sim 2.Satisfação do casal com o tempo que passam juntos: ambos - Sim 3.Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos: ambos - Sim	Não Disfuncional	Relação dinâmica disfuncional se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO
Comunicação do casal	1.O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um: ambos - Sim 2.O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião: ambos - Sim 3.Satisfação com o padrão de comunicação do casal: ambos - Sim	Eficaz	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não Itens 1;2: Não Itens 1; 2.; 3: Não
Interação Sexual	1.Satisfação do casal com o padrão de sexualidade: ambos - Sim 2.Conhecimento sobre sexualidade: ambos - Sim	Adequada	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não; Itens 1; 2: Não
Função sexual	1 Disfunções sexuais: ambos - Não 2.Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais: - Sim	Não comprometida	Função Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim Item 1: Sim e Item 2: Não
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida Relação Dinâmica Funcional Comunicação Eficaz Interação Sexual Adequada Função sexual Não comprometida		

Foco	Papel Parental (Família com adultos)		
Juízo	Não Adequado/ Adequado		
Critérios diagnósticos	Papel parental Não Adequado se: •Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou •Comportamento de Adesão Não Demonstrado e/ou •Consenso do papel NÃO e/ou Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM		
Dimensões	Dados de caracterização	Juízo	Critérios diagnósticos
Conhecimento do papel	Conhecimento sobre as tarefas da	Demonstrado	Conhecimento Não Demonstrado Se: Um dos itens de “dados de

	nova etapa		caracterização” se situar no NÃO
Comportamentos de adesão	<i>Adaptação da família à saída dos filhos de casa: Sim;</i> Redefinição das relações com a filha – relações adulto-adulto: Sim; Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos: Sim; Satisfação com o contacto mantido com o filho: Sim; Satisfação com a relação mantida com a filha e companheiro da filha: Sim;	Demonstrado	Comportamentos de adesão Não demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO
Consenso do papel	ambos - Sim		
Conflitos do papel	ambos - Não		
Saturação do papel	ambos - Não		
Diagnóstico	Papel Parental Adequado		

✓ **Dimensão Funcional**

- Membro da família dependente – **Sim** - com Grave dependência (Apêndice Q).
 - Dependência em: autocuidado higiene, autocuidado ir ao sanitário, autocuidado atividade de lazer, autocuidado gestão do regime terapêutico;
 - Prestador de cuidados: membro da família - Sr.ª FS

➤ **Papel de Prestador de Cuidados**

Foco	Papel Prestador de Cuidados
Juízo	Adequado/ Não adequado
Crítérios diagnósticos	Papel PC Não Adequado se: <ul style="list-style-type: none"> •Conhecimento do Papel Não Demonstrado e/ou •Comportamentos de adesão Não Demonstrado e/ou

	•Consenso do papel NÃO e/ou Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM	
Dimensões	Conhecimento do papel	
Dados de caracterização	Juízo	Crítérios diagnósticos
	Demonstrado/ Não demonstrado	Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades Não demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO
<p>1. Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene</p> <p>Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência – Não (a PC refere: “faço tudo por ela”, não se verificando a promoção de processo auto-iniciados pela Srª VM.);</p> <p>Conhecimento do PC sobre a técnica de banho – Sim (não especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica de banho);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre a técnica de banho – Sim (apresenta habilidade sobre a técnica de banho);</p> <p>Conhecimento do PC sobre a técnica de lavagem dos dentes – Sim (especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica);</p> <p>Aprendizagem de habilidade do PC sobre técnica de lavagem dos dentes – Sim (apresenta habilidade sobre a técnica de banho);</p> <p>Conhecimento do PC sobre utilização do fio dentário - Sim (especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre utilização do fio dentário – Sim (a PC refere: “todos os dias aplico à minha mão o fio dentário”);</p> <p>Conhecimento do PC sobre periodicidade da lavagem dos dentes – Sim (“a escovagem dos dentes é bi-diária”);</p> <p>Conhecimento do PC sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar) – Sim (realiza diariamente higiene do cabelo);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre higiene do cabelo - Sim (o especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica);</p> <p>Conhecimento do PC sobre técnica de fanerotomia - Sim (especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de fanerotomia - Sim (apresenta habilidade sobre a técnica);</p> <p>2. Conhecimento do Prestador de Cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário</p> <p>Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência – Não (“tenho receio que ela não seja capaz e se desequilibre”);</p> <p>Conhecimento do PC sobre a adequação do vestuário ao clima – Sim;</p> <p>Conhecimento do PC sobre técnica para vestir – Sim (refere os passos adequados sobre a técnica);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica para vestir – Sim (apresenta habilidade sobre a técnica);</p> <p>Conhecimento do PC sobre técnica para despir – Sim (especifica procedimentos de forma correta acerca da técnica);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica para despir – Sim (apresenta habilidade sobre a técnica);</p> <p>3. Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer</p> <p>Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência – Sim (“sempre que ela está capaz ela como pela mão dela”);</p> <p>Conhecimento do PC sobre padrão alimentar adequado – Sim (refere uma diversidade alimentar, evidenciada nos alimentos e frutas disponíveis para consumo);</p> <p>Conhecimento do PC sobre preparação de alimentos – Sim (o PC apresenta conhecimento sobre a preparação dos alimentos “desde muito novo que cozinhou”);</p> <p>Conhecimento do PC sobre técnica de alimentação (oral, SNG) – Sim (refere de modo adequado várias formas de providenciar a alimentação à familiar dependente);</p> <p>Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de alimentação – Sim (apresenta habilidade sobre a técnica nos momentos de refeição);</p> <p>4. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber</p> <p>Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência - Sim (“sempre que ela está capaz ela bebe pela mão dela”);</p> <p>Conhecimento do PC sobre padrão de ingestão de líquidos adequado - Sim (refere uma diversidade de momentos adequados acerca da ingestão de líquidos);</p>		

Conhecimento do PC sobre técnica de administração de líquidos - **Sim** (refere de modo adequado várias formas de providenciar a alimentação à familiar dependente);
Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de administração de líquidos - **Sim** (apresenta habilidade sobre a técnica de administração de líquidos);

5. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência - **Sim**

Conhecimento do PC sobre equipamentos adaptativos – **Sim** (“temos equipamentos comprar”);

Aprendizagem de habilidades do PC sobre equipamentos adaptativos – **Sim** (a PC demonstra habilidades no uso e aplicação do equipamento adaptativo”);

6. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência - **Sim**

Conhecimento do PC sobre a importância de um sono reparador – **Sim** (“sim, faço por organizar a vida da casa e os cuidados que lhe dou para estar descansada para dormir”);

Conhecimento do PC sobre a organização das horas de sono e repouso – **Sim** (“permito que ela esteja confortável para dormir de noite e de tarde”);

7. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência – **Sim** (“incentivo-a a ler livros e até lhe tenho comprado alguns que ela pede”);

Conhecimento do PC sobre a importância de manter atividades de lazer – **Não** (registra-se no facto de por medo da pandemia e por limitações do confinamento, a filha, não favorecer os passeios no exterior da Srª VM, impossibilitando alguma atividade de convívio e participação social);

8. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência - **Sim** (“eu digo à minha mãe que deve realizar os exercícios”);

Conhecimento do PC sobre padrão de exercício adequado – **Não** (a Srª FS não refere um conjunto de exercícios que a mãe deve realizar);

Conhecimento do PC sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) – **Não** (o PC não refere os passos adequados sobre as técnicas);

Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) – **Não** (a Sr.ª FS não utiliza as técnicas nos processos de levante e transferência da Srª VM.);

Conhecimento do PC sobre equipamentos adaptativos – **Sim** (“temos o andarilho e equipamento no wc para ajuda e facilidade para a minha mãe, conforme nos aconselharam” refere a Sr.ª FS);

Aprendizagem de habilidades do PC sobre equipamentos adaptativos – **Sim** (a Srª FS apresenta habilidade no uso de equipamento);

9. Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência – **Sim**;

Conhecimento do PC sobre fisiopatologia da doença – **Sim** (temos consultas regulares e a Drª que acompanha a minha mãe explica-me a situação da minha mãe”);

Conhecimento do PC sobre medidas de prevenção de complicações – **Sim** (o PC refere cuidados acerca das doses de medicação);

Conhecimento do PC sobre regime medicamentoso – **Sim** (a PC segue um plano medicamentoso prescrito pela Médica que acompanha a familiar dependente);

10. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância

Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência - **Sim**

Conhecimento do PC sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia – **Não aplicável**

Conhecimento do PC sobre vigilância da glicemia capilar – **Não aplicável**

Aprendizagem de habilidades do PC sobre vigilância da glicemia capilar – **Não aplicável**;

Conhecimento do PC sobre vigilância da tensão arterial – **Sim** (refere os passos adequados para avaliação de tensão arterial);

Aprendizagem de habilidades do PC sobre vigilância da tensão arterial – **Sim** (o PC faz avaliações regulares de tensão arterial);

Conhecimento do PC sobre vigilância dos pés – **Sim** (“a PC refere que: "sempre avalio a condição dos pés depois do banho”);

11. Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos
 Conhecimento do PC sobre a importância de estimular a independência – **Sim** (a PC prepara a medicação para a semana e a mãe toma de forma autônoma)
 Conhecimento do PC sobre armazenamento seguro dos medicamentos – **Sim** (a PC referencia as qualidades adequadas do local para armazenamento da medicação);
 Aprendizagem de habilidades do PC sobre armazenamento seguro dos medicamentos – **Sim** (o PC armazenamento a medicação em local adequado);
 Conhecimento do PC sobre terapêutica prescrita – **Sim** (o PC refere características da terapêutica prescrita de modo correto);
 Conhecimento do PC sobre técnica de administração de medicamentos – **Sim** (foi observado que a PC assegura a administração pela via adequada e de acordo com as características do medicamento e indicações medicas);
 Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de administração de medicamentos – **Sim** (a PC administra os medicamentos de forma adequada);
 Conhecimento do PC sobre eliminação adequada de medicamentos – **Sim** (a PC refere levar à farmácia);

Dimensões	Comportamento de Adesão	
Dados de caracterização	Juízo	Critérios diagnósticos
	Demonstrado/ Não Demonstrado	Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades Não demonstrada se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO
<p>O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente - Não (tenho receio que ela não seja capaz e se desequilibre”); O Prestador de cuidados promove higiene adequada ao membro da família dependente – Sim (a pessoa dependente apresenta higiene oral adequada); O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente – Sim; O Prestador de cuidados promove ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente – Sim; A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente – Sim (a PC faz uso de equipamentos adaptativos na habitação); O Prestador de cuidados promove comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente – Sim; O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente – Não (a PC não promove de forma regular os passeios no exterior que a mãe poderia fazer); O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente – Sim (existe prática de exercício ativo e passivo por parte do familiar dependente, promovido pela PC); O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância – Sim (existe conhecimento para avaliação de sinais vitais à familiar dependente).</p>		

Consenso do papel	Sim
Conflitos do papel	Não
Saturação do papel	Não

Diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado Conhecimento do Papel Não Demonstrado Comportamento de Adesão Não Demonstrado Consenso do papel Sim Conflito do papel Não Saturação do papel Não
---------------------	--

➤ **Processo Familiar**

- Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe aplicada à família B (Apêndice R) obteve-se uma pontuação de **162**, pelo tendo baixa probabilidade de incidência de doenças. De referir que as mudanças assinaladas se relacionam com a Pandemia vivida atualmente.

Foco	Processo Familiar		
Juízo	Não disfuncional/ Disfuncional		
Critérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação Não eficaz e/ou • Coping Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de papéis Não eficaz/ Conflitual e/ou • Relação dinâmica disfuncional 		
Dimensões	Dados de caracterização	Juízo	Critérios diagnósticos
Comunicação Familiar	Quem na família expressa mais os sentimentos é o Sr. ^o JS (marido); Comunicação Emocional <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da família - Sim • Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros - Sim • Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família - Favorável Comunicação Verbal/ Não verbal <ul style="list-style-type: none"> • Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada 	Eficaz	Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos três itens de caracterização estiver alterado (Não/Não Favorável)

	<p>da casa e refere sobrecarga de tarefas)</p> <p>4.Papel Recreativo</p> <ul style="list-style-type: none"> •Quem desempenha - Srº JS •Consenso do Papel - Sim •Conflitos de papel – Não •Saturação do papel – Não <p>5.Papel de Parente</p> <ul style="list-style-type: none"> •Quem desempenha - Srº FS e Sr.ª VM •Consenso do Papel - Sim •Conflitos de papel – Não •Saturação do papel – Não 																																
Relação Dinâmica	<p>1.Influência e Poder</p> <ul style="list-style-type: none"> •Membro com maior poder na família - Srº VM •Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros – Sim <p>2.Alianças e Uniões</p> <ul style="list-style-type: none"> •Existem na família alianças entre alguns dos seus membros - Não. •Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união – Não <p>3.Coesão e Adaptabilidade da Família FACES II - foi aplicada aos membros da família, exceto o Sr.º LS que recusou participar no estudo (Apêndice S) sendo os resultados os seguintes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Elementos</th> <th colspan="2">Coesão familiar</th> <th colspan="2">Adaptabilidade</th> <th>Família tipo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JS</td> <td>30</td> <td>desmembrada</td> <td>46</td> <td>flexível</td> <td>Meio termo</td> </tr> <tr> <td>FS</td> <td>31</td> <td>desmembrada</td> <td>44</td> <td>estruturada</td> <td>Meio termo</td> </tr> <tr> <td>VM</td> <td>29</td> <td>desmembrada</td> <td>41</td> <td>estruturada</td> <td>extrema</td> </tr> <tr> <td>Família</td> <td>30</td> <td>desmembrada</td> <td>44</td> <td>estruturada</td> <td>Meio termo</td> </tr> </tbody> </table>	Elementos	Coesão familiar		Adaptabilidade		Família tipo	JS	30	desmembrada	46	flexível	Meio termo	FS	31	desmembrada	44	estruturada	Meio termo	VM	29	desmembrada	41	estruturada	extrema	Família	30	desmembrada	44	estruturada	Meio termo	Não disfuncional/ Disfuncional	<p>Relação Dinâmica Disfuncional Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> -A Família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e/ou -Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou -Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família muito equilibrada ou Extrema e/ou -APGAR familiar de pelo menos um dos membros < 3 (família com disfunção acentuada)
Elementos	Coesão familiar		Adaptabilidade		Família tipo																												
JS	30	desmembrada	46	flexível	Meio termo																												
FS	31	desmembrada	44	estruturada	Meio termo																												
VM	29	desmembrada	41	estruturada	extrema																												
Família	30	desmembrada	44	estruturada	Meio termo																												

	<p>4.Funcionalidade da Família – percepção dos membros APGAR Familiar de Smilkstein –</p> <p>Sr.º JS - resultado: 10 (altamente funcional); Sr.ª FS – resultado: 10 (altamente funcional); Sr.ª VM – resultado: 9 (altamente funcional); Sr.º LS recusou participar.</p>		
Diagnóstico	<p>Processo Familiar Disfuncional</p> <p>Comunicação familiar eficaz Coping Familiar eficaz Interação de Papéis Familiares eficaz e não conflitual Relação dinâmica disfuncional</p>		

- Crenças Familiares
 - Religiosas católicos praticantes;
 - Espirituais acreditam na existência de Deus;
 - Valores respeito, amizade e ajuda aos mais vulneráveis dentro da família;
 - Culturais assumem uma cultura moderna, com respeito pelas tradições;
 - Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde: aceitação dos profissionais de saúde como ajuda e suporte na resolução de problemas que implicam a alteração do seu estado de saúde.

Anexo 6 – Programa de Intervenção na Família A

PI individualizado

1ª VD – Duração de 45 minutos. Apresentação do estudo, do investigador principal e assinatura do consentimento informado. Início de avaliação familiar.

2ª VD - Duração de 120 minutos. Da avaliação realizada, emergiram os diagnósticos, objetivos e prioridades que são apresentados de seguida.

✓ Dimensão Estrutural

Foco:	Precaução de Segurança
Juízo:	Não demonstrado
Critérios de diagnóstico:	Precaução de Segurança Não Demonstrada se: <ul style="list-style-type: none">• Existência de Barreiras arquitetónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas

✓ Dimensão de Desenvolvimento

Foco:	Satisfação Conjugal
Juízo:	Não mantida
Critérios de diagnóstico:	Relação Dinâmica Disfuncional Comunicação Não eficaz

✓ **Dimensão Funcional**

Foco:	Papel prestador de cuidados
Juízo:	Não adequado
Critérios de diagnóstico:	<p>Conhecimento do papel não demonstrado:</p> <p>Autocuidado higiene; Autocuidado vestuário; Autocuidado comer; Autocuidado beber; Autocuidado ir ao sanitário; Autocuidado atividade física; Autocuidado atividade recreativa; Autovigilância;</p> <p>Comportamento de Adesão Não Demonstrado</p> <p>Saturação do papel: SIM</p>

Foco:	Processo familiar
Juízo:	Disfuncional
Critérios de diagnóstico:	<p>Comunicação familiar Não eficaz;</p> <p>Interação de Papéis Familiares Não eficaz;</p> <p>Relação dinâmica disfuncional</p>

Prioridades:	<p>1º - Papel prestador de cuidados - Saturação do papel;</p> <p>2º - Prevenção de Segurança Não demonstrada</p> <p>3º - Satisfação Conjugal - Relação Dinâmica Disfuncional</p> <p>4º - Satisfação Conjugal - Comunicação Não eficaz</p> <p>5º - Papel prestador de cuidados - Conhecimento do Papel Não Demonstrado</p> <p>6º - Papel prestador de cuidados - Comportamento de Adesão Não Demonstrado</p> <p>7º - Processo Familiar - Comunicação Familiar Não eficaz</p> <p>8º - Processo Familiar - Interação de Papéis Familiares Não eficaz</p> <p>9º - Processo Familiar - Relação dinâmica disfuncional</p>
---------------------	---

3ª VD - Duração de 60 minutos e, de acordo com o previamente definido foram desenvolvidas ações que tiveram como objetivo intervir na saturação do papel e na precaução de segurança.

Saturação do papel	
Objetivos	
1º Compreender os limites do cuidador no que respeita ao papel de PC cuidados;	
2º Encontrar estratégias que permitam usufruir de atividades de lazer em torno de rotinas gratificantes tendentes ao bem-estar;	
3º Redução do impacto do cuidar na sua saúde física (lombalgias e gonalgias);	
4º Identificar e permitir que alguém da sua confiança possa ajudar e/ou substituir pontualmente no cuidado à companheira;	
5º Conhecer os direitos e recursos sociais e comunitários existentes	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar a saturação do papel; Promover estratégias de coping para o papel; Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);</p> <p>Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família (sistemas mais amplos);</p> <p>Negociar a adoção de estratégias que permitam usufruir de atividades de lazer; Incentivar atividades de lazer; Requerer serviços de saúde; Orientar para serviços sociais; Requerer serviço social.</p>	<p>Entrega, apresentação e esclarecimento do conteúdo do manual do cuidador; Ensino sobre aspetos de cuidado do cuidador; Promoção da vigilância do seu estado de saúde; Criação de espaço onde pode tomar consciência e expressar abertamente as consequências do processo de cuidar; Incentivo à realização de atividades que proporcionem prazer nos momentos de maior ansiedade (cultivar momentos de relaxamento, conversar com amigos, realizar passeio matinal e durante a tarde, sair para ir às compras); Incentivo ao reconhecimento que a prestação de cuidados constitui uma tarefa desgastante, pelo que tem o direito em se sentir cansado e pedir ajuda; Desmistificação do medo em relação a pedidos de colaboração e apoio dos familiares e vizinhos; Incentivo à aceitação da ajuda oferecida pela vizinha; Apoio na compreensão da complexidade inerente ao papel de PC que está a desempenhar; Exploração da dinâmica da relação estabelecida com a filha e com o genro. Incentivo à sua implicação nos cuidados; Sugestão de formas de agradecimento à vizinha que oferece ajuda (disponibilização de pequenos serviços ligados à construção civil em que o Srº CP pode ser útil); Incentivo à intensificação dos contactos sociais; Elogio dos progressos realizados e apoio das decisões tomadas; Esclarecimento dos direitos e recursos disponíveis através de contacto com assistente social; Encaminhamento do caso para a enfermeira de família, para referência para a RNCCI e avaliar a possibilidade de</p>

integrar a rede através da modalidade de descanso do cuidador.
--

Precaução de Segurança Não demonstrada	
Objetivos	
1º Aumentar conhecimento sobre limitação provocada por barreiras arquitetónicas	
2º Adaptar a habitação pela eliminação das barreiras arquitetónicas (degraus de acesso à habitação)	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas;</p> <p>Informar sobre estratégias adaptativas perante barreiras arquitetónicas;</p> <p>Orientar para serviços na comunidade.</p>	<p>Explicar limitação provocada pelos degraus;</p> <p>Informar acerca da existência de barreiras arquitetónicas inibidoras da concretização das AVD em virtude das necessidades específicas dos membros da família;</p> <p>Colaborar com sugestões de estratégias facilitadoras;</p> <p>Incentivar à adaptação do espaço habitacional.</p> <p>Motivar para a resolução da limitação provocada por degrau de acesso à habitação;</p> <p>Informar sobre possibilidade de apoio dos serviços sociais e/ou comunitários para realizar intervenções na habitação;</p> <p>Encaminhar para serviços sociais/ camarários.</p>

4ª VD - Duração de 40 minutos e, de acordo com o previamente definido foram desenvolvidas ações que tiveram como objetivo intervir na Satisfação conjugal, ao nível da relação dinâmica disfuncional e comunicação do casal não eficaz.

Satisfação Conjugal Não Mantida - Relação dinâmica disfuncional	
Objetivos	
1º Manter a expressão de emoções	
2º Aumentar a satisfação do PC com o tempo que passa junto da companheira: Srª CP – Não (“passa muito tempo desorientada e agitada”);	
Intervenções MDAIF	Estratégias
Promover a comunicação expressiva de emoções;	Promover a consciencialização sobre a realidade que o casal vive;

Promover a comunicação do casal; Orientar para serviços (psicologia).	Refletir sobre as diferenças entre as pessoas - considerando características pessoais, padrões relacionais e circunstâncias de vida – e pontos de união, nomeadamente na busca de bem-estar e felicidade; Promover a ressignificação do que é percebido e do que é interpretado no processo de comunicação; Promover a consciencialização do PC sobre a condição de saúde atual e futura da companheira devido ao compromisso cognitivo;
--	--

Satisfação Conjugal Não Mantida - Comunicação Não eficaz	
Objetivos	
1º Aumentar a expressão dos sentimentos do PC	
2º Melhorar a consciencialização (ideia, noção, percepção) do PC sobre a realidade concreta do casal	
3º Identificar caminhos e estratégias de ressignificação que dependem de “nós” no processo de comunicação;	
Intervenções MDAIF	Estratégias
Promover a comunicação expressiva de emoções; Promover a comunicação do casal; Orientar para serviços (psicologia).	Ajustar as expectativas sobre a assertividade no feedback comunicacional. A Srª LP nem sempre vai ser assertiva; Incentivar a manter a comunicação com expressão dos sentimentos; Incentivar a manter o padrão de comunicação.

5ª VD - Duração de 60 minutos e de acordo com o previamente definido foram desenvolvidas ações que tiveram como objetivo intervir no papel de prestador de cuidados.

Autocuidado Higiene
Objetivos
1º Realizar higiene da cabeça aos sábados (cabelo com apresentação oleosa e descuidado)
2º Realizar higiene da boca diariamente (mucosa seca e presença de restos alimentares)

3º Realizar corte e limpeza das unhas todos os sábados (unhas compridas das mãos e pé)	
4º Aplicar creme hidratante diariamente (pele com apresentação seca e descamativa)	
5º Realizar cuidados de higiene corporais de forma integral	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Ensinar/instruir e treinar sobre técnica de banho; Ensinar/instruir e treinar sobre técnica de lavagem dos dentes; Ensinar sobre a periodicidade da lavagem dos dentes; Ensinar/instruir e treinar sobre a higiene do cabelo; Ensinar sobre a periodicidade da lavagem dos dentes; Incentivar a aplicação de creme hidratante corporal regularmente;</p>	<p>Fornecer e promover a utilização do manual do cuidador como guia orientador no AC Higiene; Colaboração na realização dos procedimentos, com sugestões de estratégias facilitadoras;</p> <p>Demonstração de procedimentos e correção de técnicas usadas pelo PC; Programação dos cuidados a realizar de forma diária/ semanal;</p>

Autocuidado ir ao Sanitário	
Objetivos	
1º Motivar o PC para o estímulo da companhia no uso do sanitário	
2º Promover a adequação do espaço para uso seguro do sanitário	
3º Instalar equipamento de apoio	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Ensinar sobre a importância de estimular a independência; Ensinar/instruir/ treinar sobre equipamentos adaptativos; Promover a adaptação do sanitário com colocação de suportes de apoio; Promover a adaptação do espaço do WC para utilização de cadeira de rodas;</p>	<p>Fornecer e promover a utilização do manual do cuidador como guia orientador no AC Higiene; Facilitar o acesso do utente aos serviços que disponibilizem o equipamento adaptativo; Colaboração na realização de todos os procedimentos, com sugestões de estratégias facilitadoras.</p>

Autocuidado Atividade Recreativa	
Objetivos	
1º Encontrar estratégias que permitam usufruir de atividades de lazer;	
2º Promover a realização de atividades de lazer entre família	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Ensinar o PC sobre a importância de manter atividades de lazer do dependente;</p> <p>Advogar o PC para a promoção de atividades de lazer do dependente;</p> <p>Motivar PC para a promoção de atividades de lazer do dependente;</p>	<p>Motivar e advogar o PC para a promoção de atividades de lazer da dependente como por exemplo, manter televisão ligada em programas temáticos e culturais, receber em casa visitas e dinamizar conversas estando presente a companheira;</p> <p>Estimular a pessoa dependente para as atividades.</p>

Autocuidado Atividade Física	
Objetivos	
1º Promover realização de exercícios ativos durante o dia;	
2º Executar técnicas de transferência corretamente;	
3º Executar técnicas de mobilização corretas;	
4º Elaborar um plano de exercícios para atividade física da familiar dependente;	
5º Fazer uso de equipamento adaptativo	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Ensinar o PC sobre a importância de manter regularidade na atividade física da utente;</p> <p>Ensinar/instruir e treinar sobre técnica de mobilização;</p> <p>Ensinar/instruir e treinar sobre equipamentos adaptativos;</p>	<p>Fornecer e promover a utilização do manual do cuidador como guia orientador no AC atividade física;</p> <p>Realização de contacto com assistente social no sentido de promover contactos relativos ao aluguer de cama articulada e cadeira de rodas (sem disponibilidade imediata para a cama articulada);</p> <p>Explicar que deve alternar atividades que exigem mais energia com atividades que exigem menos energia. Colocar por ordem de prioridade as atividades que se vão realizar. Descansar 3 minutos por cada 5 minutos de atividade para</p>

<p>Ensinar/Instruir/ treinar o PC sobre técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso; Motivar o PC a promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente.</p>	<p>permitir a recuperação; Ensino sobre a necessidade de promover a independência, incentivando a realização de atividade física adequada; Incentivo à promoção de um espaço seguro para diminuir o risco de quedas e aumentar a confiança na promoção da independência da Srª VM; Ensino e explicação da importância da utilização de equipamento adaptativo; Ensino e explicação da importância da realização de exercícios ativos; Ensino e explicação sobre como realizar técnica de transferências; Ensino e explicação sobre como realizar técnica de mobilização; Demonstração e treino de técnica de mobilização e transferência; Visualização de vídeos explicativos; Facilitar plano de exercícios; Colaboração na realização de todos os procedimentos, com sugestões de estratégias facilitadoras e correção de técnicas usadas;</p>
--	--

Autocuidado Autovigilância	
Objetivos	
1º Conhecer, identificar e ser capaz de intervir em possíveis episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia;	
2º Utilizar técnica correta na vigilância da glicemia capilar;	
3º Realizar a vigilância dos pés e conhecer sinais de alerta;	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Ensinar sobre os sinais de hipoglicemia e hiperglicemia; Ensinar/instruir sobre vigilância da glicemia capilar; Ensinar/instruir sobre a vigilância dos pés.</p>	<p>Fornecer e promover a utilização da informação fornecida sobre a autovigilância dos pés.</p>

6ª VD - Duração de 50 minutos e, de acordo com o previamente definido foram desenvolvidas ações que tiveram como objetivo intervir no processo familiar disfuncional, ao nível da comunicação familiar não eficaz, na Interação de Papéis Familiares Não eficaz e na relação dinâmica disfuncional.

Processo familiar disfuncional - Comunicação familiar Não eficaz	
Objetivos	
1º Garantir que a comunicação familiar possibilite a expressão emocional associada ao processo de cuidar;	
2º Facilitar ações diárias do quotidiano que revelem apreço pelo “bom” e “belo” que acontece;	
3º Promover o desenvolvimento do sentido da vida e das atividades de cada dia (com esperança e otimismo);	
Intervenções MDAIF	Estratégias
Promover o envolvimento da família; Promover na família alianças entre alguns dos seus membros; Promover a comunicação expressiva de emoções;	Reconhecer com a família as principais forças e objetivos de mudança; Promover o envolvimento da família, elaborando um plano que incentive a prática de rituais e momentos de convívio com regularidade facilitando a partilha de emoções; Estimular um padrão de visitas regulares por parte da filha do Sr. CP; Promover uma maior participação da filha no apoio ao casal; Ensinar sobre emoções e formas de expressão das emoções; Fornecer suporte no reconhecimento dos estados emocionais no dia-a-dia;

Processo familiar disfuncional - Interação de Papéis Familiares Não eficaz	
objetivos	
1º Promover o envolvimento da família extensa na ajuda do processo de cuidar	
2º Estabelecer pequenos passos que a família pode dar considerando as suas circunstâncias e possibilidades atuais	
3º Realizar de forma regular encontros familiares e promover momentos de convívio;	
Intervenções MDAIF	Estratégias
Promover o envolvimento da família;	Reconhecer com a família as principais forças e objetivos de mudança;

<p>Colaborar na identificação de papéis familiares; Otimizar padrão de assertividade; Facilitar o suporte familiar; Promover o suporte familiar; Elogiar o envolvimento da família; Identificação de papéis familiares;</p>	<p>Refletir de forma positiva em torno de rotinas gratificantes e sobre possibilidades e soluções, de forma participada e animada Considerar novas formas de comunicação e expressão de emoções associadas ao processo de cuidar; Refletir acerca do que depende de cada um/a para agir deliberadamente no cotidiano de modo a aumentar o seu nível de bem-estar; Estabelecer passos mais pequenos que a família poderia dar, considerando as suas circunstâncias e possibilidades atuais, para sentirem que estariam a caminhar para um objetivo comum; Otimizar a comunicação na família, fomentando a capacidade de entender ou validar os sentimentos de cada membro; Promover o envolvimento da família, facilitando a partilha de emoções; Promover o suporte familiar de forma a garantir um processo de morfogénese; Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família;</p>
--	--

Processo familiar disfuncional - Relação dinâmica disfuncional

Processo familiar disfuncional - Relação dinâmica disfuncional	
Objetivos	
1º Otimizar padrão de ligação familiar	
2º Potenciar emoções positivas nos momentos de encontro ou reunião familiar (dimensão emocional)	
3º Potenciar avaliações verdadeiras sobre a satisfação com a vida no geral ou em áreas específicas nos momentos de encontro ou reunião familiar (dimensão cognitiva)	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Promover o envolvimento da família;</p> <p>Planejar rituais na família; Otimizar padrão de assertividade; Promover o suporte familiar;</p> <p>Monitorizar perceção da funcionalidade da família através a escala de APGAR Familiar de Smilkstein;</p> <p>Monitorizar coesão e adaptabilidade da família através da escala de FACES II; Otimizar padrão de ligação familiar;</p>	<p>Promover o envolvimento da família, elaborando um plano que incentive a prática de rituais e momentos de convívio com regularidade facilitando a partilha de emoções; Promover o suporte familiar de forma a garantir um processo de morfogénese; Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família; Potenciar emoções positivas e ausência de sofrimento ou recordações de dor nos momentos de encontro ou reunião familiar (dimensão emocional); Potenciar o não julgamento pessoal ou para com os familiares; Promover avaliações verdadeiras sobre a satisfação com a vida no geral ou em áreas específicas nos momentos de encontro ou reunião familiar (dimensão cognitiva) Envolver os membros da família no diálogo centrado nas soluções; Incentivar a colaboração; Sugerir possibilidades de (re)organização e práticas. Elogiar o envolvimento da família;</p>

7ª VD - Duração de 40 minutos. Teve como objetivo reforçar aspetos da dinâmica familiar, pois foram identificadas dificuldades coincidentes com rotinas e hábitos inerentes à própria relação entre familiares. Assim, esta visita possibilitou a abordagem de emoções e comportamentos identificados pela família e com possibilidade de serem dinamizados. Foram também reavaliados aspetos relacionados das visitas anteriores (*papel de prestador de cuidados e saturação do papel*).

8ª VD - Duração de 60 minutos. Avaliação pós-intervenção.

Saturação do papel objetivos	Avaliação		
	Atingido	Parcialmente	Não atingido
1º Compreender os limites do cuidador no que respeita ao papel de PC cuidados;	X		
2º Promover atividades de lazer em torno de rotinas gratificantes tendentes ao bem-estar;	X		
3º Redução do impacto do cuidar na sua saúde física (lombalgias e gonalgias);	X		
4º Identificar e permitir que alguém da sua confiança possa ajudar e/ou substituir pontualmente no cuidado à companheira	X		
5º Conhecer os direitos e recursos sociais existentes	X		
Resultados			
1. Consciencialização e valorização do processo e das consequências do cuidar, o que contribui para que atribua e tenha presente a importância de pedir apoio e colaboração tanto de familiares e vizinhos; 2. O PC, discrimina as suas atividades diárias em termos de satisfação e significado e passou a calendarizar períodos de atividades lúdicas e pessoais em dois momentos do dia. 3. Redução das lombalgias associada à adoção de postura e técnicas de prestação de cuidados mais adequadas e utilização de material de apoio e suporte; 4. Aceitação da ajuda da filha, durante alguns períodos na semana de acordo com a disponibilidade (trabalha por turnos) e ao fim-de-semana; aceitação de ajuda da vizinha para vigilância durante a semana; aceite colaboração da assistente social da UCC Matosinhos para disponibilização de material de apoio); situação familiar foi encaminhada para avaliação de possível integração na RNCC para descanso do cuidador; agendados fim-de-semanas com a filha, genro e netos para almoço em família em casa da família; 5. Informado do direito e dos passos necessários à aquisição de uma cama articulada e de uma cadeira de rodas através do Centro social e paroquial de Matosinhos.			

Precaução de Segurança Não demonstrada	Avaliação		
	Atingido	Parcialmente	Não atingido
objetivos			
1º Aumentar conhecimento sobre limitação provocada por barreira arquitetónica	X		
2º Adaptar a habitação pela eliminação das barreiras arquitetónicas (degraus de acesso à habitação)	X		
Resultados			
1. O PC reconhece limitação provocada pelos degraus e manifesta interesse em fazer adaptação; 2. Foi colocada rampa de acesso à habitação possibilitando a deslocação da pessoa dependente em cadeira de rodas.			

Satisfação Conjugal Não Mantida - Relação dinâmica disfuncional	Avaliação		
	Atingido	Parcialmente	Não atingido
objetivos			
1º Manter a expressão de emoções	X		
2º Aumentar a satisfação do PC com o tempo que passa junto da companheira;	X		
Resultados			
1. O PC exprime o que sente, verbalizando estados emocionais perante o compromisso de cuidar e a situação de vida e de relação com a companheira; 2. O PC refere mais “sossego” no tempo que passa junto da companheira, conseguindo valorizar os cuidados prestados e os resultados obtidos;			

Satisfação Conjugal Não Mantida - Comunicação Não eficaz	Avaliação		
	Atingido	Parcialmente	Não atingido
objetivos			
1º Aumentar a expressão dos sentimentos positivos do PC.		X	
2º Melhorar a consciencialização (ideia, noção, perceção) do PC sobre a realidade concreta do casal.		X	
3º Identificar caminhos e estratégias de ressignificação que dependem de “nós” no processo de comunicação;		X	
Resultados			
1. O PC identifica os sentimentos acerca da situação relacional e dá-lhe expressão verbal. Contudo, da insatisfação e tristeza registada no primeiro contacto, apesar de referir sentimentos de medo e incerteza perante falta de resposta ou incompreensão quando fala para a companheira, existe vontade de ultrapassar esse receio pela compreensão da sua condição e do que sente. Conforme algumas mudanças foram acontecendo (compreensão do papel de prestador de cuidados e alteração da condição de saturação do papel) verbaliza sentimentos de aceitação, compreensão e vontade de corresponder, relacionados com a comunicação condicionada pela incapacidade da companheira: “compreendo que ela não faz por mal”; “aceito este trabalho de cuidar dela”; “tem dias que fico muito triste por vê-la nesta situação”. Consideramos que houve mudanças positivas (em um elemento do casal), mas não de atingimento total. Necessário mais tempo para monitorizar mudanças efetivas, numa situação que implica um processo de transição familiar que implica redefinição do sentido da relação, redefinição do nível de partilha e consequente nível de expectativas.			

2. Ao longo das visitas observou-se um melhor enquadramento e ajuste dos sentimentos à realidade concreta vivida pelo casal. O Sr. CP refere aceitar as situações limitadoras e irreversíveis das alterações psicofisiológicas da pessoa dependente sobre o padrão de comunicação do casal: “Ela tem momentos de confusão em que não compreende o que eu digo, mas já não fico tão nervoso. É da doença dela e eu aceito” O PC manifesta melhor adequação sobre a situação conjugal, compreendendo a situação transicional Saúde-doença da companheira e a forma como essa vivência é experienciada “Sinto-me mais calmo e consigo dormir melhor”; “Sinto-me menos cansado durante o dia e acho que percebo melhor o que ela precisa”. Como processo “desafiante” prolongado no tempo em função da capacidade de ajuste dos indivíduos envolvidos, o tempo deste estudo permitiu apreciar que o Sr. CP modificou o padrão de entendimento da comunicação que estabelece com a companheira, porém é necessário um acompanhamento mais prolongado para monitorizar e anotar respostas assertivas e mantidas no tempo, direcionadas ao equilíbrio da relação.

3. O PC compreende os estados alterados e de confusão da companheira e tem para si a responsabilidade de agir deliberadamente sobre as suas tarefas e situação no quotidiano de modo a aumentar o seu nível de bem-estar garantindo os cuidados necessários sem ficar preso a picos de estados emocionais alterados: “faço por recordar os momentos bons”; “não choro ao lado dela”; “o que puder fazer, eu faço”.

Autocuidado Higiene	Avaliação		
	atingido	Parcialmente	Não atingido
objetivos			
1º Realizar higiene da cabeça aos sábados (cabelo com apresentação oleosa e descuidado);	X		
2º Realizar higiene da boca diariamente (mucosa seca e presença de restos alimentares);		X	
3º Realizar corte e limpeza das unhas todos os sábados (unhas compridas das mãos e pé);	X		
4º Aplicar creme hidratante diariamente (pele com apresentação seca e descamativa);	X		
5º Realizar cuidados de higiene corporais de forma integral	X		
Resultados			
1. Cabelo com aspeto limpo; 2. Manutenção de mucosa oral com presença de restos alimentares em uma (1) visita; 3. Unhas cortadas e com aspeto limpo; 4. Pele da pessoa dependente hidratada e sedosa 5. O PC realiza cuidados de higiene corporais de forma integral com apresentação cuidada da familiar dependente			

Autocuidado ir ao Sanitário	Avaliação		
	atingido	Parcialmente	Não atingido
objetivos			
1º Motivar o PC para o estímulo da companheira no uso do sanitário;	X		

2º Promover a adequação do espaço para uso seguro do sanitário	X		
3º Instalar equipamento de apoio	X		
Resultados			
1. O PC promove o uso do sanitário sempre que é possível; 2. Adequou-se o espaço; 3. Foi instalado equipamento de apoio e segurança.			

Autocuidado Atividade Recreativa	Avaliação		
	Atingido	Parcialmente	Não atingido
objetivos			
1º Encontrar estratégias que permitam usufruir de atividades de lazer;	X		
2º Realizar atividades de lazer entre família	X		
Resultados			
1. Foram identificadas e planeadas atividades para realizar diariamente (visualização de programas lúdicos e receber amigos do casal); 2. Realizados convívios entre a família no fim-de-semana de acordo com a disponibilidade da filha, genro e netos			

Autocuidado Atividade Física	Avaliação		
	Atingido	Parcialmente	Não atingido
objetivos			
1º Promover realização de exercícios ativos durante o dia;	X		
2º Executar técnicas de transferência corretamente;	X		
3º Executar técnicas de mobilização corretas;	X		
4º Elaborar um plano de exercícios para atividade física da familiar dependente;	X		
5º Fazer uso de equipamento adaptativo	X		
Resultados			
1. O Cuidador promove a realização de exercícios ativos durante o dia (marcha e atividades que implicam movimentação ativa dos membros superiores) 2º O PC executa técnica de transferência corretamente; 3º O PC executa técnica de mobilização corretamente; 4º O PC promove a realização de exercícios ativos durante o dia (marcha e atividades que implicam movimentação ativa dos membros superiores) segundo o plano fornecido; 5º O PC faz uso de equipamento adaptativo			

Autocuidado Autovigilância	Avaliação		
objetivos	Atingido	Parcialmente	Não atingido
1º Conhecer, identificar e ser capaz de intervir em possíveis episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia;	X		
2º Utilizar técnica correta na vigilância da glicemia capilar	X		
3º Realizar a vigilância dos pés e conhecer sinais de alerta	X		
Resultados			
1. O PC manifesta tranquilidade e segurança em relação à forma de atuar em episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia; 2. O PC aplica a técnica correta de vigilância da glicemia capilar; 3. O PC vigia de forma regular dos pés e conhecimento dos sinais de alerta.			

Processo familiar disfuncional - Comunicação familiar Não eficaz	Avaliação		
objetivos	Atingido	Parcialmente	Não atingido
1º Garantir que a comunicação familiar possibilite a expressão emocional associada ao processo de cuidar	X		
2º Facilitar ações diárias do cotidiano que revelem apreço pelo “bom” e “belo” que acontece;	X		
3º Promover o desenvolvimento do sentido da vida e das atividades de cada dia (com esperança e otimismo)	X		
Resultados			
1. O PC, reconhece as próprias emoções associadas aos cuidados que realiza e consegue exprimir perante a filha o que sente (fadiga/preocupação/ receios); 2. O PC, reconhece momentos e situações circunstanciais e de familiares que lhe aportam um complemento de bem-estar, satisfação e resiliência (agradecimento à filha a sua presença/ lembrança da família alargada como bênção/ demonstra formas positivas de apreço/ disponibilidade para agradecer com tarefas várias (compor carro da filha)) 3. O PC, mostrou-se competente em reforçar o sentido para a vida e de se abrir (comunicar) possibilitando o exercício da resiliência e, entre as circunstâncias que dificultavam o entendimento entre o casal e a família extensa, fosse possível um equilíbrio e um sentimento de bem-estar.			

Processo familiar disfuncional - Interação de Papéis Familiares Não eficaz	Avaliação		
objetivos	Atingido	Parcialmente	Não atingido
1º Promover o envolvimento da família extensa na ajuda do processo de cuidar	X		
2º Estabelecer pequenos passos que a família pode dar considerando as suas circunstâncias e possibilidades atuais	X		
3º Realizar de forma regular encontros familiares e promover momentos de convívio;		X	

Resultados
<p>1º A filha envolveu-se de forma mais frequente, e junto com a neta, garantem ajuda nos cuidados de higiene e suporte ao núcleo familiar de forma mais regular (2x semana)</p> <p>2º Foi estabelecido uma calendarização para as tarefas de compras de supermercado e ajuda na limpeza da casa com regularidade semanal e sempre que necessário (a ser realizado pela neta e pela filha);</p> <p>3. De forma semanal foi realizado almoço de família ao domingo, mas por questões de trabalho da filha e das netas, nem sempre é possível estarem presentes todos os elementos da família extensa (genro);</p>

Processo familiar disfuncional - Relação dinâmica disfuncional	Avaliação		
	Atingido	Parcialmente	Não atingido
objetivos			
1º Otimizar padrão de ligação familiar		x	
2º Potenciar emoções positivas nos momentos de encontro ou reunião familiar (dimensão emocional)		x	
3º Potenciar avaliações verdadeiras sobre a satisfação com a vida no geral ou em áreas específicas nos momentos de encontro ou reunião familiar (dimensão cognitiva)		x	
Resultados			
<p>1. Existe intensão de implementar rotinas que garantam padrões de ligação mais eficientes, mas por intercorrências laborais da filha e dinâmicas da família extensa, implica necessidade de mais tempo para as alterações promovidas pelos convívios serem efetivas.</p> <p>2. O exercício proposto implica disponibilidade de tempo e entrevistas individuais no sentido de aferir mudanças preceptivas e de linguagem e de trabalhar com os membros os temas mais recursivos das suas interações. Por questões temporais do estágio e da circunstância pandémica que impossibilitou as reuniões familiares não foi possível aprofundar este objetivo.</p> <p>3. A família de forma particular em cada um dos membros não revela julgamentos e comunica com mais clareza os aspetos em que sentem maior satisfação como exemplo, a evolução positiva na diminuição da ansiedade do Cuidador com o apoio que sente da família e compreensão e o bem-estar que a família demonstra por sentir abertura para pedir ajuda, ou apresentar soluções para os desafios.</p>			

Anexo 7 – Programa de Intervenção na Família B

PI individualizado

1ª VD – Duração de 45 minutos. Apresentação do estudo, do investigador principal e assinatura do consentimento informado. Início da avaliação familiar.

2ª VD - Duração de 60 minutos. Da avaliação realizada, emergiram os diagnósticos, objetivos e prioridades que são apresentados de seguida.

- ✓ Dimensão Estrutural
- ✓ Dimensão de Desenvolvimento
- ✓ Dimensão Funcional

Foco:	Papel prestador de cuidados
Juízo:	Não adequado
Critérios de diagnóstico:	Conhecimento do papel não demonstrado: Autocuidado higiene; autocuidado vestuário; autocuidado atividade recreativa; autocuidado atividade física; Comportamento de Adesão Não Demonstrado

Foco:	Processo familiar
Juízo:	Disfuncional
Critérios de diagnóstico:	Relação dinâmica disfuncional

Prioridades:	1º Papel prestador de cuidados - Conhecimento do papel não demonstrado; 2º Papel prestador de cuidados - Comportamento de Adesão Não Demonstrado; 3º Processo familiar - Relação dinâmica disfuncional;
---------------------	---

3ª VD - Duração de 60 minutos e, de acordo com o previamente definido foram desenvolvidas ações dirigidas ao *conhecimento do papel não demonstrado nos autocuidados*: higiene; vestuário; atividade recreativa; atividade física.

Autocuidado Higiene	
Objetivos	
1º Aumentar a motivação do PC no estímulo da independência da mãe;	
2º Fazer uso de material de apoio facilitador da higiene pessoal pela pessoa dependente (esponjas de banho de grandes dimensões; escovas de cabo longo e largo, escovas dentárias de cabo largo, copos de borracha aderente);	
3º Adaptar o espaço do wc para atividades de cuidados de higiene seguras;	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Ensinar/instruir e treinar sobre técnica de banho;</p> <p>Ensinar/instruir e treinar sobre técnica de lavagem dos dentes;</p> <p>Motivar o prestador de cuidados a estimular a independência do membro da família dependente.</p>	<p>Consulta do manual do cuidador;</p> <p>Ensino sobre a necessidade dos cuidados de higiene;</p> <p>Ensino sobre aspetos práticos para a realização dos cuidados de higiene corporal;</p> <p>Colaboração na realização dos procedimentos, com sugestões de estratégias facilitadoras e correção de técnicas usadas;</p> <p>Incentivo ao uso de material facilitador da higiene corporal e adaptação de equipamento de higiene que permita facilitar o uso pela pessoa dependente (escova dentária);</p> <p>Incentivo ao reconhecimento das preferências e possibilidade da mãe poder realizar tarefas de autocuidado higiene;</p> <p>Elogio pelos progressos realizados e apoio das decisões tomadas;</p> <p>Incentivo à adaptação do espaço do wc para facilitar a circulação e uso funcional pelo familiar dependente.</p>

Autocuidado Vestuário	
Objetivos	
1º Aumentar a motivação do PC no estímulo da independência da mãe autocuidado vestuário;	

2º Adaptação do espaço para possibilitar atividades de autocuidado vestuário de forma independente;	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Ensinar sobre a importância de estimular a independência;</p> <p>Ensinar/instruir/ treinar sobre técnica de vestir;</p> <p>Ensinar/instruir/ treinar sobre técnica de despir;</p> <p>Motivar o prestador de cuidados a promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente;</p>	<p>Consulta do manual do cuidador;</p> <p>Ensino sobre a necessidade de promover a independência;</p> <p>Estimular gostos pessoais no uso de vestuário;</p> <p>Ensino sobre aspetos práticos para a realização do autocuidado vestuário;</p> <p>Facilitar colaboração do vestuário;</p> <p>Incentivo à organização do espaço e arrumação do vestuário (acesso fácil);</p> <p>Incentivo ao reconhecimento das preferências e possibilidade da mãe poder realizar tarefas de autocuidado vestuário;</p> <p>Elogio pelos progressos realizados e apoio das decisões tomadas.</p>

Autocuidado Atividade Recreativa	
Objetivos	
1º Fazer uso de estratégias que permitam usufruir de atividades de lazer;	
2º Dinamizar de forma recorrente atividades de lazer entre família;	
3º Aumentar a frequência do contacto com o meio envolvente;	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Ensinar o PC sobre a importância de manter atividades de lazer do dependente;</p> <p>Advogar o PC para a promoção de atividades de lazer do dependente;</p> <p>Motivar PC para a promoção de atividades de lazer do dependente;</p>	<p>Consulta do manual do cuidador;</p> <p>Ensino sobre a necessidade de promover a independência;</p> <p>Motivar e advogar o PC para a promoção de atividades de lazer da dependente como por exemplo, conversar com vizinhos, pequenos passeios no exterior;</p> <p>Promoção da reflexão sobre os limites autoimpostos e limitações do confinamento em relação aos passeios no exterior da Srª VM, impossibilitando alguma atividade de convívio e participação social);</p> <p>Estimular a PC em promover atividades sociais com a família;</p> <p>Estimular a PC no incentivo da mãe perante as atividades de lazer e manutenção do contacto com o meio exterior (passeios curtos, conversa com vizinhos);</p> <p>Elogio dos progressos realizados e decisões tomadas.</p>

Autocuidado Atividade Física	
Objetivos	
1º Executar técnica de transferência correta;	
2º Executar técnica de mobilização correta;	
3º Elaborar um plano de exercícios para atividade física da familiar dependente;	
Intervenções MDAIF	Estratégias
<p>Ensinar/instruir e treinar sobre técnica de mobilização;</p> <p>Ensinar/instruir e treinar sobre equipamentos adaptativos;</p> <p>Motivar o PC a promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente.</p>	<p>Consulta do manual do cuidador;</p> <p>Ensino sobre a necessidade de promover a independência, incentivando a realização de atividade física adequada;</p> <p>Incentivo à promoção de um espaço seguro para diminuir o risco de quedas e aumentar a confiança na promoção da independência da Srª VM;</p> <p>Ensino e explicação da importância da utilização de equipamento adaptativo;</p> <p>Ensino e explicação da importância da realização de exercícios ativos;</p> <p>Ensino e explicação sobre como realizar técnica de transferências;</p> <p>Ensino e explicação sobre como realizar técnica de mobilização;</p> <p>Demonstração e treino de técnica de mobilização e transferência;</p> <p>Visualização de vídeos explicativos;</p> <p>Facilitar plano de exercícios;</p> <p>Colaboração na realização de todos os procedimentos, com sugestões de estratégias facilitadoras e correção de técnicas usadas;</p>

4ª VD - Duração de 50 minutos, e de acordo com o previamente definido foram desenvolvidas ações dirigidas ao Processo familiar disfuncional.

Processo familiar disfuncional – Relação dinâmica disfuncional	
Objetivos	
1º Promover o envolvimento da família extensa na ajuda do processo de cuidar	
2º Prática de rituais e momentos de convívio;	
3º Otimizar padrão de ligação familiar	
4º Potenciar emoções positivas e ausência de sofrimento ou recordações de dor nos momentos de encontro ou reunião familiar (dimensão emocional)	
5º Potenciar o não julgamento pessoal e/ou para com os familiares e promover avaliações verdadeiras sobre a satisfação com a vida no geral ou em áreas específicas nos momentos de encontro ou reunião familiar (dimensão cognitiva)	
Intervenções MDAIF	Estratégias
Promover o envolvimento da família; Planejar rituais na família; Otimizar padrão de assertividade; Promover o suporte familiar; Monitorizar percepção da funcionalidade da família através a escala de APGAR Familiar de Smilkstein; Monitorizar coesão e adaptabilidade da família através da escala de FACES II; Otimizar padrão de ligação familiar; Promover a comunicação expressiva de emoções; Promover o suporte familiar; Elogiar o envolvimento da família; Otimizar a comunicação na família familiar;	Promover o envolvimento dos irmãos nas atividades de supervisão e apoio à Srª VM; Apoiar a expressão de sentimentos entre os membros da família; Otimizar a comunicação na família, fomentando a capacidade de entender ou validar os sentimentos de cada membro; Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família através da Reorganização das atividades do PC e pela possibilidade de envolver os irmãos; Potenciar o não julgamento pessoal ou para com os familiares; Promover avaliações verdadeiras sobre a satisfação com a vida no geral ou em áreas específicas nos momentos de encontro ou reunião familiar (dimensão cognitiva); Envolver os membros da família no diálogo centrado nas soluções; Incentivar a colaboração; Sugerir possibilidades de (re)organização e práticas. Incentivo à prática de rituais e momentos de convívio com regularidade facilitando a partilha de emoções; Promover o suporte familiar de forma a otimizar padrão de ligação familiar;

5ª VD - Duração de 60 minutos. Teve como objetivo reforçar aspetos da dinâmica familiar, pois foram identificadas dificuldades coincidentes com rotinas e hábitos inerentes à própria relação entre familiares. Assim, esta visita possibilitou a abordagem de emoções e comportamentos identificados pela família e com possibilidade de serem dinamizados.

6ª VD - Duração de 60 minutos. Avaliação pós-intervenção.

Autocuidado Higiene	Avaliação		
	Atingido	Parcialmente	Não atingido
objetivos			
1º Motivar a PC a estímulo da independência da mãe	X		
2º Fazer uso de material de apoio facilitador da higiene pessoal pela pessoa dependente (esponjas de banho de grandes dimensões; escovas de cabo longo e largo, escovas dentárias de cabo largo, copos de borracha aderente)	X		
3º Adaptação do espaço do wc para atividades de cuidados de higiene seguras	X		
Resultados			
1. A PC estimula e incentiva a independência dos cuidados de higiene e promove o auto-início das tarefas; 2. Foi substituído e comprado material novo para uso fácil nos cuidados de higiene e é usado adequadamente para familiar dependente; 3. O espaço do wc foi organizado para garantir uma prática de cuidados pessoais de forma independente e segura;			

Autocuidado Vestuário	Avaliação		
	Atingido	Parcialmente	Não atingido
objetivos			
1º Motivar o PC no estímulo da independência da mãe autocuidado vestuário;	X		
2º Adaptação do espaço para possibilitar atividades de autocuidado vestuário de forma independente;	X		
Resultados			
1. O PC estimula e incentiva a independência nos cuidados de vestuário e promove o auto-início das tarefas; 2. O quarto foi organizado e a arrumação do vestuário foi realizada de forma simples e facilitadora do uso de acordo com a escolha do familiar dependente;			

Autocuidado Atividade Recreativa	Avaliação		
objetivos	Atingido	Parcialmente	Não atingido
1º Encontrar estratégias que permitam usufruir de atividades de lazer;	X		
2º Promover e dinamizar atividades de lazer entre família		X	
3º Aumentar a frequência das atividades de lazer e contacto com o meio envolvente	X		
Resultados			
1. Foram identificadas e planeadas atividades para realizar diariamente com compromisso da Srª VM (passeios curtos no exterior, comunicação com amigos e família extensa); 2. Realizados convívios entre a família extensa uma vez por mês de acordo com a disponibilidade dos membros (devido ao confinamento, os elementos da família extensa seguiram as normas estabelecidas pela DGS); 3. Sempre que o tempo esteve agradável, foram realizados passeios curtos pelo jardim envolvente ao prédio			

Autocuidado Atividade Física	Avaliação		
objetivos	Atingido	Parcialmente	Não atingido
1º Executar técnica de transferência correta;	X		
2º Executar técnica de mobilização correta;	X		
3º Elaborar um plano de exercícios para atividade física da familiar dependente;	X		
Resultados			
1. A PC executa técnica de transferência corretamente; 2. A PC executa técnica de corretamente; 3. A PC promove a realização de exercícios ativos durante o dia (marcha e atividades que implicação movimentação ativa dos membros superiores) segundo o plano fornecido;			

Processo familiar disfuncional – Relação dinâmica disfuncional	Avaliação		
objetivos	Atingido	Parcialmente	Não atingido
1º Promover o envolvimento da família extensa na ajuda do processo de cuidar			X
2º Prática de rituais e momentos de convívio;	X		
3º Otimizar padrão de ligação familiar			X

4º Potenciar emoções positivas e ausência de sofrimento ou recordações de dor nos momentos de encontro ou reunião familiar (dimensão emocional)	x		
5º Potenciar o não julgamento pessoal e/ou para com os familiares e promover avaliações verdadeiras sobre a satisfação com a vida no geral ou em áreas específicas nos momentos de encontro ou reunião familiar (dimensão cognitiva)			x
Resultados			
<p>1. Não foi alterado o envolvimento no processo de cuidar da Srª VM;</p> <p>2. A família aumentou o contacto social, organizando dentro das possibilidades um almoço de família ao domingo, estando presentes todos os elementos da família extensa;</p> <p>3. Devido à situação pandémica e aos períodos de confinamento, o padrão de relação com o irmão mais novo, não se alterou. A dinâmica intrafamiliar na partilha de responsabilidades na assistência à Srª VM manteve como referência a PC inicial.</p> <p>4. Por limites temporais do estágio e da circunstância pandémica não foi possível aprofundar este objetivo, no entanto, no discurso tido em vários momentos da aplicação do plano de intervenção, a família apresenta expressão de emoções positivas e nos momentos em que recordam histórias da família, expressam-na de forma clara, objetiva e inclusiva.</p> <p>5. Para melhor avaliação deste objetivo, é necessário tempo e disponibilidade para trabalhar com os membros os temas mais recursivos das suas interações. A família de forma explícita, não revela julgamentos e comunica de forma clara os aspetos em que sentem maior ou menor satisfação, porém falta observar a interação entre o grupo e perceber a comunicação para lá da história, o que por razões de do distanciamento social devido à pandemia não aconteceu, pelo que damos o objetivo como não atingido.</p>			

Apêndices

Apêndice A – 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	<ul style="list-style-type: none"> - Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ▲ ▼ 13	8 ▲ ▼ 10	4 ▲ ▼ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13 ▲ ▼ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

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

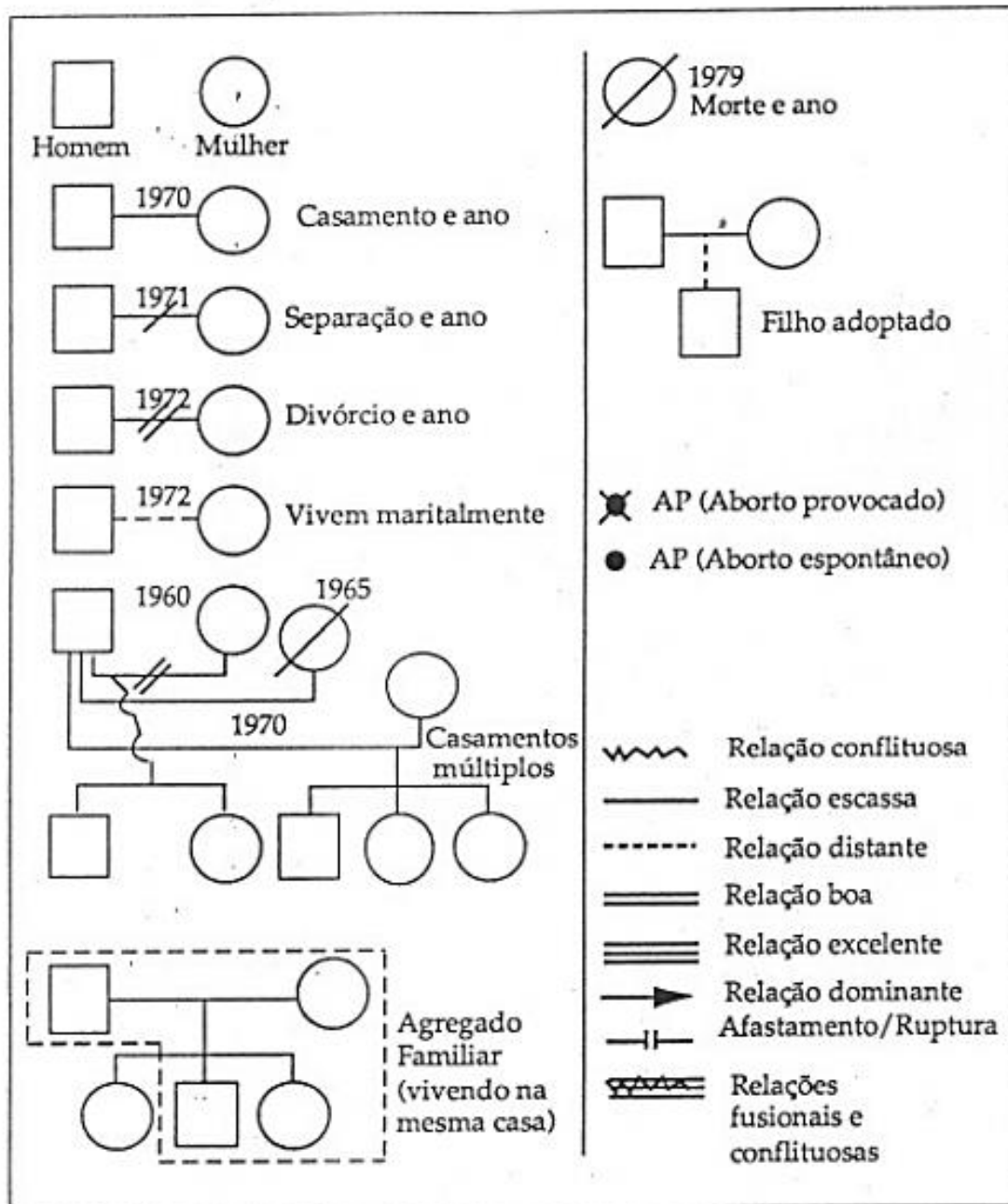
Numa primeira fase é atribuída a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e numa segunda fase serve da soma destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade. A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social.

Classificação:

classe I/Alta 5-9; classe II/Média alta 10-13; classe III/ Média 14-17; classe IV/Média baixa 18-21; classe V/Baixa 22-25

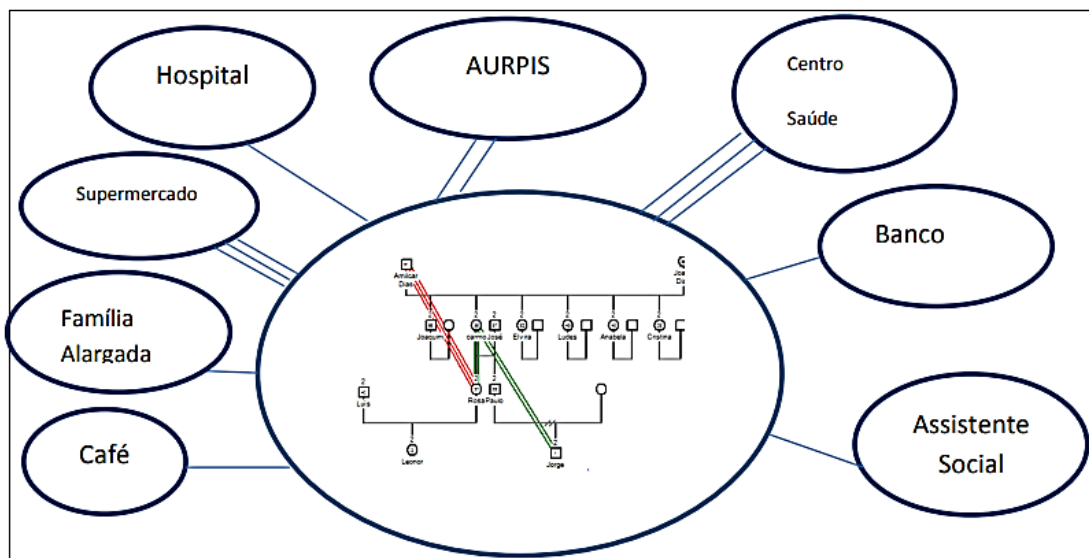
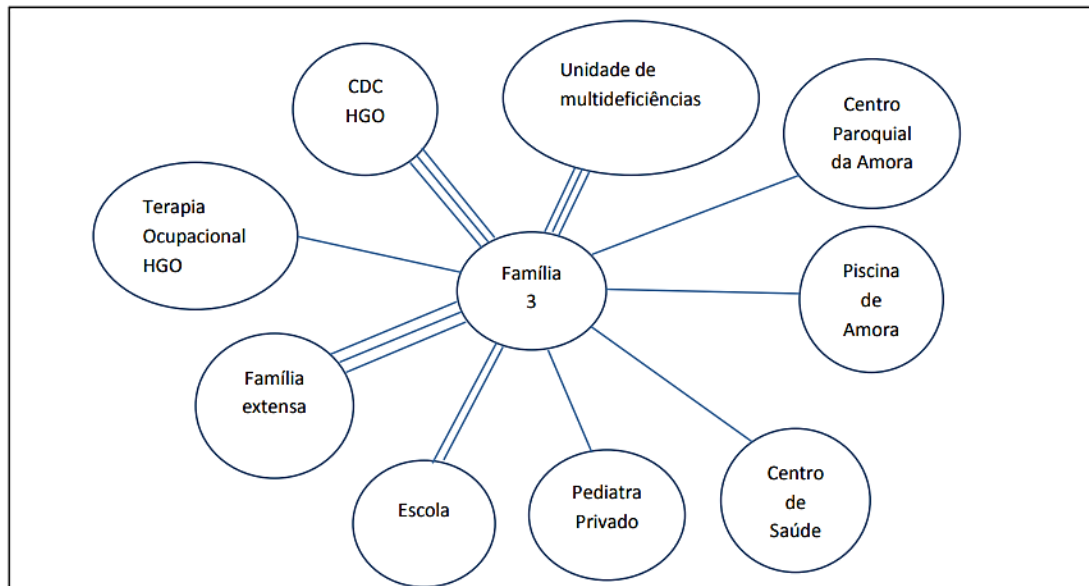
Apêndice B – Genograma

Registo gráfico da composição da família contendo pelo menos três gerações seguidas ou sequenciais. a representação gráfica utiliza um conjunto de símbolos mais ou menos normalizados.



Apêndice C – Ecomapa

O Ecomapa representa o indivíduo, família ou grupo no seu contexto ambiental, permitindo uma visão da unidade familiar, em relação à comunidade; mostra a natureza das relações entre os membros da família e entre estes e o mundo que os rodeia (Hanson & Kaakinem, 2005).



Apêndice E - Escala FACES II (versão portuguesa Otília Fernandes, 1995)

Questionário individual de autoavaliação que classifica o funcionamento da família nas dimensões de coesão familiar e adaptabilidade familiar, isto é a forma como os membros da família percebem as suas vivências no seio da própria família. desenvolvida em 1988 foi adaptada para a população portuguesa por Fernandes (1995).

ESCALA FACES II (Otília Fernandes, 1995)

Por favor, indique em cada afirmação ao que melhor corresponde à sua opinião, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

[1] - Quase Nunca [2] – De vez em quando [3] - Às vezes [4] – Muitas Vezes [5] – Quase sempre

		1	2	3	4	5
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apêndice F – Itens da escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar - Interpretação linear da FACES II

Coesão Familiar por Questão

Dimensão Familiar	O que avalia	Questões
Coesão Familiar	Laços emocionais	1,17
	Limites familiares	3,19
	Coligações	9,29
	Tempo	7,23
	Espaço	5,25
	Amigos	11,27
	Decisões	13,21
	Interesses e lazeres	15,30

Adaptabilidade Familiar por Questão

Dimensão Familiar	O que avalia	Questões
Adaptabilidade Familiar	Imposição	2,14,28
	Liderança	4,16
	Disciplina	6,8
	Negociação	8,20,26
	Papéis	10,22
	Regras	12,24

Esta escala é composta por trinta itens, dezasseis itens pertencem à dimensão de Coesão e catorze à de Adaptabilidade.

Após o preenchimento por parte dos elementos da família, para avaliar a adaptabilidade faz-se o somatório das questões com número par, (exceto o item 30), tendo em conta a cotação positiva ou negativa, tal como é demonstrado na tabela seguinte.

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

As questões com número ímpar e o item 30, que correspondem à dimensão coesão são também somados tendo em conta cotações positivas ou negativas.

Interpretação linear da FACES II

Coesão			Adaptabilidade			Família-tipo			
8	80	Muito ligada	8	70	Muito flexível	8	Equilibrada		
	74			65					
7	73		6	64		Flexível	7	Moderadamente equilibrada	
	71			55					
6	70	Ligada	6	54	5		Meio-termo		
	65			50					
5	64		Separado	5	49	Estruturada	4	Extrema	
	60				46				
4	59	Desmembrada		4	45		Rígida	3	
	55				43				
3	54			3	42			2	
	51				40				
2	50			2	39			1	
	35				30				
1	34			1	29				
	15				15				

Fonte: Olson *et al.*, 1992: 13, in Lourenço, 1996

As quatro categorias de coesão são:
Muito ligada; Ligada; Separada e Desmembrada.

As quatro categorias de Adaptabilidade são:
Rígida; Estruturada, Flexível e Muito ligada.

A interpretação dos resultados permite chegar à análise do Tipo de Família através da aplicação da fórmula:
Tipo de Família = Coesão + Adaptabilidade / 2

Apêndice G – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Questionário, que deve ser preenchido pelo utente. Identifica numa correlação significativa de 43 eventos de vida com as situações de stress ou crise e o possível aparecimento de doenças psicossomáticas, tendo como base os acontecimentos ocorridos num passado recente, circunscrito a um ano.

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

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

Score de 150 a 200 pontos – 37% de probabilidade de ocorrência de doença;

Score de 200 a 300 pontos – 50% de probabilidade de ocorrência de doença

Score superior a 300 pontos – 80% de probabilidade de ocorrência de doença

Apêndice H – Escala de Avaliação do Apgar Familiar de Smilkstein

Permite avaliar a funcionalidade da família, deve ser aplicado a cada membro individualmente. Classificando-as como: Família altamente funcional, família com moderada disfunção e família com disfunção acentuada.

O APGAR familiar avalia:

A – ADAPTAÇÃO (adaptation) – refere-se à partilha de recursos, bem como ao grau de satisfação face à atenção que considera receber;

P – PARTICIPAÇÃO (participation) – abarca as tomadas de decisão em conjunto, bem como a comunicação familiar aquando da resolução de problemas;

G – CRESCIMENTO (growth) – refere-se essencialmente à concretização do crescimento emocional, pela liberdade disponível no seio familiar relativamente à mudança de papéis;

– AFECTO (affection) – abarca a satisfação do indivíduo relativamente à intimidade entre os membros da família e às interações familiar;

R – RESOLUÇÃO (resolution) – refere-se à partilha de tempo e à satisfação face aos compromissos que os membros da família estabelecem.

APGAR Familiar de Smilkstein

	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
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 iniciar novas actividades ou de modificar o 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 - 10 pontos	Família altamente funcional
4 - 6 pontos	Família com moderada disfunção
0 - 3 pontos	Família com disfunção acentuada

O utente selecciona uma das três respostas com pontuação correspondente. O resultado final obtém-se da soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas.

Apêndice I – Matriz Operativa do MDAIF

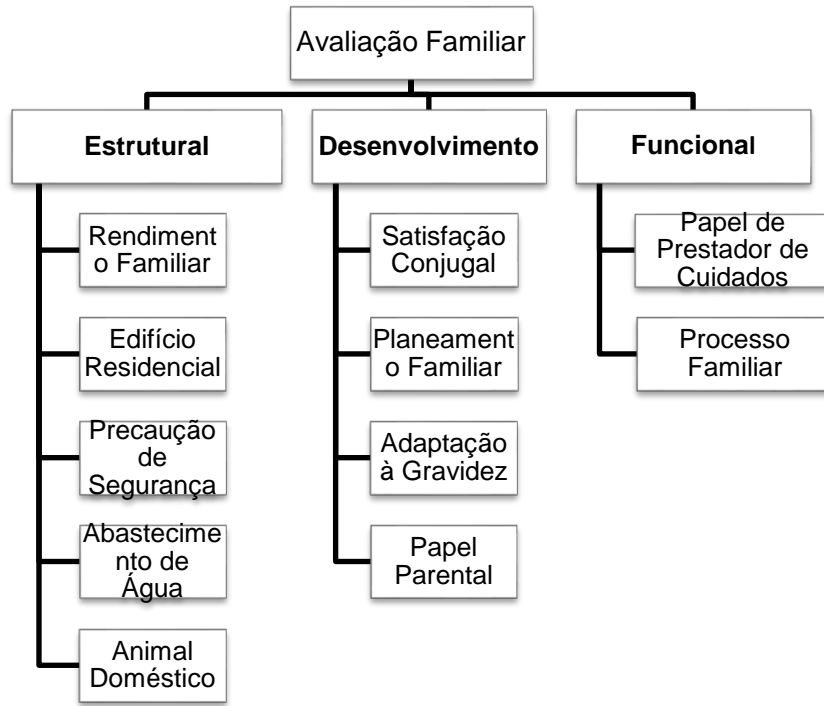
Referência Bibliográfica:

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta, (2012) Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, Lusociência.

Família: _____

Nº Processo: _____

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



A-DIMENSÃO ESTRUTURAL

Composição familiar

Genograma

1. Tipo de Família:

- Casal: Heterossexual ___ Homossexual ___
- Família nuclear
- Família reconstruída
- Família monoparental
 - Monoparental liderada pelo homem
 - Monoparental liderada pela mulher
- Coabitação
- Família Institucional
- Comuna
- Unipessoal
- Alargada

2. Família Extensa:

Identificação da família extensa (para cada membro, nome, parentesco, data de nascimento, estado civil, adoções, óbitos).

Familiares com que estabelece maior relação (confiança, afetividade, ajuda, contato).

○ Tipo de contato

- Pessoal
- Telefónico
- Carta/ e-mail
- Outro (Especificar)

○ Intensidade de contacto

- Diário
- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Outro (Especificar) _____

○ Funções das relações

Companhia social (Realização de atividades em conjunto, ou simplesmente estar juntos) – atividades entre o casal e/com os filhos.

Quem?

- Apoio emocional (Atitude emocional positiva, compreensão, empatia, estímulo, apoio) - amizades intimas, relações familiares próximas como casal.

Quem?

- Guia cognitivo e conselhos (Interações de partilha de informações pessoais e sociais).
Quem?

- Regulação Social (Reafirmação de responsabilidades dos papéis do casal, enquanto membro da família e pais).
Quem?

- Ajuda material e de serviço – serviços de saúde, sociais
Quem?

- Acesso a novos contactos (Possibilidade de conexão com outras pessoas e/ou redes) – o casal no trabalho, no seu ambiente social.
Quem?

Dimensão estrutural de Contexto

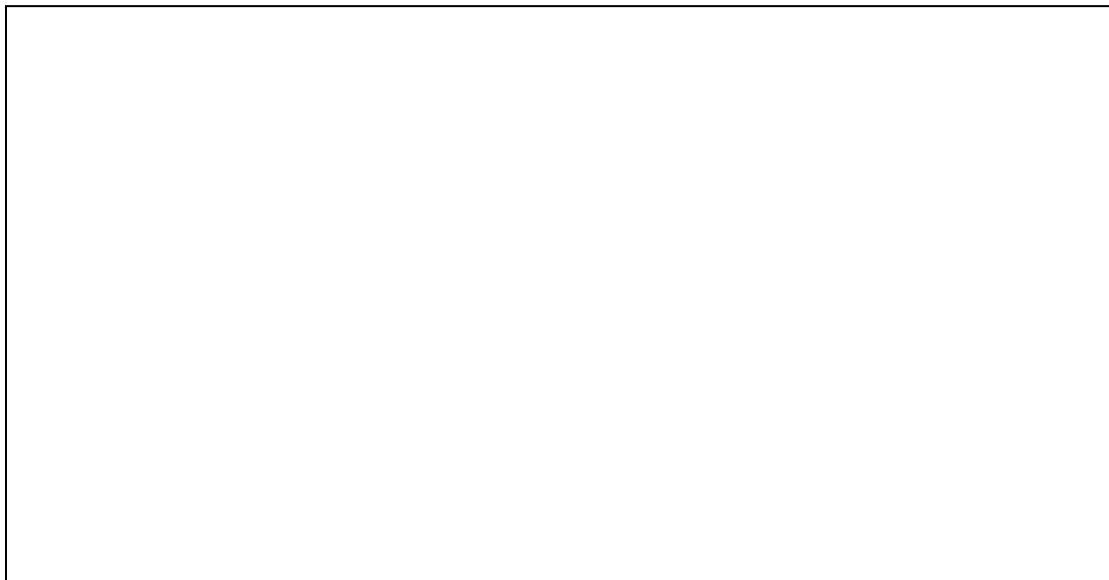
1. Etnia

- Cigana
- Imigrantes de leste
- Eslavos (ucranianos, russos, búlgaros)
- Latinos (romenos, moldavos)
- Africanos
- Muçulmana
- Asiáticos
- Chineses
- Indiana

2. Religião

- Católica
- Protestante
- Ortodoxa
- Testemunha da Jeová
- Judaísmo
- Islamismo
- Outra: _____
- Sem religião: Ateu Agnóstico

Ecomapa



Para cada elemento da família, mencionar o tipo de vínculo nos seguintes aspetos:

- Trabalho
- Instituição de Ensino – Escola
- Instituições de Saúde
- Instituições Religiosas
- IPSS
- Atividades de lazer e cultura
- Amigos
- Outros Subsistemas

Tipo de vínculo

Vínculo forte Vínculo Normal Vínculo fraco Vínculo Fusional

1. Classe Social (Escala de Graffar e critérios relativos ao tipo de habitação)
Critérios relativos ao Tipo de Habitação

Grau 1 – 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 + 3 dos seguintes critérios (casa com domótica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

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

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

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

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

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRaus	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSICÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> - Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 \uparrow \downarrow 9 4 \uparrow \downarrow 7 3	I CLASSE ALTA DATA ___/___/___		
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intelmédicos e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (& Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior obrigatório \leq 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários - 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 \uparrow \downarrow 13 8 \uparrow \downarrow 10 4 \uparrow \downarrow 6	II CLASSE MEDIA ALTA DATA ___/___/___		
3	<ul style="list-style-type: none"> - Pequ. Industriais e Comerciantes - Quadros médios, Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau \uparrow) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos altos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 \uparrow \downarrow 17 11 \uparrow \downarrow 13 7 \uparrow \downarrow 9	III CLASSE MEDIA DATA ___/___/___		
4	<ul style="list-style-type: none"> - Pequ. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau \downarrow) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militâncias de nível \downarrow 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade \geq 4 anos e $<$ 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações \leq ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos baixos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 \uparrow \downarrow 21 14 \uparrow \downarrow 16 10 \uparrow \downarrow 12	IV CLASSE MEDIA BAIXA DATA ___/___/___		
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade $<$ 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMS 	<ul style="list-style-type: none"> - Impugnado (barraca, andar ou outro) - Coabitado de várias famílias em situação de precariedade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 \uparrow \downarrow 25 17 \uparrow \downarrow 20 13 \uparrow \downarrow 15	V CLASSE BAIXA DATA ___/___/___		

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courcier, Septembre, 1956, Vol. VI - nº 8 Marcel Graffar, pp. 465 - 469. Adaptado em 1980 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

2. Edifício Residencial

Tipo:

- Barraca
 Habitação Social
 Apartamento
 Vivenda ou Moradia
 Outro (especificar): _____

Divisões:

Cozinha: SIM NÃO

Sala: SIM NÃO

Quartos: SIM NÃO N° de quartos _____

Casa de Banho: SIM Não N° de casas de banho (dentro/fora) _____

Barreiras arquitetónicas: SIM NÃO

Se SIM, quais: _____

Aquecimento: SIM NÃO

Tipo de Aquecimento:

- Central
 Aquecedor a gás
 Aquecedor elétrico
 Lareira
 Cobertor elétrico

Abastecimento de Gás: SIM NÃO

Tipo de abastecimento de gás

- Gás canalizado
 Gás de botija

Higiene da Habitação:

Habitação espaçosa: SIM NÃO

Habitação conservada: SIM NÃO

Ventilação: Boa Escassa Sem ventilação

3. Sistema de Abastecimento

Abastecimento de água

- Não tem
 Rede Pública
 Rede Privada (poço)
 Rede Mista

Em caso de utilização da água da rede privada para consumo humano:

Controle da qualidade da água: SIM NÃO

Serviço de Tratamento de resíduos (Saneamento básico):

- Rede Pública
- Fossa séptica
- Não tem

Serviço de Eletricidade: SIM NÃO

4. Ambiente Biológico

Animal Doméstico: SIM NÃO

Se SIM, qual ou quais: _____

Vacinação: SIM NÃO

Desparasitação: SIM NÃO

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

B-DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Satisfação Conjugal

1. Relação Dinâmica

- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas

Identificação do cônjuge

SIM NÃO

SIM NÃO

Se NÃO especificar : _____

- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos

Identificação do cônjuge

SIM NÃO

SIM NÃO

Se NÃO especificar : _____

- Satisfação do casal como cada um expressa os seus sentimentos

Identificação do cônjuge

SIM NÃO

SIM NÃO

Se NÃO especificar : _____

2. Comunicação do casal

- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um

SIM NÃO

- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião

SIM NÃO

- Satisfação com o padrão de comunicação do casal

Identificação do cônjuge

SIM NÃO

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

3. Interação Sexual

- Satisfação do casal com o padrão de sexualidade

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

Conhecimento do casal sobre sexualidade

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

4. Função Sexual

- Disfunções sexuais

Identificação do cônjuge

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

especificar : _____

Se NÃO

Tipo de disfunção

Perturbação do desejo sexual Especificar: _____

Disfunção erétil

Disfunção de ejaculação Especificar: _____

Perturbações do orgasmo

Dispareunia

Vaginismo

Outras Especificar: _____

- Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução de problemas de disfunção sexual.

SIM NÃO

Planeamento Familiar

1. Fertilidade

- O casal planeia ter filhos/mais filhos

SIM NÃO

Se SIM quando: _____

- Alterações na fertilidade do casal

SIM NÃO

Se SIM quando: _____

- Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial

SIM NÃO

- Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade

SIM NÃO

2. Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional

- Conhecimento do casal sobre consulta pré concepcional.

SIM NÃO

- Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez.

SIM NÃO

3. Uso de contraceptivos

- Método

Anticoncepcional oral

Anticoncepcional injetável

- Anel vaginal
- Implante intra- dérmico
- Adesivo transdérmico
- Cirúrgico
- Espermicida
- Preservativo
- Naturais

- Interrupção do uso do contraceptivo

SIM NÃO

- Motivo

Indicação médica

Planeamento de gravidez

Gravidez

Outro motivo: Especificar: _____

- Satisfação com o contraceptivo adotado.

SIM NÃO

- Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos.

SIM NÃO

- Conhecimento do casal sobre contraceptivo de emergência.

SIM NÃO

- Conhecimento do casal sobre o uso de contraceptivos.

SIM NÃO

4. Conhecimento sobre Reprodução

Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado da gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre desvantagens da gravidez não desejada e/ou planejada.

SIM NÃO Especificar: _____

Adaptação à gravidez

1. Conhecimento

Conhecimento do casal sobre direitos sociais da gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre direitos sociais da maternidade/paternidade.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre as alterações fisiológicas na gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre novo ciclo vital.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre desenvolvimento fetal.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre o processo psicológico associado ao puerpério.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre vigilância de saúde do recém – nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre enxoval da mãe e do bebê.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre alimentação do recém-nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

2. Comunicação

O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez.

SIM NÃO Especificar: _____

O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade.

SIM NÃO Especificar: _____

Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais.

SIM NÃO Especificar: _____

3. Comportamento de adesão

A grávida/casal é assídua às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia.

SIM NÃO Especificar: _____

O casal está inscrito/frequenta o curso de preparação para o parto.

SIM NÃO Especificar: _____

O casal está a preparar o enxoval da mãe e do bebé.

SIM NÃO Especificar: _____

Papel Parental

a) Família com filhos pequenos (de recém – nascido à infância escolar)

1. Conhecimento do papel (recém-nascido)

Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimentos sobre o aleitamento materno.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre choro do recém- nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém – nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológico.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém – nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém – nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre competências do recém – nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre características do recém – nascido.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação.

SIM NÃO Especificar: _____

2. Conhecimento do papel (recém-nascido à infância escolar)

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre socialização.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes.

SIM NÃO Especificar: _____

3. Comportamento de adesão

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem uma higiene adequada à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a socialização da criança;

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais definem regras entre os subsistemas.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais interagem com a criança.

SIM NÃO Especificar: _____

4. Consenso do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

5. Conflitos do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

6. Saturação do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

b) Família com filhos na escola (da infância escolar ao início da adolescência)

1. Conhecimento do papel

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre higiene oral;

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre pais sobre vigilância de saúde/vacinação.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre socialização.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social;

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes.

SIM NÃO Especificar: _____

2. Adaptação da família à escola

Reorganização funcional para adaptação aos novos horários.

SIM NÃO Especificar: _____

Criação de espaço para a criança estudar.

SIM NÃO Especificar: _____

Participação dos pais nas atividades de estudo da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares;

SIM NÃO Especificar: _____

Promoção da socialização/autonomia da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

3. Comportamentos de adesão

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança;

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem uma higiene adequada à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a socialização da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais definem regras entre os subsistemas.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais interagem positivamente com a criança.

SIM NÃO Especificar: _____

4. Consenso do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

5. Conflitos do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

6. Saturação do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

c) Família com filhos adolescentes (da adolescência até ao início da idade adulta)

1. Conhecimento do papel

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança;

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança;

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre higiene oral.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento sobre pais sobre vigilância de saúde/vacinação.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre socialização.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes.

SIM NÃO Especificar: _____

2. Comportamentos de adesão

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais fomentam a adesão à vacinação do adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem uma higiene adequada ao adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequada ao adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem um padrão de exercício adequado ao adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais promovem a socialização do adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais definem regras entre os subsistemas.

SIM NÃO Especificar: _____

Os pais interagem positivamente com a criança.

SIM NÃO Especificar: _____

3. Consenso do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

4. Conflitos do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

5. Saturação do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

d) Família com filhos adultos

1. Conhecimento do Papel

Conhecimento dos pais sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental;

SIM NÃO Especificar: _____

2. Comportamentos de adesão

Adaptação da família a saída de casa dos filhos

SIM NÃO Especificar: _____

Redefinição das relações com o(s) filho(s) – relações adulto-adulto.

SIM NÃO

Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos.

SIM NÃO

Satisfação com o contato mantido com o(s) filho(s)

SIM NÃO

Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)

SIM NÃO

3. Consenso do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

4. Conflitos do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

5. Saturação do Papel

Identificação do familiar

SIM NÃO _____

SIM NÃO _____

C-DIMENSÃO FUNCIONAL

MEMBRO DA FAMÍLIA DEPENDENTE SIM NÃO

Dependência em:

○ **Autocuidado Higiene**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Vestuário**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Comer**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Beber**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Ir ao sanitário**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Comportamento sono-reposo**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Atividade de lazer**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Atividade Física**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autocuidado Gestão do Regime Terapêutico**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

○ **Autovigilância**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro Especificar _____

○ **Autoadministração de medicamentos**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar _____

Se o prestador de cuidados não for membro da família:

Ilustrado: SIM NÃO

Profissão: _____

Contato: _____

Papel de prestador de cuidados

1. Conhecimento do papel

a) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a utilização do fio dentário.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a utilização do fio dentário.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a periodicidade da lavagem dos dentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar).

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia.

SIM NÃO Especificar: _____

b) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação o vestuário ao clima.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de vestir.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica para vestir.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de despir.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica para despir.

SIM NÃO Especificar: _____

c) Conhecimento do prestador / Aprendizagem de cuidados sobre Autocuidado Comer

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a preparação de alimentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de alimentação (oral, SNG).

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação.

SIM NÃO Especificar: _____

d) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos.

SIM NÃO Especificar: _____

e) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado ir ao sanitário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.

SIM NÃO Especificar: _____

f) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado comportamento sono-reposo

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso.

SIM NÃO Especificar: _____

g) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer.

SIM NÃO Especificar: _____

h) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé).

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.

SIM NÃO Especificar: _____

i) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Gestão do regime terapêutico

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso.

Sim _____ Não _____

j) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia /hiperglicemia.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés.

SIM NÃO Especificar: _____

k) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

2. Comportamento de adesão

O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove higiene adequada ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância.

SIM NÃO Especificar: _____

3. Consenso do Papel

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

4. Conflitos do Papel

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

5. Saturação do Papel

SIM NÃO _____

Se SIM especificar : _____

Processo Familiar

Escala de Readaptação social de Holmes e Rahe

Score total _____

Comunicação familiar

1. Comunicação emocional

Quem na família expressa mais sentimentos.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Impacto que os sentimentos de cada um têm na família.

FAVORÁVEL NÃO FAVORÁVEL Se NÃO FAVORÁVEL, especificar:

2. Comunicação verbal / não verbal

Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja e cada u, compreende de forma clara o que os outros dizem.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

3. Comunicação circular

Satisfação dos membros sobre a fora como se comunica na família.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa.

FAVORAVEL NÃO FAVORAVEL NÃO FAVORÁVEL, especificar:

Coping familiar

1. Solução de problemas

Quem na família expressa mais os sentimentos.

Quem tem a iniciativa para os resolver.

Existe discussão sobre os problemas na família.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Papeis familiares

1. Interação de Papeis Familiares

○ Papel de provedor

Quem desempenha. _____

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

○ Papel de gestão financeira

Quem desempenha. _____

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

○ **Papel de cuidado doméstico**

Quem desempenha. _____

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

○ **Papel recreativo**

Quem desempenha. _____

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

○ **Papel de parente**

Quem desempenha. _____

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Relação dinâmica

1. Influência e Poder

Membro com maior poder na família.

Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

2. Alianças e Uniões

Existem na família alianças entre alguns dos seus membros.

SIM NÃO Se SIM Especificar: _____

Os membros da família mantem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

3. Coesão e adaptabilidade da família

Escala de FACES II

○ Coesão

Desmembrada

Separada

Ligada

Muito ligada

○ Adaptabilidade

Rígida

Estruturada

Flexível

Muito flexível

○ **Tipo de família**

Muito equilibrada

Equilibrada

Meio-termo

Extrema

4. Funcionalidade da família – percepção dos membros

APGAR Familiar de Smilkstein

Membro: _____

Resultado:

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

Membro: _____

Resultado:

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

Membro: _____

Resultado:

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

Membro: _____

Resultado:

Família altamente funcional

Família com moderada disfunção

Família com disfunção acentuada

5. Crenças familiares

Religiosas

Espirituais

Valores

Culturais

Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde

Apêndice J – Índice de Barthel e instruções

O Índice de Barthel foi validado para a população portuguesa por Araújo et al. (2007). Como instrumento de avaliação, a sua aplicação permite medir a capacidade funcional do indivíduo para a realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, e subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). O grau de dependência é determinado de forma global e parcelar, em cada atividade (Sequeira, 2018). Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos, consoante os vários níveis de diferenciação em cada item. **Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência** (Azeredo & Matos, 2003). De ressaltar que indivíduos com a mesma pontuação total podem necessitar de cuidados distintos de acordo com a(s) atividade(s) que demonstram maior incapacidade (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007). Autores referem a classificação de 60 pontos como a posição de viragem entre a condição de dependência e independência (Sulter, Steen e Keyser citado em Araújo et al, 2007).

Escala de Barthel

1. Alimentação	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Fonte: Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 (DGS, 2011)

Escala de Barthel – Instruções

GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de “0” em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então “incontinente” *.

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como “ continente”.

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*

Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = “independente” se sem supervisão/sem auxílio*.

*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Contínente

Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Contínente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

Mobilidade

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

Banho

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

Fonte: Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 (DGS, 2011)

Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Azeredo & Matos, 2003).

Apêndice K - Escala de Graffar Adaptada, aplicada à família A

FAMÍLIA - A

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaços c/ estado de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ___/___/___
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos 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 - Profissionais Ens Básico - Profissionais Ens Secundário - Profissionais Universitários (sf Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ▲ ▼ 13	8 ▲ ▼ 10	4 ▲ ▼ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ___/___/___
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau 1) - Médicos agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ___/___/___
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau 4) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível I 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA 31/3/21
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RAG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13 ▲ ▼ 15	V CLASSE BAIXA DATA ___/___/___

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

Apêndice L – Índice de Barthel aplicada à sr.^a LP (Família A)

Aplicando a escala de Barthel, de acordo com as instruções presentes na Norma da Direção Geral da Saúde n.º 054/ (DGS, 2011), à Sr.^a LP obtiveram-se **35** pontos, representando uma **Grave dependência**.

Escala de Barthel

FAMÍLIA A

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input checked="" type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar orlêses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	35

Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Azeredo & Matos, 2003).

Apêndice M – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe aplicada à família A

2021

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	Safda da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	(53)
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	(44)
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	(24)
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de 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		139

Apêndice N – Tabela de resultados da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES II aplicada à família A

Resultado FACES II - 1º momento		
Familiar	Coesão familiar	Adaptabilidade
CP	18	40

Interpretação linear da FACES II

Coesão			Adaptabilidade			Família-tipo	
8	80	Muito ligada	8	70	Muito flexível	8	Equilibrada
	74			65		7	
7	73			64			
	71	Ligada	7	55	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
6	70			54			
	65			50			
5	64	Separado	5	49	Estruturada	5	Meio-termo
	60			46			
4	59			45			
	55	Desmembrada	4	43	Rígida	4	Extrema
3	54			42			
	51			40			
2	50		3	39		3	
	35			30			
1	34			29			
	15		15		1		

Fonte: Olson *et al.*, 1992: 13, in Lourenço, 1996

Apêndice O - Avaliação do Apgar Familiar de Smilkstein - Srº CP – Família A

FAMÍLIA - (A)

Pai

APGAR Familiar de Smilkstein

	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
1 – Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	2		
2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema	2		
3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o estilo de vida	2		
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	2		
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família		1	
Total			
	(9)		

7 - 10 pontos	Família altamente funcional
4 - 6 pontos	Família com moderada disfunção
0 - 3 pontos	Família com disfunção acentuada

Filha

APGAR Familiar de Smilkstein

	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
1 – Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	2		
2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema		1	
3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o estilo de vida	2		
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	2		
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família		1	
Total			
	8		

→

7 - 10 pontos	Família altamente funcional
4 - 6 pontos	Família com moderada disfunção
0 - 3 pontos	Família com disfunção acentuada

Apêndice P - Escala de Graffar Adaptada, aplicada à família B

Família B

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura <input checked="" type="checkbox"/> - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaço c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA _/ _/ _
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens Básico - Professores Ens Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaço e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ▲ ▼ 13	8 ▲ ▼ 10	4 ▲ ▼ 6	II CLASSE MEDIA ALTA 10-17 DATA _/ _/ _
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médicos agricultores - Sargentos e equipados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MEDIA DATA _/ _/ _
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rondeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militantes de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MEDIA BASTA DATA _/ _/ _
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RAG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13 ▲ ▼ 15	V CLASSE BASTA DATA _/ _/ _

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courcier, Septembre, 1956, Vol. VI - nº 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Alto - 5-9 Pedro Alto - 10-13 Pedro Baixo - 14-17 Pedro Baixo - 18-21 Baixo

Apêndice Q – Índice de Barthel aplicada à sr.^a VM (Família B)

Aplicando a escala de Barthel, de acordo com as instruções presentes na Norma da Direção Geral da Saúde n.º 054/2011 (DGS, 2011), à Sr.^a VM obtiveram-se **60** pontos, representando **moderada dependência**.

Escala de Barthel *Família B*

1. Alimentação	
Independente	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	<i>60</i>

Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Azeredo & Matos, 2003).

Apêndice R – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe aplicada à família B

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 <i>Tramoa (L.A.O)</i>	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional <i>Trabalho de off</i>	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de 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		<i>162</i>

Apêndice S – Tabela de resultados da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES II aplicada à família B

Resultado FACES II - 1º momento		
Familiar	Coesão familiar	Adaptabilidade
VM	29	41
FS	31	44
JS	30	46

Interpretação linear da FACES II

Coesão			Adaptabilidade			Família-tipo			
8	80	Muito ligada	8	70	Muito flexível	8	Equilibrada		
	74			65					
7	73		Ligada	7		64	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
	71					55			
6	70	Separado		6	54	Estruturada		5	Meio-termo
	65				50				
5	64		Desmembrada	5	49		Rígida	4	Extrema
	60				46				
4	59			4	45			3	
	55				43				
3	54			3	42			2	
	51				40				
2	50			2	39			1	
	35				30				
1	34			1	29				
	15				15				

Fonte: Olson *et al.*, 1992: 13, in Lourenço, 1996

Apêndice T - Avaliação do Apgar Familiar de Smilkstein - membros da Família B

APGAR Familiar de Smilkstein

	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
1 – Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	X		
2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema	X		
3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o estilo de vida		X	
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	X		
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família	X		
Total	8	1	
	9		

7 - 10 pontos	Família altamente funcional
4 - 6 pontos	Família com moderada disfunção
0 - 3 pontos	Família com disfunção acentuada

FS

APGAR Familiar de Smilkstein

	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
1 – Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	X		
2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema	X		
3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o estilo de vida	X		
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	X		
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família	X		
Total	10		
	10		

7 - 10 pontos	Família altamente funcional
4 - 6 pontos	Família com moderada disfunção
0 - 3 pontos	Família com disfunção acentuada

Js

APGAR Familiar de Smilkstein

	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
1 – Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	X		
2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema	X		
3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o estilo de vida	X		
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	X		
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família	X		
Total	10		
	10		

7 - 10 pontos	Família altamente funcional
4 - 6 pontos	Família com moderada disfunção
0 - 3 pontos	Família com disfunção acentuada