

CIÊNCIAS SOCIALMENTE APLICÁVEIS:

INTEGRANDO SABERES E ABRINDO CAMINHOS

JORGE JOSÉ MARTINS RODRIGUES
MARIA AMÉLIA MARQUES
(Organizadores)

VOL VII



EDITORA
ARTEMIS

2022

CIÊNCIAS SOCIALMENTE APLICÁVEIS:

INTEGRANDO SABERES E
ABRINDO CAMINHOS

JORGE JOSÉ MARTINS RODRIGUES
MARIA AMÉLIA MARQUES

(Organizadores)

VOL VII



EDITORA
ARTEMIS

2022



O conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons Atribuição-Não-Comercial NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Direitos para esta edição cedidos à Editora Artemis pelos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento, desde que sejam atribuídos créditos aos autores, e sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade é exclusiva dos autores. A Editora Artemis, em seu compromisso de manter e aperfeiçoar a qualidade e confiabilidade dos trabalhos que publica, conduz a avaliação cega pelos pares de todos manuscritos publicados, com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

Editora Chefe	Prof. ^a Dr. ^a Antonella Carvalho de Oliveira
Editora Executiva	M. ^a Viviane Carvalho Mocellin
Direção de Arte	M. ^a Bruna Bejarano
Diagramação	Elisângela Abreu
Organizadores	Prof. Dr. Jorge José Martins Rodrigues Prof. ^a Dr. ^a Maria Amélia Marques
Imagem da Capa	ciempies
Bibliotecário	Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Conselho Editorial

Prof.^a Dr.^a Ada Esther Portero Ricol, *Universidad Tecnológica de La Habana “José Antonio Echeverría”*, Cuba
Prof. Dr. Adalberto de Paula Paranhos, Universidade Federal de Uberlândia
Prof.^a Dr.^a Amanda Ramalho de Freitas Brito, Universidade Federal da Paraíba
Prof.^a Dr.^a Ana Clara Monteverde, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina
Prof.^a Dr.^a Ana Júlia Viamonte, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal
Prof. Dr. Ángel Mujica Sánchez, *Universidad Nacional del Altiplano*, Peru
Prof.^a Dr.^a Angela Ester Mallmann Centenaro, Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof.^a Dr.^a Begoña Blandón González, *Universidad de Sevilla*, Espanha
Prof.^a Dr.^a Carmen Pimentel, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof.^a Dr.^a Catarina Castro, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
Prof.^a Dr.^a Cirila Cervera Delgado, *Universidad de Guanajuato*, México
Prof.^a Dr.^a Cláudia Padovesi Fonseca, Universidade de Brasília-DF
Prof.^a Dr.^a Cláudia Neves, Universidade Aberta de Portugal
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos, Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. David García-Martul, *Universidad Rey Juan Carlos de Madrid*, Espanha
Prof.^a Dr.^a Deuzimar Costa Serra, Universidade Estadual do Maranhão
Prof.^a Dr.^a Dina Maria Martins Ferreira, Universidade Estadual do Ceará
Prof.^a Dr.^a Eduarda Maria Rocha Teles de Castro Coelho, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal
Prof. Dr. Eduardo Eugênio Spers, Universidade de São Paulo
Prof. Dr. Eloi Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima, Brasil
Prof.^a Dr.^a Elvira Laura Hernández Carballido, *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, México



Prof.^ª Dr.^ª Emilas Darlene Carmen Lebus, *Universidad Nacional del Nordeste/ Universidad Tecnológica Nacional, Argentina*
Prof.^ª Dr.^ª Erla Mariela Morales Morgado, *Universidad de Salamanca, Espanha*
Prof. Dr. Ernesto Cristina, *Universidad de la República, Uruguay*
Prof. Dr. Ernesto Ramírez-Briones, *Universidad de Guadalajara, México*
Prof. Dr. Gabriel Díaz Cobos, *Universitat de Barcelona, Espanha*
Prof.^ª Dr.^ª Gabriela Gonçalves, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal
Prof. Dr. Geoffroy Roger Pointer Malpass, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Gladys Esther Leoz, *Universidad Nacional de San Luis, Argentina*
Prof.^ª Dr.^ª Glória Beatriz Álvarez, *Universidad de Buenos Aires, Argentina*
Prof. Dr. Gonçalo Poeta Fernandes, Instituto Politécnico da Guarda, Portugal
Prof. Dr. Gustavo Adolfo Juarez, *Universidad Nacional de Catamarca, Argentina*
Prof. Dr. Håkan Karlsson, *University of Gothenburg, Suécia*
Prof.^ª Dr.^ª Iara Lúcia Tescarollo Dias, Universidade São Francisco, Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Isabel del Rosario Chiyon Carrasco, *Universidad de Piura, Peru*
Prof.^ª Dr.^ª Isabel Yohena, *Universidad de Buenos Aires, Argentina*
Prof. Dr. Ivan Amaro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
Prof. Dr. Iván Ramon Sánchez Soto, *Universidad del Bío-Bío, Chile*
Prof.^ª Dr.^ª Ivânia Maria Carneiro Vieira, Universidade Federal do Amazonas, Brasil
Prof. Me. Javier Antonio Alborno, *University of Miami and Miami Dade College, Estados Unidos*
Prof. Dr. Jesús Montero Martínez, *Universidad de Castilla - La Mancha, Espanha*
Prof. Dr. João Manuel Pereira Ramalho Serrano, Universidade de Évora, Portugal
Prof. Dr. Joaquim Júlio Almeida Júnior, UniFIMES - Centro Universitário de Mineiros, Brasil
Prof. Dr. Jorge Ernesto Bartolucci, *Universidad Nacional Autónoma de México, México*
Prof. Dr. José Cortez Godinez, Universidad Autónoma de Baja California, México
Prof. Dr. Juan Carlos Cancino Diaz, Instituto Politécnico Nacional, México
Prof. Dr. Juan Carlos Mosquera Feijoo, *Universidad Politécnica de Madrid, Espanha*
Prof. Dr. Juan Diego Parra Valencia, *Instituto Tecnológico Metropolitano de Medellín, Colômbia*
Prof. Dr. Juan Manuel Sánchez-Yáñez, *Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México*
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
Prof. Dr. Leinig Antonio Perazolli, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Livia do Carmo, Universidade Federal de Goiás, Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Luciane Spanhol Bordignon, Universidade de Passo Fundo, Brasil
Prof. Dr. Luis Fernando González Beltrán, *Universidad Nacional Autónoma de México, México*
Prof. Dr. Luis Vicente Amador Muñoz, *Universidad Pablo de Olavide, Espanha*
Prof.^ª Dr.^ª Macarena Esteban Ibáñez, *Universidad Pablo de Olavide, Espanha*
Prof. Dr. Manuel Ramiro Rodríguez, *Universidad Santiago de Compostela, Espanha*
Prof.^ª Dr.^ª Márcia de Souza Luz Freitas, Universidade Federal de Itajubá, Brasil
Prof. Dr. Marcos Augusto de Lima Nobre, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil
Prof. Dr. Marcos Vinicius Meiado, Universidade Federal de Sergipe, Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Mar Garrido Román, *Universidad de Granada, Espanha*
Prof.^ª Dr.^ª Margarida Márcia Fernandes Lima, Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Maria Aparecida José de Oliveira, Universidade Federal da Bahia, Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Maria Carmen Pastor, *Universitat Jaume I, Espanha*
Prof.^ª Dr.^ª Maria do Céu Caetano, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
Prof.^ª Dr.^ª Maria do Socorro Saraiva Pinheiro, Universidade Federal do Maranhão, Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Maria Lúcia Pato, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

Prof.ª Dr.ª Maritza González Moreno, *Universidad Tecnológica de La Habana*, Cuba
Prof.ª Dr.ª Mauriceia Silva de Paula Vieira, Universidade Federal de Lavras, Brasil
Prof.ª Dr.ª Odara Horta Boscolo, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Prof. Dr. Osbaldo Turpo-Gebera, *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa*, Peru
Prof.ª Dr.ª Patrícia Vasconcelos Almeida, Universidade Federal de Lavras, Brasil
Prof.ª Dr.ª Paula Arcoverde Cavalcanti, Universidade do Estado da Bahia, Brasil
Prof. Dr. Rodrigo Marques de Almeida Guerra, Universidade Federal do Pará, Brasil
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares, Universidade Federal do Piauí, Brasil
Prof. Dr. Sergio Bitencourt Araújo Barros, Universidade Federal do Piauí, Brasil
Prof. Dr. Sérgio Luiz do Amaral Moretti, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
Prof.ª Dr.ª Silvia Inés del Valle Navarro, *Universidad Nacional de Catamarca*, Argentina
Prof.ª Dr.ª Solange Kazumi Sakata, Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares. Universidade de São Paulo (USP), Brasil
Prof.ª Dr.ª Teresa Cardoso, Universidade Aberta de Portugal
Prof.ª Dr.ª Teresa Monteiro Seixas, Universidade do Porto, Portugal
Prof. Dr. Valter Machado da Fonseca, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
Prof.ª Dr.ª Vanessa Bordin Viera, Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia Vasilévski dos Santos Araújo, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Brasil
Prof. Dr. Wilson Noé Garcés Aguilar, *Corporación Universitaria Autónoma del Cauca*, Colômbia

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências socialmente aplicáveis [livro eletrônico] : integrando saberes e abrindo caminhos: vol. VII / Organizadores Jorge José Martins Rodrigues, Maria Amélia Marques. – Curitiba, PR: Artemis, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

Edição bilíngue

ISBN 978-65-87396-72-9

DOI 10.37572/EdArt_171222729

1. Ciências sociais aplicadas – Pesquisa – Brasil. 2. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. I. Rodrigues, Jorge José Martins. II. Marques, Maria Amélia.

CDD 307

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



APRESENTAÇÃO

O sétimo volume desta coleção continua a tradição de ser um livro de temáticas emergentes interdisciplinares e transdisciplinares no campo das ciências sociais aplicadas. Interdisciplinares porque cruzam várias disciplinas do saber e transdisciplinares pela diversidade de campos do conhecimento abrangidos.

À semelhança dos anteriores volumes, a metodologia seguida na organização deste volume, podendo ser discutível, privilegiou a relevância e atualidade dos artigos, o recurso a diferentes metodologias e técnicas de investigação em ciências sociais aplicadas; o estudo de casos internacionais e nacionais, bem como a multidisciplinaridade dos estudos.

Nesse quadro, o presente volume tem como tema Saúde, Cultura e Consumo e encontra-se em torno de quatro eixos: Saúde, Cultura, Finanças e Distribuição. Na construção da estrutura de cada eixo procurou-se seguir uma lógica em que cada artigo possa contribuir para uma melhor compreensão do artigo seguinte, gerando-se um fluxo de conhecimento acumulado que se pretende fluido e em espiral crescente.

Assim, a Saúde agrupa um conjunto de cinco artigos que se preocupam com o tema. A saúde é um bem comum transversal às sociedades, o que permite movimentos transnacionais dos pacientes, seja por motivos de esperança média de vida, tratamentos específicos geograficamente localizados ou experiências forçadas devido a pandemias.

A Cultura junta sete artigos relacionados. A cultura é um património imaterial das sociedades, que permite compreender os povos, sendo o resultado de paz e ações passadas e repensadas por aqueles, com implicações nas relações internacionais, culturais, patrimoniais, etnográficas e de trabalho, com impacto na economia dos países.

As Finanças juntam um conjunto de cinco artigos. Os projectos de investimento, na óptica puramente financeira deverão ser rentáveis. Esta avaliação privilegia os esforços efectuados em investigação, inovação e *design*, na geração de fluxos de tesouraria, sob pena de as organizações criadas entrarem em falência antes do termo do mesmo.

A Distribuição junta um conjunto de quatro artigos que exploram o estímulo ao consumo. Este estímulo passa pela publicidade e pelo uso de novas tecnologias, o que gera novas soluções para os canais de distribuição com impacto na economia.

Com a disponibilização deste livro e seus artigos esperamos que os mesmos gerem inquietude intelectual e curiosidade científica, procurando a satisfação de novas necessidades e descobertas, motor de todas as fontes de inovação.

Jorge Rodrigues, ISCAL/IPL, Portugal
Maria Amélia Marques, ESCE/IPS, Portugal

SUMÁRIO

SAÚDE, CULTURA E CONSUMO: DESAFIOS PARA A SUSTENTABILIDADE

SAÚDE

CAPÍTULO 1..... 1

EXPERIENCIAS DEL CONFINAMIENTO ENTRE JÓVENES UNIVERSITARIOS: LOS EFECTOS EMOCIONALES Y SOCIALES DE UN AÑO DE ENCIERRO POR LA PANDEMIA DE COVID-19

José Guadalupe Rivera González

 https://doi.org/10.37572/EdArt_1712227291

CAPÍTULO 2..... 29

LÍTIO – UMA HISTÓRIA DESDE A GOTA À PSIQUIATRIA

Joaquim José Oliveira de Sá Couto

Joana Filipa Cavaco Rodrigues

Bruno Afonso da Luz

Tiago Ventura Gil Pereira

 https://doi.org/10.37572/EdArt_1712227292

CAPÍTULO 3..... 35

DESASTRE DEMOGRÁFICO EN PERÚ OCASIONADO POR EL COVID-19

Luis Alberto Meza Santa Cruz

 https://doi.org/10.37572/EdArt_1712227293

CAPÍTULO 4..... 50

CENTRO INTEGRAL DE AYUDA PARA LA MUJER MALTRATADA EN TEPIC, NAYARIT, MEXICO

Bertha Alicia Arvizu López

Rosalva Enciso Arámbula

Gabriel Zepeda Martínez

Juana Evangelina Duarte Reynoso

Nicolás Daniel Lora Ledón

Mayra Elena Fonseca Avalos

 https://doi.org/10.37572/EdArt_1712227294

CAPÍTULO 5..... 69

ESTUDOS DE CASO COM APLICAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Dora Margarida Ribeiro Machado

Maria Cristina Pinto Mendes

 https://doi.org/10.37572/EdArt_1712227295

CULTURA

CAPÍTULO 6..... 83

DISCURSOS DE PAZ DEL NOBEL JUAN MANUEL SANTOS

Liliana Gómez

 https://doi.org/10.37572/EdArt_1712227296

CAPÍTULO 7 100

PENSAMENTO, CRIAÇÃO ARTÍSTICA E CRIAÇÃO HUMANA

António Manuel Rodrigues Oliveira

 https://doi.org/10.37572/EdArt_1712227297

CAPÍTULO 8.....107

ECONOMÍA Y GEOPOLÍTICA: LA RELACIÓN ENTRE CHINA Y ASIA CENTRAL

Javier Fernando Luchetti

 https://doi.org/10.37572/EdArt_1712227298

CAPÍTULO 9..... 120

TOWARDS REGENERATIVE CULTURES AND METANARRATIVES IN GIRONA: A TRANSITION NARRATIVE-DESIGN CASE STUDY

Jan Ferrer i Picó

Bas van den Berg

 https://doi.org/10.37572/EdArt_1712227299

CAPÍTULO 10.....139

IMAGEN DE VALPARAÍSO, PATRIMONIO DE INMIGRANTES DEL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL XX

Hernán Alejandro Elgueta Strange

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272910

CAPÍTULO 11.....147

INDIGENAS EN LA CARCEL: LA ARAÑA TEJIENDO SU RED

Enrique Hugo García Valencia

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272911

CAPÍTULO 12 166

TRABAJO DOMÉSTICO Y SU IMPACTO EN LA ECONOMÍA MEXICANA

Noemi Alejandra Armenta Sevilla

Gabriel Tapia Tovar

Melissa R. Melgarejo Valdéz

Ramiro González Asta

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272912

FINANÇAS

CAPÍTULO 13.....175

EL FLUJO DE CAJA COMO HERRAMIENTA PARA LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN

Pablo Edison Ávila Ramírez

Alexandra Auxiliadora Mendoza Vera

Martha Margarita Minaya Macías

Rubén Hernán Andrade Álvarez

Angélica María Indacochea Vásquez

Gina Gabriela Loor Moreira

Janeth Virginia Intriago Vera

Tito Alexander Cedeño Loor

Jhonny Antonio Ávila Ramírez

Henry Marcelino Pinargote Pinargote

Luis Andrey Aguilar Tapia

Milton Geovanny Zambrano Rivera

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272913

CAPÍTULO 14..... 189

GENERADOR BINARIO PSEUDOALEATORIO, FORMADO POR LA COMBINACIÓN DE REGISTROS DE DESPLAZAMIENTO CON RETROALIMENTACIÓN NO LINEAL

Andrés Francisco Farías

Germán Antonio Montejano

Ana Gabriela Garis

Pablo Marcelo García
Andrés Alejandro Farías

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272914

CAPÍTULO 15.....204

PROJETO DE MICROTURBINAS EÓLICAS: OPORTUNIDADES E DESAFIOS

Silvana dos Santos Ramos
Luis Henrique Alves Candido

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272915

CAPÍTULO 16.....217

VALORES CRÍTICOS DE POLINOMIOS HOMOGÊNEOS DE GRADO TRES SOBRE LA
ESFERA UNIDAD

Julio Cesar Barros
Victoria Navarro

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272916

CAPÍTULO 17229

FALÊNCIA EMPRESARIAL, ANÁLISE DISCRIMINANTE E SCORING - UMA VISÃO
GERAL

Cândido Jorge Peres Moreira
Mário Alexandre Guerreiro Antão
Domingos Custódio Cristóvão
Hélio Miguel Gomes Marques
Pedro Miguel Baptista Pinheiro
João Manuel Afonso Geraldês
Catarina Carvalho Terrinca

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272917

DISTRIBUIÇÃO

CAPÍTULO 18.....247

ESTÍMULO AO CONSUMO: UMA INCITAÇÃO PUBLICITÁRIA COM TRAÇOS
INVEJOSOS NO COMPORTAMENTO HUMANO

Karen Muzany
Janaina Vieira de Paula Jordão

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272918

CAPÍTULO 19258

THE ROLE OF MOBILE BANKING IN THE NEW DIGITAL FINANCIAL FRAMEWORK: A LITERATURE REVIEW

Maria Cristina Quirici

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272919

CAPÍTULO 20 276

EXPLORING PHYSICAL STORES IN OMNICHANNEL RETAIL STRATEGY. HOW INTERACTION DESIGN IS CHANGING IN-STORE BEHAVIOR

Francesca Fontana

Manuel Scortichini

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272920

CAPÍTULO 21288

THE IMPACT OF ECONOMIC POLICY UNCERTAINTY ON UNEMPLOYMENT IN THE UNITED STATES

Dejan Romih

Amir Fekrazad

 https://doi.org/10.37572/EdArt_17122272921

SOBRE OS ORGANIZADORES303

ÍNDICE REMISSIVO 304

CAPÍTULO 5

ESTUDOS DE CASO COM APLICAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Data de aceite: 16/12/2022

Dora Margarida Ribeiro Machado

ACeS Grande Porto III
Maia/Valongo – USF Pirâmides
<https://orcid.org/0000-0001-8135-7201>

Maria Cristina Pinto Mendes

ACeS Grande Porto III
Maia/Valongo – USF Saúde em Família
<https://orcid.org/0000-0002-5593-982X>

RESUMO: O enfermeiro de família presta cuidados de enfermagem às famílias ao longo do seu ciclo de vida e nos diferentes contextos. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar surgiu como referencial teórico e operativo da enfermagem de saúde familiar. **Objetivos:** Estudo de duas famílias, marcadas pelas doenças degenerativa e terminais de um dos seus elementos. **Materiais e Métodos:** Estudos descritivos do tipo estudo de caso das famílias A e B com recurso ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Colheita de dados realizada à família A em outubro de 2020 e à família B em setembro de 2022. **Resultados:** A doença do utente da família A implicou uma disfunção sexual que motivou uma satisfação conjugal não mantida

e a doença da utente da família B implicou um processo de alteração da sua imagem corporal. Ambas as situações potenciaram a ação do enfermeiro de família para a realização de ensinamentos e para a referência para o médico de família, para encaminhamento para especialidades. **Discussão:** O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar apresenta-se como uma mais valia para o enfermeiro especialista em saúde familiar, contudo alguns dos instrumentos de avaliação, não são passíveis de registar em plataforma informática. **Conclusão:** A elaboração dos estudos permitiu cimentar pressupostos e corroborar a importância de um referencial teórico, que avalie e mobilize os recursos familiares, por forma a potenciar a importância da atuação do Enfermeiro de Família.

PALAVRAS-CHAVE: Estudo de Caso. Enfermagem Familiar. Modelos de Assistência à Saúde.

CASE STUDIES APPLYING THE DYNAMIC MODEL OF FAMILY ASSESSMENT AND INTERVENTION

ABSTRACT: The family nurse provides nursing care to families throughout their life cycle and in different contexts. The Dynamic Model of Family Health Assessment and Intervention emerged as a theoretical and operational framework for family health nursing. **Objectives:** Study of two families, marked by degenerative and terminal diseases

of one of its members. **Materials and Methods:** Descriptive studies of the case study type of families A and B using the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention. Data collection was carried out for family A in October 2020 and family B in September 2022. Results: The illness of the user in family A implied a sexual dysfunction that led to marital satisfaction that was not maintained and the illness of the user in family B implied a process of changing your body image. Both situations boosted the action of the family nurse to carry out teaching and to refer to the family doctor for a referral to specialties. **Discussion:** The Dynamic Model of Assessment and Family Intervention presents itself as a benefit for the specialist nurse in family health however, some of the assessment instruments cannot be registered on a computer platform. **Conclusion:** The elaboration of the studies made it possible to cement assumptions and corroborate the importance of a theoretical framework, which evaluates and mobilizes family resources, to enhance the importance of the role of the Family Nurse. **KEYWORDS:** Case reports. Family Nursing. Healthcare Models.

1 INTRODUÇÃO

Em 2005, os Cuidados de Saúde Primários sofreram uma reforma que ficou marcada com a constituição das Unidades de Saúde Familiar, que oferecem “(...) cuidados melhor alinhados com as orientações técnico-científicas atuais, uma participação ativa e uma maior satisfação de todos, usuários e profissionais” (BISCAIA; HELENO, 2017) e que são constituídas por equipas multidisciplinares, onde se destaca o Enfermeiro de Família (EF).

Este profissional “(...) assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (...) [e] contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, (...) garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde” (DIÁRIO DA REPÚBLICA N. 149/2014, 2014, p. 4070). Em 2012, por forma a dar resposta às necessidades dos EF, surgiu, como referencial teórico e operativo, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (FIGUEIREDO, 2012) que a Ordem dos Enfermeiros adotou como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

O presente trabalho, teve como objetivo realizar dois estudos de caso de famílias marcadas pelas doenças degenerativa e terminais de um dos seus elementos, tendo-se recorrido ao MDAIF, dada a contemporaneidade e pertinência do mesmo no decurso da profissão de Enfermagem de Saúde Familiar.

O MDAIF encerra em si dez pressupostos, que suportam a família enquanto cliente dos cuidados de Enfermagem, e obedece a catorze princípios, que norteiam a tomada de decisão em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), centrando-se numa abordagem

colaborativa que prevê a capacitação familiar. Esta abordagem integra o papel do EF enquanto facilitador para a coconstrução de soluções para problemas familiares, decorrentes das transições desenvolvimentais ou acidentais, e o reconhecimento da competência da família na tomada de decisão e resolução dos mesmos. De acordo com este Modelo, todas as famílias carecem de uma avaliação, uma vez que, para o adequado funcionamento familiar, todas elas necessitam de se adaptar às transições que vão sofrendo, ao longo do ciclo vital. Essa avaliação permitirá identificar recursos, forças e necessidades familiares e planejar intervenções adequadas à unicidade de cada sistema familiar (FIGUEIREDO et al., 2020).

Neste paradigma o EF é um interveniente no processo evolutivo e de mudança do sistema familiar, permitindo o ajuste de recursos internos e externos, visando a autonomia familiar. Nesta abordagem sistémica, os cuidados focalizam-se ao longo do ciclo vital, quer na família como um todo, quer em cada um dos seus membros individualmente (FIGUEIREDO et al., 2020).

A avaliação familiar centra-se em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional e visa o conhecimento profundo da família, para que se direcionem intervenções que a fortaleçam. É função do EF avaliar a família nas suas diferentes dimensões por forma a desenvolver um processo de cuidados em colaboração com os membros da mesma (DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 135 – 2.ª SÉRIE, 2018).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudos descritivos do tipo estudo de caso, com recurso ao MDAIF. Colheitas de dados realizadas durante consultas de enfermagem no domicílio, ocorridas em outubro de 2020 e em setembro de 2022, para as famílias A e B, respetivamente.

Os utentes índice e familiares foram representados por um conjunto de duas letras aleatórias, por forma a salvaguardar a confidencialidade de dados e o anonimato. Foram respeitadas as diretrizes éticas para a investigação em enfermagem e, antecipadamente à colheita de dados, foi obtido o consentimento informado livre e esclarecido dos utentes em estudo.

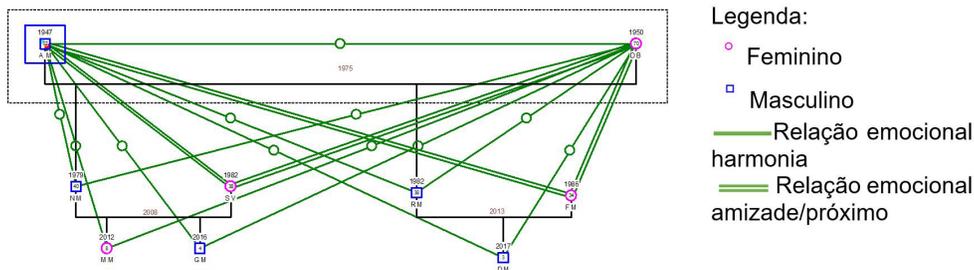
2.1 FAMÍLIA A

Composta pelo Sr. AM de 72 anos e mulher DB de 70 anos, ambos reformados. Residem no 2º andar de um prédio, com elevador, em zona central de uma cidade no norte de Portugal. Têm dois filhos casados, um deles a residir no estrangeiro (RM) com esposa (FM) e filho (DM) e o outro (NM) a residir próximo, com a esposa (SV) e dois

filhos (MM e GM). O Sr. AM é filho único e a Sr.^a DB tem dois irmãos, com quem convive frequentemente. Os pais do Sr. AM e da Sr.^a DB já faleceram. Quer o Sr. AM, quer a esposa, têm formação católica, mas são não praticantes.

Em 2016 o Sr. AM iniciou um quadro de queixas motoras (dificuldade em subir escadas) mas não valorizou, no entanto, desde essa altura começou a sentir perda de massa muscular. Em abril de 2017 sofreu uma queda, ao correr atrás de uma neta, e, por se repetir, recorreu à consulta de ortopedia no hospital da área de residência. Em julho de 2017 foi-lhe diagnosticada esclerose lateral amiotrófica (ELA) periférica. O Sr. AM tem como antecedentes pessoais: gastrite com esboço de hérnia, fazendo medicação diariamente. No momento de colheita de dados está totalmente dependente e a principal prestadora de cuidados (PC) é a sua esposa. Não obstante, têm o apoio de uma equipa de cuidados ao domicílio (ECD), que todas as manhãs presta os cuidados de higiene ao Sr. AM, de uma cuidadora externa (CE) para ajudar na hora do almoço e de uma empregada de limpeza (EL) aos sábados. O Sr. AM é seguido em consulta de cuidados paliativos, neurologia, pneumologia e fisioterapia e, três vezes por semana, tem cuidados de fisioterapia ao domicílio, por um fisioterapeuta privado (FP). A família A está envolta em laços de amor e proximidade.

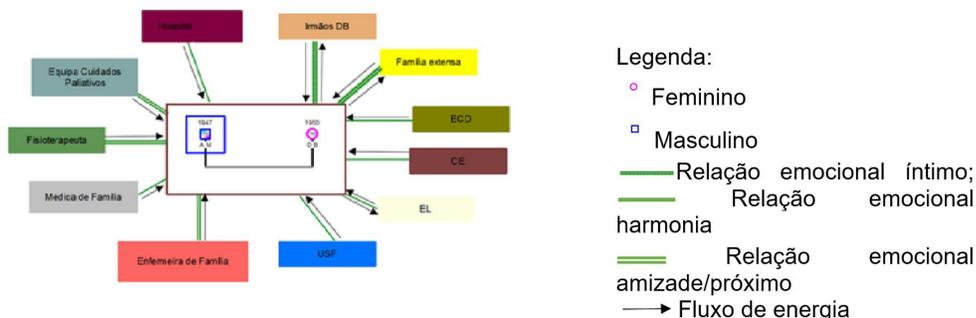
Figura 1 - Genograma familiar Família A.



Trata-se de um casal, que mantém contacto pessoal diário com o filho (NM), a nora (SV), os netos (MM e GM), a MB (irmã de DB) e o AB (irmão de DB). E contacto telefónico diário com o filho (RM), a nora (FM) e o neto (GM), que residem no estrangeiro.

Quanto às funções das relações: (i) MB e AB são a companhia social do casal; (ii) NM, SV, RM e FM, prestam apoio emocional; (iii) NM e RM desempenham também o papel de guias cognitivos e de conselhos; (iv) MB e AB fazem a regulação social; e (v) a EF, o Hospital, a equipa de Cuidados Paliativos, ECD, CE e EL, prestam ajuda de material e de serviço.

Figura 2- Ecomapa Família A.



Aplicando a Escala de Graffar adaptada à família A obtiveram-se 14 pontos, que a enquadram na posição social III - classe média. O apartamento onde a família A reside possui barreiras arquitetónicas, já que, apesar de ter divisões amplas onde é possível a passagem da cadeira de rodas, o elevador do prédio é demasiado estreito, não permitindo a entrada da mesma. Tem aquecimento elétrico, não possui abastecimento de gás e está devidamente higienizado. O abastecimento da água é assegurado pela rede pública, com controlo bianual de qualidade, bem como o serviço de tratamento de resíduos. A família não possui animal doméstico.

A família A encontra-se na etapa do ciclo vital familiar “Família com filhos adultos”. Quer o Sr. AM, quer a Sr.^a DB estão satisfeitos quanto à divisão/partilha das tarefas domésticas e quanto ao tempo que estão juntos. O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um e consegue chegar a acordo quando há discordâncias de opinião. Ambos estão satisfeitos com o padrão de comunicação entre eles. Dada a disfunção erétil do Sr. AM, e apesar do casal ter conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais, nenhum dos dois está satisfeito com o padrão de sexualidade. Quanto ao papel parental, ambos conhecem as tarefas da nova etapa de desenvolvimento, redefiniram as relações com os filhos, incluíram na família os parentes por afinidade e netos, estão satisfeitos com o contacto mantido com os filhos e respetivas mulheres. Existe consenso do papel de cada um, não se verificando nem conflito, nem saturação.

Tal como referido o Sr. AM apresenta dependência severa grave, sendo dependente em todos os autocuidados. São suas prestadoras de cuidados a Sr.^a DB, a ECD (higiene e vestuário – contacto diário), a CE (diariamente ao almoço, para ajudar nos autocuidados comer e beber), NM (para em conjunto com a Sr.^a DB proporcionar atividades de lazer) e o FP (3 vezes por semana). Nos autocuidados sono e repouso,

gestão do regime terapêutico, vigilância e administração de medicamentos é a Sr.^a DB a responsável. Quer CE, quer os elementos da ECD não têm formação superior e FP é licenciado. Contudo, todos têm conhecimento do seu papel nos diferentes itens dos autocuidados, estimulando a independência possível do Sr. AM, promovendo adequadamente a sua higiene, utilização do vestuário e ingestão nutricional. Além disso, a família A adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário, pelo Sr. AM, ainda que agora se tornem desnecessários, já que o mesmo não tem equilíbrio sentado.

Estão também assegurados ao Sr. AM de forma adequada (i) a promoção do comportamento sono-reposo; (ii) atividades recreativas; (iii) padrão de exercício, através da fisioterapia e mobilizações passivas, realizadas pela esposa; e (iv) assistência na autovigilância. Existe, portanto, consenso do papel no comportamento de adesão, sem conflitos e sem saturação.

Aplicando a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe à família A obteve-se uma pontuação de 212, pelo que a família A tem 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica. De referir que algumas das mudanças assinaladas se relacionaram com a pandemia vivida. É a Sr.^a DM quem na família A expressa mais os sentimentos e existe aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros, sendo que o impacto que os sentimentos de cada um têm na família é favorável. Todos na família A são claros e diretos no discurso e expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros. Existe satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família A e a forma como cada um se expressa tem um impacto favorável. Quem na família A habitualmente identifica os problemas é a Sr.^a DB, sendo também ela quem tem iniciativa para os resolver. Existe discussão sobre os problemas na família A, pelo que os seus membros estão satisfeitos com a forma como se discutem os problemas. Não obstante, a família A tem acompanhamento psicológico individual e enquanto casal, para ajudar na resolução de problemas, sendo que em experiências anteriores se revelou positiva. O Sr. AM é que desempenha o papel de provedor, havendo consenso do papel, sem conflitos nem saturação. É a Sr.^a DB, quem desempenha os papéis de gestão financeira, de cuidado doméstico, de papel recreativo e de parente, havendo consenso do papéis, sem conflitos nem saturação. O membro com maior poder na família A é a Sr.^a DB, e a família está satisfeita relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros. Na família A existem alianças entre a Sr.^a DB e o Sr. AM e os membros familiares sentem-se satisfeitos com a forma como a família A manifesta a sua união. Verifica-se satisfação da família A relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros

e uma aliança entre a Sr.^a DB e o Sr. AM, sendo que os membros familiares se sentem satisfeitos com a forma como a família A manifesta a sua união.

Aplicada a Escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - FACES - a cada um dos elementos familiares obtiveram-se os seguintes resultados: Sr. AM percebe a sua família, em termos de coesão como ligada, por outro lado a Sr.^a DB percebe a família como separada, em termos de adaptabilidade ambos percebem a família como flexível; feito o cálculo, individualmente, para ambos, a família A apresenta-se como moderadamente equilibrada; transpondo os valores obtidos para uma avaliação conjunta, esta família apresenta-se como ligada, no que concerne à coesão, e flexível, no respeitante à adaptabilidade, pelo que a família A é do tipo moderadamente equilibrada, permitindo afirmar que a percepção do Sr. AM está correta, mas a Sr.^a DB tem uma falsa percepção de separação da sua coesão familiar.

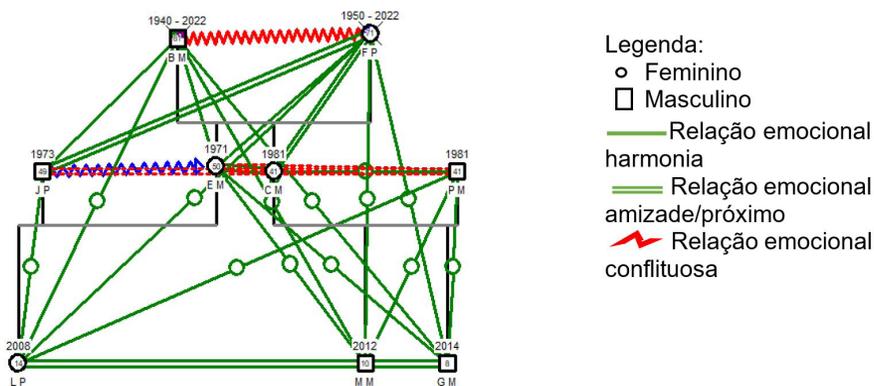
Aplicando o APGAR Familiar de Smilkstein a cada um dos elementos da família A obtiveram-se os seguintes resultados: Sr. AM - família altamente funcional; Sr.^a DB - família altamente funcional. Aferindo a média do score obtido, a família A apresenta-se como altamente funcional. Em termos de crenças familiares, são uma família de católicos não praticantes, que espiritualmente acreditam na existência de Deus. Têm como valores base a honestidade e o respeito e creem na cultura da sua cidade. Por fim, a família A acredita que a intervenção dos profissionais de saúde é uma ajuda na resolução de problemas que implicam a alteração do seu estado de saúde.

2.2 FAMÍLIA B

Composta pelo Sr. BQ de 81 anos e pela mulher FP de 71 anos, ambos reformados. Residem numa moradia de dois andares, com escadas, na zona central de uma cidade no norte do país. Têm duas filhas casadas, CM e EM, a residirem próximo deles. O Sr. BQ tem 4 irmãos, 2 faleceram e os restantes estão na aldeia. A Sr.^a FP tem 1 irmão, com quem mantém uma relação distante. Os pais do Sr. BQ e da Sr.^a FP já faleceram. A Sra. FP tem formação católica e é praticante, sendo acolita na paróquia da sua freguesia, o Sr. BM não é praticante. Em janeiro de 2020 a Sra. FP iniciou um quadro de cefaleias intensas e esquecimentos, mas não valorizou. Os vizinhos deram então o alerta às filhas. Em março de 2020 recorreu à médica de família, após realizar exames prescritos teve o diagnóstico: tumor cerebral – glioblastoma IV. Foi encaminhada para o hospital da área de residência. Em abril de 2020 foi submetida a cirurgia, tendo sido removido o tumor na sua totalidade. A intervenção provocou uma lesão ocular que reverteu ao fim de um mês. Em junho de 2022, realizou 3 semanas de radioterapia. Após estes tratamentos foi

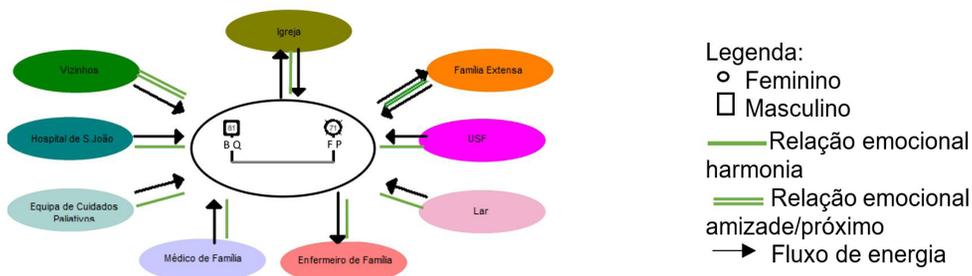
realizada a avaliação pela escala de Barthel, com score de 90, necessitando de ajuda a subir e a descer escadas e de alguma ajuda na utilização do WC. Na escala de Katz obteve 5 pontos - dependência ligeira. No mês seguinte, iniciou ciclos de quimioterapia, terminando os tratamentos em outubro de 2020. Manteve vigilância periódica e quimioterapia oral. O Sr. BQ tem como antecedentes pessoais: diabetes e obesidade, fazendo medicação diariamente. O Sr. BQ é o principal prestador de cuidados da sua esposa, mas também contam com o apoio de um lar para fornecimento de refeições e de uma empregada de limpeza (EL) à quarta-feira. A Sra. FP é seguida em consulta de cuidados paliativos, neurologia e psicologia. A Sra. FP foi vítima de violência por parte do marido Sr. BQ. O genro JP pratica violência emocional sobre a sua esposa, resultante de ciúmes. O genro PM e a Filha EM estiveram em discórdia devido aos tratamentos da Sra. FP, já que o genro PM queria que a Sra. FP realizasse os tratamentos no hospital da área de residência, enquanto a filha EM insistia para os tratamentos serem realizados numa clínica em Espanha. Após conversa com médico do hospital a filha EM tomou conhecimento do estado terminal da mãe e acabou por anuir com o seu cunhado. A família B uniu-se, de forma a ajudar a Sra. FP.

Figura 3 - Genograma familiar Família B.



O casal mantinha contacto pessoal diário com a filha (CM), a filha (EM), o genro (JP) os netos (MM, GM e LP). Quanto às funções das relações: (i) as filhas EM e CM eram a companhia social do casal; (ii) JP, GM,MM e LP prestavam apoio emocional; (iii) CM e EM desempenham também o papel de guias cognitivos e de conselheiras; (iv) JP realizava a regulação social; e (v) a EF, o Hospital, a equipa de Cuidados Paliativos, prestavam ajuda de material e de serviços.

Figura 4 - Ecomapa Família B.



Aplicando a escala de Graffar adaptada à família B, obtiveram-se 14 pontos, o que a enquadram na posição social III - classe média. A moradia onde a família B reside possui barreiras arquitetónicas já que, apesar das divisões amplas, tem escadas que dificultam a autonomia de locomoção da Sra. FP. Tem aquecimento elétrico, não possui abastecimento de gás e a casa está limpa. O abastecimento de água é assegurado pela rede pública bem como o serviço de tratamento de resíduos. A família B não possui animal doméstico.

A família B encontra-se na etapa do ciclo vital familiar “Família com filhos adultos”. O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um e, por vezes, conseguem chegar a acordo quando existem discordâncias de opinião. Ambos acreditam que têm de melhorar o padrão de comunicação entre eles. A nível da sexualidade a Sr.^a FP refere que não têm uma sexualidade ativa, o Sr. BQ confirma e refere estar confortável com a situação. Quanto ao papel parental, ambos conhecem as tarefas da nova etapa de desenvolvimento, redefiniram as relações com os filhos, incluíram na família os parentes por afinidade e netos e estão satisfeitos com o contacto mantido com as filhas e respetivos marido.

Como dito anteriormente, a Sr.^a FB tem dependência ligeira nas atividades de vida diárias, tendo apenas auxílio do lar para o fornecimento das refeições. Nos autocuidados sono e repouso, gestão do regime terapêutico, vigilância e administração de medicamentos é autónoma. As filhas CM e EM têm formação superior. O Sr. BQ e a Sr.^a FP possuem o 1.º ciclo do ensino básico. Todos entendem o processo de doença.

A Sr.^a FP gosta de passear, fazer cortinas de linho, cuidar de uma horta para ocupar o tempo livre. Aos domingos ajuda na realização da missa.

Aplicando a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe à família B, obteve-se uma pontuação de 200, pelo que a família B tem 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica. É a Sr.^a FP o membro da família B que expressa

mais os sentimentos e existe aceitação da família relativamente à expressão dos seus sentimentos. A Sr.^a FP costuma identificar os problemas, sendo também ela quem tem iniciativa para os resolver. Existe discussão sobre os problemas na família B, mas nem sempre os seus membros estão satisfeitos com a forma como se discutem os problemas, nomeadamente o seu conjugue. A Sr.^a FP tem acompanhamento psicológico devido ao processo de doença e o Sr. BQ está acompanhado por um profissional, a título particular. O acompanhamento tem-se verificado positivo na mudança de comportamento com a esposa. É a Sr.^a FP que faz a gestão financeira, o cuidado doméstico, o papel recreativo e de parente, havendo consenso do papeis, sem conflitos nem saturação. O membro com maior poder na família B é a Sr.^a FP e a família está satisfeita relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros.

Aplicada a escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale a cada um dos elementos familiares obtiveram-se os seguintes resultados: o Sr. BQ percebe a sua família, em termos de coesão, como ligada, por outro lado a Sr.^a FP percebe a sua família como separada, em termos de adaptabilidade ambos percebem a família como flexível; após verificar os valores, individualmente, a família B apresenta-se como moderadamente equilibrada; ao realizar uma avaliação conjunta, a família B apresenta-se como ligada, no que concerne à coesão, e flexível, no respeitante à adaptabilidade, pelo que a família B é do tipo moderadamente equilibrada.

Aplicando o APGAR Familiar de Smilkstein a cada um dos elementos da família B obtiveram-se os seguintes resultados: o Sr. BQ e a Sr.^a FP - família altamente funcional. Aferindo a média do score obtido, a família B apresenta-se como altamente funcional.

Como referido o Sr. BQ é católico não praticante e a Sr.^a FP é católica praticante (Sr.^a FP). Ambos acreditam na existência de Deus. Têm como valores base a honestidade e o respeito, creem na cultura da sua cidade e acreditam que os profissionais de saúde são uma ajuda na resolução de problemas que implicam a alteração do seu estado de saúde.

3 RESULTADOS

Face à família A levantaram-se os diagnósticos abaixo identificados, com recurso ao MDAIF, sugerindo-se as intervenções a eles alocados.

Diagnósticos: Rendimento familiar não insuficiente; Edifício residencial seguro; Edifício residencial não negligenciado; Precaução de segurança demonstrada; Abastecimento de água adequado.

Intervenções sugeridas: Verificar conhecimentos;

Diagnósticos: Satisfação conjugal não mantida.

Intervenções sugeridas: Ensinar sobre sexualidade; Orientar para serviços médicos; Orientar para terapia familiar; Orientar para serviços (psicologia).

Diagnósticos: Papel Parental Adequado.

Intervenções sugeridas: Promover a comunicação expressiva de emoções.

Diagnósticos: Conhecimento do papel prestador de cuidados (PC) demonstrado; Comportamento de adesão demonstrado; Papel PC adequado.

Intervenções sugeridas: Verificar conhecimentos; Apoiar o PC no desempenho do papel de PC; Validar conhecimento do PC sobre papel de PC; Avaliar saturação do exercício do papel; Facilitar a comunicação expressiva de emoções; Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de PC; Informar PC sobre serviço social; Encorajar o PC para o desempenho do papel de PC; Promover a comunicação expressiva de emoções na família; Disponibilizar prestação de serviços na comunidade; Elogiar envolvimento do PC; Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel de PC; Informar o PC sobre serviços de saúde; Ensinar o PC sobre prevenção de quedas; Orientar o PC para a prestação de serviços na comunidade.

Diagnósticos: Processo familiar não disfuncional.

Intervenções sugeridas: Facilitar o suporte familiar; Promover o suporte familiar; Avaliar saturação do papel; Avaliar conflitos do papel; Elogiar o envolvimento da família; 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; Promover a comunicação expressiva de emoções.

Face à família B levantaram-se os diagnósticos abaixo identificados, com recurso ao MDAIF, sugerindo-se as seguintes intervenções:

Diagnósticos: Rendimento familiar não insuficiente; Edifício residencial seguro.

Edifício residencial não negligenciado; Precaução de segurança demonstrada;

Abastecimento de água adequado.

Intervenções sugeridas: Verificar conhecimentos.

Diagnósticos: Satisfação conjugal mantida.

Intervenções sugeridas: Ensinar sobre sexualidade.

Diagnósticos: Papel Parental Adequado.

Intervenções sugeridas: Promover a comunicação expressiva de emoções.

Diagnósticos: Conhecimento do papel PC demonstrado; Comportamento de adesão demonstrado; Papel PC adequado.

Intervenções sugeridas: Verificar conhecimentos; Apoiar o PC no desempenho do papel de PC; Validar conhecimento do PC sobre papel de PC; Avaliar saturação do

exercício do papel; Facilitar a comunicação expressiva de emoções; Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de PC; Informar PC sobre serviço social; Encorajar o PC para o desempenho do papel de PC; Promover a comunicação expressiva de emoções na família; Disponibilizar prestação de serviços na comunidade; Elogiar envolvimento do PC; Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel de PC; Informar o PC sobre serviços de saúde; Ensinar o PC sobre prevenção de quedas; Orientar o PC para a prestação de serviços na comunidade.

Diagnósticos: Processo familiar disfuncional.

Intervenções sugeridas: Facilitar o suporte familiar; Promover o suporte familiar;

Avaliar saturação do papel; Avaliar conflitos do papel; Elogiar o envolvimento da família; 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; Promover a comunicação expressiva de emoções.

Diagnósticos: Potencial para melhorar o conhecimento.

Intervenções sugeridas: Avaliar potencial para melhorar o conhecimento; Educar para a saúde; Ensinar sobre comportamento de procura de saúde; Ensinar sobre doença.

Diagnósticos: Autoestima moderada.

Intervenções sugeridas: Disponibilizar suporte emocional; Incentivar a comunicação de emoções; Incentivar interação social com grupo de suporte; Incentivar o apoio / suporte da família; Incentivar o envolvimento da família; Orientar para um grupo de suporte; Promover autoestima; Vigiar comportamento.

4 DISCUSSÃO

A adoção de um paradigma preventivo, em deposição do paradigma curativo, característico dos cuidados de saúde hospitalares, permitiu um progresso global da saúde. A reforma de 2005 viu constituída a imagem do EF, que deve prestar cuidados às famílias que acompanha, ao longo do ciclo vital, e, por forma a dar resposta às suas necessidades no desenvolvimento de práticas de cuidados, surgiu o MDAIF, adotado em 2011 pela OE como referencial teórico da ESF. Este Modelo, que vê a família como um sistema alvo dos cuidados de Enfermagem, através das suas dimensões – estrutural, desenvolvimental e funcional - permite identificar as forças e fraquezas do sistema familiar e desenvolver estratégias que capacitem o mesmo e empoderem a saúde global dos seus membros.

A aplicação do MDAIF à família A permitiu concluir que a doença do Sr. AM implica uma disfunção sexual que motiva uma satisfação conjugal não mantida, potenciando a ação do EF para a realização de ensinos e para a referenciação para o médico de

família, para encaminhamento para especialidades. Não obstante, dado o prognóstico da doença, o encaminhamento deverá dar-se para equipas que ajudem na aceitação das complicações inerentes à ELA. Além disso, foi possível constatar que é um casal ligado, no que concerne à coesão, e flexível, no respeitante à adaptabilidade, e, por isso, moderadamente equilibrado, contudo, a percepção da Sr.^a DB é que se tratava de uma família separada. Após a entrevista, esta percepção pareceu relacionar-se com isolamento do casal dos restantes familiares, motivado pela Pandemia que se vivia. Aliás, dada a suscetibilidade do SR. AM para a doença, a atuação do EF foi crucial para cimentar conhecimentos acerca do SARS-CoV-2 e, com isso, diminuir a exposição a fatores de risco. Ainda na avaliação familiar, foi possível perceber que a progressão da doença do Sr. AM lhe provocou um grau de dependência severa, sendo a Sr.^a DB o seu PC habitual e que, apesar de apresentar ligeira sobrecarga, desempenha adequadamente o seu papel. Mais uma vez, o papel do EF foi crucial, quer para identificar a sobrecarga, quer para intervir de forma a diminuir/eliminar a mesma. Será importante referir que o desabafo permitido ao longo das entrevistas realizadas facilitou a comunicação expressiva de emoções da Sr.^a DB e a sua tomada de consciência para este problema, pelo que, à posteriori, com as devidas precauções, a Sr.^a DB procurou sair mais de casa e estar em contacto com mais frequência, ainda que via telefone, com a sua família extensa, sentindo-se menos sobrecarregada com os cuidados ao Sr. AM.

Já a aplicação do MDAIF à família B permitiu concluir que, apesar da doença, a Sra. FP mantém satisfação conjugal, constatando tratar-se de um casal ligado, no que concerne à coesão, e flexível, no respeitante à adaptabilidade, e, por isso, moderadamente equilibrado. Além disso, a comunicação mantida ao longo das consultas de enfermagem com a Sr.^a FP permitiu-lhe desabafar sobre os seus receios face à doença. Foi também possível verificar que a progressão da doença da Sr.^a FP lhe provocou um grau de dependência moderada e, dado o prognóstico, o encaminhamento deverá dar-se para equipas que ajudem na aceitação das complicações inerentes. A atuação do EF foi crucial para cimentar conhecimentos da família na área da doença oncológica e dos cuidados paliativos e para identificar risco de sobrecarga do cuidador e família.

5 CONCLUSÃO

A elaboração dos estudos de caso permitiu cimentar pressupostos, de onde se destaca a centralidade na família do cuidado holístico de Enfermagem, que deve abranger os diferentes estádios do ciclo vital. E também corroborar a importância de um referencial teórico, que avalie e mobilize os recursos familiares, por forma a potenciar a importância

da atuação do EF. Não obstante, alguns dos instrumentos de avaliação do MDAIF, tais como o genograma e o Ecomapa, não são passíveis de registrar em plataforma informática. Motivos que condicionam a sua replicação diária e a falta de estudos que evidenciem a sua importância em ganhos de saúde. É, por isso, primordial que se aproxime o programa de registo informático à efetiva atuação do EF.

Além disso, o modelo biomédico instituído tem limitado o tempo de consulta em enfermagem e direcionado a mesma para o acompanhamento da doença do indivíduo e não para o seu acompanhamento enquanto ser bio-psico-socio-cultural inserido numa família e contexto. Desta forma, a falta de indicadores de saúde que avaliem o desempenho do EF com base na aplicação do MDAIF tem contribuído para um constrangimento na sua aplicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BISCAIA, A. R.; HELENO, L. C. V. Primary Health Care Reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative. **Ciência & Saude Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 701–712, 1 mar. 2017.

DIÁRIO DA REPÚBLICA N. 149/2014. **Decreto-Lei n.º 118**, 5 ago. 2014. Disponível em: <<https://files.dre.pt/1s/2014/08/14900/0406904071.pdf>>

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 135 – 2.ª SÉRIE. **Regulamento n.º 428/2018**, 2018.

FIGUEIREDO, M. **Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar**. [s.l.] Lusociência, 2012.

FIGUEIREDO, M. et al. A mudança nas perceções dos enfermeiros de família sobre os pressupostos da intervenção familiar após o processo formativo MDAIF. **Revista ROL de Enfermeria**, v. 43, n. 1, p. 110–117, 1 jan. 2020.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf>.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Jorge Rodrigues é economista. Licenciado, mestre e doutor em Gestão (ISCTE-IUL), com Agregação (UEuropeia). Mestre e pós-doutorado em Sociologia – ramo sociologia económica das organizações (FCSH NOVA). Professor coordenador com agregação no ISCAL – *Lisbon Accounting and Business School* / Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal. Exerceu funções de direção em gestão (planeamento, marketing, comercial, finanças) no setor privado, público e cooperativo. É investigador integrado no Instituto Jurídico Portucalense. Ensina e publica nas áreas de empresa familiar e família empresária, estratégia e finanças empresariais, gestão global, governabilidade organizacional, marketing, planeamento e controlo de gestão, responsabilidade social e ética das organizações.

Maria Amélia Marques, Doutora em Sociologia Económica das Organizações (ISEG/ULisboa), Mestre em Sistemas sócio-organizacionais da atividade económica - Sociologia da Empresa (ISEG/ULisboa), Licenciada (FPCE/UCoimbra), Professora Coordenadora no Departamento de Comportamento Organizacional e Gestão de Recursos Humanos (DCOGRH) da Escola Superior de Ciências Empresariais, do Instituto Politécnico de Setúbal (ESCE/IPS), Portugal. Membro efetivo do CICE/IPS – Centro Interdisciplinar em Ciências Empresariais da ESCE/IPS. Membro e Chairman (desde 2019 da ISO-TC260 HRM Portugal. Tem várias publicações sobre a problemática da gestão de recursos humanos, a conciliação da vida pessoal, familiar e profissional, os novos modelos de organização do trabalho, as motivações e expectativas dos estudantes Erasmus e a configuração e dinâmica das empresas familiares. Pertence a vários grupos de trabalho nas suas áreas de interesses.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Análise Discriminante 229, 230, 231, 234, 235, 236, 241, 243

Arte 86, 100, 101, 147

Asia Central 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

B

Brecha de género 166, 173

C

Caída del Nivel de Mortalidad 35

Case studies 69, 120, 277, 280, 284, 285

China 9, 10, 39, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 151, 165, 246, 264, 280, 281, 283, 287

Clave 1, 25, 26, 35, 52, 87, 107, 111, 147, 166, 189, 190, 198, 199, 217, 289

Comunicação 73, 77, 79, 80, 81, 212, 247, 248, 256, 257

Confinamiento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 21, 23, 26, 28

Consumo 23, 101, 114, 116, 170, 171, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 256, 257

Continuidade 230, 239, 241, 244, 246, 253

COVID-19 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 18, 20, 21, 22, 23, 27, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 67, 127, 137, 258, 263, 264, 265, 271, 272, 273, 274, 277, 289, 293, 294, 298, 299, 300

Covid-19 crisis 258, 264, 273

Criação 100, 101, 102, 103, 104, 231, 237

D

Decisiones de inversión 176

Democracia 83, 85, 87, 88, 91, 92, 98

Desarrollo 8, 36, 44, 53, 57, 63, 67, 85, 90, 93, 111, 112, 114, 117, 118, 139, 140, 141, 142, 148, 150, 151, 152, 154, 164, 166, 167, 169, 171, 172, 173, 177, 180, 183, 202

Design 120, 121, 122, 123, 124, 128, 129, 130, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 213, 215, 216, 276, 279, 280, 284

Design de país 204, 205

Digitalization 258, 259, 263, 264, 265, 266, 271, 272, 275, 283, 285

Discursos 83, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 96, 97, 116

E

Economía 5, 6, 36, 49, 50, 90, 96, 107, 109, 112, 114, 116, 117, 142, 148, 166, 168, 171, 172, 173, 174, 188, 229, 258

Economic policy 288, 289, 290, 291, 292, 293, 298, 299, 300, 301, 302

Energia eólica 204, 205, 210, 214, 215

Enfermagem 69, 70, 71, 80, 81, 82

Enfermagem Familiar 69

Espacio público 10, 139, 140

Esperanza de Vida al Nacer 35, 41, 44, 47, 48

Estudo de caso 69, 71

Etnografía 4, 5, 27, 28, 147, 150, 155, 164

European Cultures 120

Excitação psicótica 29

Experiential Retail 276

F

Falência 229, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 241, 243, 244, 245, 246

Feminismo 68, 166, 167

FinTech 258, 259, 263, 264, 265, 266, 269, 271, 272, 273, 274

Flujos de caja 175, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 187

G

Geopolítica 107, 110, 113, 114, 118, 119

Global change 120, 124

Gota 29, 30, 31

H

Horizonte de evaluación 176, 178, 179, 186

Humano 100, 101, 102, 105, 106, 116, 247, 248, 250, 256

I

Imagen urbana 139, 140

Inmigrante 139, 140, 142, 146

Interaction design 276, 279, 280

Inveja 247, 248, 249, 250, 251, 252, 254, 256, 257

J

Juventudes 1, 3, 7, 9, 18, 26, 28

L

Lítio 29, 30, 31, 32, 33, 34

M

Mania 29, 30, 31, 32, 33

Microturbinas 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 212, 213, 214

Mobile Banking 258, 259, 260, 261, 262, 263, 265, 266, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275

Mobile Payments 258, 263, 265, 266, 268, 270, 272, 273, 274

Modelos de assistência à saúde 69

Mujeres 2, 35, 39, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 65, 66, 67, 68, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174

N

Natureza 100, 101, 235, 238, 248

Nivel de mortalidad 35

NLFSR 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 198, 202

O

Omnichannel 276, 278, 286

P

Pandemia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 18, 20, 21, 24, 26, 27, 28, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 67, 74, 81

Parâmetros de projeto 204, 208

Patrimonio 52, 139, 140, 146, 184

Paz 56, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 109, 251, 253

Pensamento 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 249

Período 2, 3, 4, 8, 11, 12, 21, 25, 26, 33, 36, 37, 45, 84, 88, 115, 141, 144, 145, 167, 172, 177, 178, 179, 180, 183, 189, 190, 193, 202, 239

Poder 10, 13, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 26, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 74, 78, 83, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 96, 98, 107, 118, 147, 150, 151, 154, 159, 161, 162, 163, 164, 166, 168, 170, 233, 238, 248

Polinomio homogéneo 217

Polinomio primitivo 189, 190

Política 9, 27, 40, 83, 85, 87, 88, 90, 96, 97, 98, 99, 101, 107, 108, 109, 113, 116, 117, 118, 148, 160, 168, 178, 288, 289
Precarização 166
Previsão 230, 231, 233, 234, 235, 236, 238, 241, 242, 244, 245, 246
Proyectos de inversión 175, 176, 187
Pruebas de aleatoriedad 189, 190, 202
Publicidade 247, 248, 252, 256

R

Retail Design 276, 279
Retórica 147, 150, 160, 161, 162

S

Scoring 229, 230, 241, 242, 243, 245, 246
Sección normal 217
Secuencia binaria 189
Shopping experience 276, 278, 279, 280, 283, 284, 285
SINADEF 35, 36, 38, 40, 41
Sistema carcelario 147, 148, 151
Sistema jurídico 147, 148, 154, 161

T

Tortura 147, 149, 153, 154, 157, 159, 162
Trabajo doméstico 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174
Transitions design 120

U

Uncertainty 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302
Unemployment 288, 289, 290, 291, 292, 295, 296, 297, 298, 300, 302
United States 107, 108, 165, 288, 289, 290, 292, 293, 294, 298, 300

V

Valores críticos 217, 218, 219, 220, 222, 225, 228
Vector autoregressive model 288
Victimas 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 64, 65, 66, 67, 68, 83, 90, 92, 95, 96, 149, 150, 155, 162
Violencia intrafamiliar 50, 51, 53, 54, 55, 56, 61, 65, 66