



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS NUCLEARES
COM MEMBROS IDOSOS - DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

**ASSESSMENT AND INTERVENTION IN NUCLEAR
FAMILIES WITH ELDERLY MEMBERS - THE
DEVELOPMENT OF SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN
COMMUNITY NURSING WITHIN THE FIELD OF FAMILY
HEALTH NURSING**

Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Mariana Cerqueira Vieira

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS
NUCLEARES COM MEMBROS IDOSOS -
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Estágio de natureza profissional orientado
pela Professora Doutora Fátima Araújo e
coorientado pela Professora Mestre Ana
Isabel Vilar.

Porto, 2025

AGRADECIMENTO

Aos meus pais e ao meu irmão, por me aturarem em todos os momentos, por me ouvirem com paciência e por estarem sempre presentes com apoio incondicional. Obrigada por serem o meu porto seguro, mesmo nas fases mais exigentes e por acreditarem em mim.

À Professora Ana Vilar e à Professora Fátima Araújo, pela disponibilidade constante, pela ajuda sempre generosa e pelas palavras de reforço positivo que foram tão importantes ao longo deste percurso. À Professora Maria Henriqueta Figueiredo, coordenadora deste mestrado, pela inspiração e contributo valioso para a minha formação como Enfermeira Especialista.

À minha tutora, Carla Paupério Rocha, pelo apoio, ajuda, disponibilidade e empatia ao longo destes meses.

À minha amiga e pilar, Inês Pinto, por estar sempre lá, com a palavra certa no momento certo e pelo apoio incansável. Pela valorização constante e por acreditares em mim, mesmo quando eu duvidava. A tua amizade foi abrigo, força e luz em cada etapa deste caminho.

Às companheiras de mestrado, Diana, Filipa e Bárbara, pelo companheirismo, pela entreajuda e por todos os momentos partilhados, tornaram esta jornada mais leve e memorável.

Aos colegas da USF Viver Mais, Cláudia, Conceição, Carolina e Joel, por me acolherem, ajudarem sempre que podiam, por fomentarem um ambiente de trabalho positivo e de partilha de saberes.

A todas estas pessoas, a minha mais sincera gratidão.

Sem vocês, não seria possível. Este trabalho é também vosso.

RESUMO

A Enfermagem de Saúde Familiar centra-se na prestação de cuidados à família como um sistema dinâmico, influenciada por diversas transições ao longo do ciclo de vida, sejam estas normativas ou não normativas. A transição para a reforma representa um desafio significativo para os indivíduos e para as suas famílias, exigindo redefinição de papéis, ajustes na estrutura familiar e adaptação a novas realidades. Este relatório documenta o percurso de aprendizagem desenvolvido no âmbito das Unidades Curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. A realização deste estágio teve como propósito a consolidação de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, bem como competências comuns do enfermeiro especialista. Os objetivos estabelecidos centraram-se na avaliação e intervenção junto de famílias nucleares com membros idosos em transição para a reforma, com o intuito de promover a sua adaptação e bem-estar, bem como na liderança e colaboração em processos de intervenção no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar. Para alcançar estes objetivos, adotou-se uma abordagem metodológica baseada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e na Teoria das Transições, permitindo uma abordagem sistémica e individualizada. Foram acompanhadas seis famílias, selecionadas com base em critérios previamente definidos e implementadas intervenções direcionadas para as necessidades identificadas. Para tal, recorreu-se a técnicas transversais, nomeadamente questões lineares, reflexivas, circulares, hipotéticas e de escala, bem como a técnicas específicas de intervenção familiar como o reenquadramento, conotação positiva, a prescrição paradoxal, o ritual terapêutico, a carta terapêutica. Os resultados obtidos demonstraram ganhos na adaptação à reforma e na reorganização da estrutura familiar. Paralelamente, foi desenvolvido um plano formativo para a equipa de enfermagem da unidade de saúde, com o intuito de melhorar a qualidade da documentação dos cuidados no sistema de informação SClínico-CSP®. A partir das necessidades identificadas na etapa de diagnóstico, elaborou-se um plano formativo e um acompanhamento individualizado, culminando numa utilização mais eficiente do programa "Saúde da Família" e numa maior consciencialização para a importância do registo estruturado dos cuidados prestados. O processo de aprendizagem revelou-se essencial para o desenvolvimento de competências comuns e específicas, promovendo uma prática clínica reflexiva e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às famílias e aos seus membros que vivenciam a transição para a reforma.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Família; Envelhecimento; Transição para a Reforma; Documentação em Enfermagem

ABSTRACT

The Family Health Nursing focuses on providing care to the family as a dynamic system, influenced by various transitions throughout the life cycle, whether normative or non-normative. The transition to retirement represents a significant challenge for individuals and their families, requiring role redefinition, adjustments in family structure, and adaptation to new realities. This report documents the learning process developed within the Curricular Units "Professional Internship with Report – Module I and Module II" of the Master's Degree in Community Nursing, specializing in Family Health Nursing, at the Porto Nursing School. The purpose of this internship was to consolidate the specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, as well as the common competencies of the specialist nurse. The defined objectives focused on the assessment and intervention with nuclear families with elderly members in transition to retirement, aiming to promote their adaptation and well-being, as well as leadership and collaboration in intervention processes within the context of Family Health Nursing. To achieve these goals, a methodological approach was adopted based on the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention and Transition Theory, allowing for a systemic and individualized perspective. Six families were followed, selected based on predefined criteria, and targeted interventions were implemented according to the identified needs. For this purpose, transversal techniques were used, namely linear, reflective, circular, hypothetical and scaling questions, as well as specific family intervention techniques such as reframing, positive connotation, paradoxical prescription, therapeutic rituals, and therapeutic letters. The results demonstrated improvements in adaptation to retirement and in the reorganization of family structure. Simultaneously, a training plan was developed for the nursing team of the health unit, aiming to improve the quality of care documentation in the SClínico-CSP® information system. Based on the needs identified during the diagnostic phase, a training plan and individualized support were developed, resulting in more efficient use of the "Family Health" module and increased awareness of the importance of structured care documentation. The learning process proved essential for the development of both common and specific competencies, promoting a reflective clinical practice oriented towards the continuous improvement of care quality provided to families and their members experiencing the transition to retirement.

Keywords: Family Health Nursing; Family; Aging; Transition to Retirement; Documentation

CHAVE DE SIGLAS e ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centro de Saúde

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

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

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

EFS – Entrevista Familiar Sistémica

EPFAR – Escala de Posicionamento Face Adaptação à Reforma

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

FFMS- Fundação Francisco Manuel dos Santos

HTA – Hipertensão Arterial

ICN - International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCM – Presidência do Conselho de Ministros

SI – Sistemas de Informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	16
2.1 Descrição do contexto da prática clínica	16
2.2 Caracterização das famílias	23
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	31
3.1 A Família no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar	31
3.2 O envelhecimento e a reforma	37
3.3. O impacto da transição para a reforma no Indivíduo e no Sistema Familiar	40
3.4 O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar em Famílias Nucleares com Membros Idosos a vivenciar a transição para a reforma	47
4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA	51
4.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados: recursos utilizados e áreas de avaliação e intervenção	51
4.1.1. Família Saturno	64
4.1.2. Família Urano	87
4.1.3. Ganhos em Saúde para as Famílias e para os seus Membros	108
4.2. Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	112
4.2.1. Articulação com equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	113
4.2.2. Gestão do sistema de cuidados de saúde familiar aos diferentes níveis de prevenção	115

5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	123
6. CONCLUSÃO	137
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
ANEXOS	170

ANEXO I - Dados sobre a caracterização das 60 famílias

ANEXO II - Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance

ANEXO III – Família Mercúrio

ANEXO IV – Família Vénus

ANEXO V – Família Marte

ANEXO VI – Família Júpiter

ANEXO VII - Panfleto: “Estou reformado(a) e agora?”

ANEXO VIII - Questionário de diagnóstico das necessidades formativas

ANEXO IX - Resultados obtidos após aplicação inicial do questionário

ANEXO X – Instrumento de verificação da documentação dos cuidados

ANEXO XI - Plano da formação

ANEXO XII - Plano de sessão da formação ministrada

ANEXO XIII - Apresentação de suporte à ação de formação

ANEXO XIV - Folha de participantes na sessão formativa

**ANEXO XV - Guia prático de registo: Documentação dos cuidados em
Enfermagem de Saúde Familiar**

ANEXO XVI - Questionário de avaliação da sessão formativa

ANEXO XVII - Diagnóstico das necessidades de formação profissional (pós sessão) e resultados do mesmo

ANEXO XVIII - Resultados da verificação da documentação dos cuidados no âmbito da ESF (pré e pós formação)

ANEXO XIX - Certificado “3º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo”

ANEXO XX - Certificado de participação no ICFH25

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 – Resultados das Taxas de Avaliação, Prevalência e Ganhos em Saúde na Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF	109
---	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF	19
Figura 2 - Problemas ativos da população inscrita na USF	21
Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora	24
Figura 4 - Problemas de saúde ativos do ficheiro	25
Figura 5 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Saturno	65
Figura 6 - Ecomapa da Família Saturno	67
Figura 7 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Urano	88
Figura 8 - Ecomapa da Família Urano	90

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF) da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Corresponde ao produto final das Unidades Curriculares “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I” (170 horas) e “Módulo II” (340 horas), desenvolvidas entre 16 de abril de 2024 e 24 de janeiro de 2025, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS). Este percurso formativo visou o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a), e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), definidas no Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem a porta de entrada no sistema de saúde, assegurando a promoção da saúde, a prevenção da doença e o acompanhamento das condições crónicas ao longo do ciclo de vida (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2018). Em Portugal, a reforma dos CSP iniciada em 2005 originou mudanças estruturais significativas, nomeadamente a criação das USF, que visam reforçar a acessibilidade, continuidade e qualidade dos cuidados (Biscaia & Heleno, 2017). Estas unidades, constituídas por equipas multiprofissionais, promovem uma abordagem centrada no utente e uma relação de proximidade com a comunidade. O Decreto-Lei n.º 103/2023 consolidou o enquadramento jurídico das USF (Presidência do Conselho de Ministros [PCM], 2023a). Paralelamente, a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS), no âmbito do Decreto-Lei n.º 102/2023, promoveu a integração entre os cuidados primários e hospitalares, reforçando a articulação entre níveis de cuidados e a autonomia das instituições de saúde (PCM, 2023b).

A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) constitui uma área especializada da enfermagem comunitária, centrada na família como unidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). A importância da atuação do Enfermeiro de Família nos CSP foi reforçada pelo Decreto-Lei n.º 118/2014, que destacou o seu papel na promoção da saúde e prevenção da doença, através de um acompanhamento contínuo e próximo ao longo do ciclo vital. Atualmente, a especialização em ESF é requisito obrigatório para o exercício destas funções nas USF (Ministério da Saúde, 2014).

A prática do EEECESF é regulada pelo Regulamento n.º 428/2018, que define duas competências específicas: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018, p.19355). Estas competências são complementadas pelo Regulamento n.º 140/2019, que estabelece as competências comuns do Enfermeiro Especialista, centradas nos domínios da “Responsabilidade profissional, ética e legal”; da “Melhoria contínua da qualidade”; da “Gestão dos cuidados” e do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019a, p.4745).

Neste contexto, o conceito de família admite especial importância no âmbito da ESF, sendo amplamente abordado na literatura. Segundo o International Council of Nurses (ICN, 2020), a família é um sistema dinâmico, composto por indivíduos ligados por laços de sangue, afetivos, legais ou de afinidade, cuja totalidade ultrapassa a soma das suas partes. A sua estrutura e funcionamento evoluem ao longo do ciclo vital, exigindo adaptações perante transições e desafios (Figueiredo, 2009, 2012; OE, 2010). Relvas (2006) salienta que eventos normativos, como o envelhecimento, implicam reorganizações familiares que requerem intervenção especializada. Assim, compreender a família como unidade em constante transformação é essencial para apoiar processos de transição e promover a sua adaptação e funcionalidade (Figueiredo, 2012).

A transição para a reforma constitui um marco normativo no ciclo vital familiar, implicando uma reorganização do quotidiano, tanto a nível individual como familiar (Loureiro, 2023). Esta fase pode gerar desafios emocionais e sociais, exigindo uma reconfiguração da identidade, alterações nas rotinas e adaptações nas dinâmicas familiares (Fonseca, 2011). Perante este contexto, torna-se essencial uma abordagem estruturada e sensível por parte dos profissionais de saúde, dado que a forma como a família vivencia esta transição influencia diretamente a sua adaptação e bem-estar (Loureiro, 2023).

O envelhecimento demográfico constitui uma preocupação crescente nas sociedades contemporâneas, exigindo estratégias que assegurem qualidade de vida face ao aumento da esperança média de vida (World Health Organization [WHO], 2015). Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, entre 2015 e 2050, a proporção de pessoas com 60 ou mais anos aumentará de 12% para 22%. Neste contexto, torna-se pertinente avaliar e intervir junto de famílias nucleares em transição para a reforma. A escolha deste tema surgiu da análise de uma amostra de 60 famílias acompanhadas pela enfermeira tutora.

Neste contexto, a intervenção do EEECESF junto das famílias com membros a vivenciar a transição para a reforma teve como base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012), que orientou a avaliação e a definição de estratégias centradas nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da família. A nível individual, recorreu-se à Teoria das Transições de Meleis (2010), permitindo compreender os processos de adaptação e as necessidades específicas associadas a esta fase da vida.

O presente relatório tem como propósito central descrever e refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio, evidenciando a consolidação de competências em ESF. Para tal, foram definidos os seguintes objetivos: avaliar famílias com membros em transição para a reforma, com base no MDAIF (Figueiredo, 2012); realizar a avaliação individual segundo a Teoria das Transições (Meleis, 2010); implementar intervenções de

enfermagem ajustadas às necessidades identificadas; monitorizar as respostas familiares, assegurando a continuidade dos cuidados; e articular com profissionais e recursos da comunidade, promovendo uma abordagem integrada e multidisciplinar.

A metodologia adotada na elaboração deste relatório baseou-se na análise de evidência científica, através da consulta de bases de dados especializadas, livros, artigos científicos, revistas e dissertações, com citação segundo as normas da APA (7.^a edição). Relativamente à informação específica da ULS e da USF, foi realizada a análise de documentos institucionais e a consulta de sistemas de informação (SI) em saúde, nomeadamente o MIM@UF, o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) e o SClínico-CSP®.

O relatório está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo caracteriza o contexto clínico onde decorreram os estágios, incluindo a descrição da amostra de 60 famílias acompanhadas. No segundo capítulo, apresenta-se o enquadramento teórico que sustenta a prática clínica, orientando a avaliação e intervenção familiar. O terceiro capítulo foca-se na descrição das intervenções realizadas junto das famílias e seus membros, evidenciando os ganhos em saúde e as estratégias de liderança e colaboração adotadas. O quarto capítulo analisa criticamente o contributo do percurso formativo para o desenvolvimento de competências. A conclusão sintetiza os principais resultados alcançados, destacando o impacto da ESF na promoção da saúde familiar e a importância da especialização do EEECESF na prestação de cuidados integrados e fundamentados na evidência.

Deste modo, o presente relatório, intitulado “Avaliação e Intervenção Familiar em Famílias Nucleares com Membros Idosos”, descreve o percurso de aprendizagem e a prestação de cuidados dirigidos às famílias e aos seus membros. A abordagem adotada teve em consideração as especificidades desta etapa do ciclo vital familiar e a individualidade de cada elemento, sendo

sustentada nos princípios da ESF e no desenvolvimento das competências essenciais ao exercício profissional enquanto futura EEECESF.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O presente capítulo caracteriza o contexto da prática clínica onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulos I e II, com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências específicas do EEECESF. Inclui a descrição da USF, dos recursos físicos e humanos, do modelo organizacional, métodos de trabalho e projetos em curso. A análise baseou-se em documentos internos (como o Regulamento Interno) e nas plataformas MIM@UF, BI-CSP e SClínico-CSP®. Apresenta-se ainda a estrutura do ficheiro da enfermeira orientadora e o estudo de cerca de 60 famílias realizado no Módulo I.

2.1 Descrição do contexto da prática clínica

Os CSP constituem a base e a porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com o objetivo de fornecer cuidados abrangentes e contínuos, próximos das pessoas e das comunidades. Estes cuidados visam atender às necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidades de forma integral e holística (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023).

A organização dos serviços de saúde em Portugal sofreu inúmeras mudanças e reformas ao longo do tempo. Inicialmente estes cuidados eram assegurados pelas famílias, instituições privadas e serviços médico-sociais da Previdência (Ministério da Saúde, 2009). Só em 1971 surgem os chamados centros de saúde de primeira geração, onde se assegura a prestação de cuidados de planeamento familiar, vacinação, saúde materna e infantil (Ministério da Saúde, 2009).

Criado em 1979 pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, o SNS consagrou em Portugal o direito à gratuitidade, universalidade e generalidade dos cuidados de saúde, assegurados pelo Estado e financiados por impostos. No entanto, as políticas de saúde privilegiaram historicamente os serviços hospitalares, em

detrimento dos CSP. A reforma dos CSP, iniciada em 2005, destacou-se pela criação das USF, unidades centradas na prestação de cuidados personalizados e de proximidade, assegurados por equipas multidisciplinares (Biscaia & Heleno, 2017). O Decreto-Lei n.º 298/2007 regulamenta o seu funcionamento e o regime de incentivos aos profissionais, promovendo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados, com vista a ganhos em saúde (PCM, 2007). Inicialmente, as USF organizavam-se nos modelos A, B e C, consoante o grau de autonomia e incentivos atribuídos (PCM, 2007).

Com o Decreto-Lei n.º 81/2024, de 31 de outubro, a organização das USF foi reestruturada, passando a vigorar apenas os modelos B e C. As USF modelo A transitaram para o modelo B, com autonomia organizativa e funcional, enquanto o modelo C é contratualizado com o setor social ou privado, suprimindo necessidades específicas na prestação de cuidados (PCM, 2024).

Paralelamente, segundo o Ministério da Saúde (2009), os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), criados em 2008, integram outras unidades funcionais: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (assistência a utentes não inscritos em USF), Unidade de Cuidados na Comunidade (apoio domiciliário e comunitário), Unidade de Saúde Pública (vigilância epidemiológica e promoção da saúde) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (apoio especializado às restantes unidades). Esta estrutura visa otimizar a resposta às necessidades locais e promover ganhos sustentáveis em saúde (Ministério da Saúde, 2009).

Em 2024, o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, introduziu uma das maiores reformas no SNS, reorganizando as administrações regionais e criando as ULS, que integram cuidados hospitalares e CSP do antigo ACeS (PCM, 2023b). As ULS têm como missão prestar cuidados com excelência, promover a formação e a investigação, garantindo a articulação entre todos os níveis de cuidados. Este modelo melhora a gestão, o acesso, a eficiência e a

participação ativa dos profissionais, utentes e comunidades na definição das políticas de saúde (PCM, 2023b).

Segundo o Decreto-Lei 298/2007 do Diário da República:

“As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. A equipa multiprofissional deve potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável.” (PCM, 2007, p. 5588).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 298/2007, as USF desenvolvem a sua atividade com autonomia organizativa, funcional e técnica, articulando-se em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da ULS (PCM, 2007).

O estágio dos Módulos I e II decorreu numa USF inserida numa ULS, localizada num concelho urbanizado e industrializado, caracterizado por elevada densidade populacional, boa rede de transportes (rodoviário, ferroviário e aéreo) e um salário médio superior à média nacional, como descrito de acordo com o website da Câmara Municipal.

A equipa da USF integra oito médicos, oito enfermeiros (incluindo especialistas em Enfermagem Comunitária, Reabilitação, Saúde Infantil, Saúde Materna e Obstétrica) e seis secretários clínicos. Conta ainda com assistentes operacionais e elementos de segurança, bem como com estudantes de enfermagem do 1.º e 2.º ciclos. A unidade funciona das 08:00h às 20:00h nos dias úteis, assegurando consultas médicas, cuidados de enfermagem e apoio domiciliário (BI-CSP, 2025).

A USF iniciou a sua atividade assistencial em 2008 e à data de 01 de janeiro de 2025 contava com 14.243 utentes inscritos e 18.572 unidades ponderadas. A figura 1 retrata a pirâmide etária da população inscrita na USF.

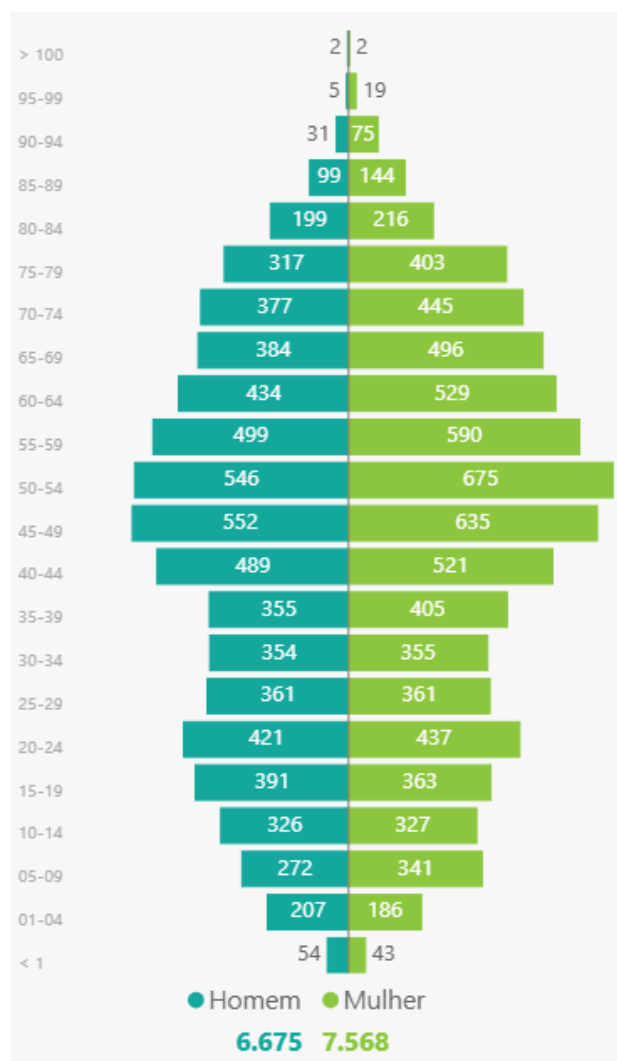


Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF

Fonte: BI-CSP, 2025

A análise da pirâmide etária da USF revela que os grupos etários com maior número de utentes correspondem aos 45–49 e 50–54 anos, sendo que cerca de 22% dos inscritos são pessoas idosas. A distribuição por sexo mostra uma maior proporção de utentes do sexo feminino (53,14%; n=7.568) face ao masculino (46,86%; n=6.675). Em 2022, a proporção de idosos a nível nacional era de 24% (Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS], 2024a), valor superior ao observado na USF em 2025 (22%). Observa-se ainda um estreitamento da base da pirâmide, refletindo a baixa taxa de natalidade.

Comparando a pirâmide etária nacional de 1974 com a de 2022, nota-se uma inversão: em 1974, os jovens representavam 28% da população e os idosos 10%, enquanto em 2022 os idosos passaram a representar 24% e os jovens apenas 13% (FFMS, 2024a). Os dados analisados evidenciam de forma clara o envelhecimento populacional, tanto a nível nacional como na população inscrita na USF.

O envelhecimento populacional constitui uma das mudanças demográficas mais relevantes das últimas décadas, resultante do aumento da esperança média de vida e da redução da natalidade. Em 2023, Portugal registou um índice de envelhecimento de 188,1 idosos por cada 100 jovens, sendo um dos países mais envelhecidos da União Europeia (INE, 2023a). Este fenómeno impõe desafios aos sistemas de saúde, proteção social e estruturas familiares. Neste cenário, o envelhecimento ativo e saudável torna-se uma prioridade. De acordo com a OMS (2022), envelhecer de forma saudável pressupõe preservar a capacidade funcional para garantir o bem-estar em idades avançadas. Em resposta, o Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026, em Portugal, destaca a promoção da autonomia, da integração social e da saúde ao longo da vida, com envolvimento das famílias, sociedade e políticas públicas (PCM, 2024).

Segundo os Censos de 2021, o índice de dependência total da USF é de 51,67%, inferior ao nacional (56,99%). O mesmo se verifica no índice de dependência dos idosos, com 32,11% na USF e 36,79% a nível nacional (INE, 2023a). Estas diferenças refletem a menor proporção de população com 65 e mais anos na USF (22%) face à nacional (24%).

Relativamente aos antecedentes clínicos dos utentes da USF, a Figura 2 apresenta os dez problemas de saúde mais prevalentes.

ICPC	Nº Ut.	Proporção
T83 - Excesso de peso	4.504	34,31%
T93 - Alteração dos lípidos	3.929	29,93%
F91 - Erro de refração	2.929	22,31%
K86 - Hipertensão sem complicações	2.851	21,72%
P17 - Abuso do tabaco	2.474	18,85%
T82 - Obesidade	2.147	16,35%
P76 - Perturbação depressiva	1.717	13,08%
D87 - Alteração funcional do estômago	1.580	12,04%
L86 - Síndrome da coluna com irradia...	1.466	11,17%
W11 - Contracepção oral	1.450	11,05%

Figura 2 - Problemas ativos da população inscrita na USF

Fonte: BI-CSP, 2025

A Figura 2 evidencia o “excesso de peso” como o principal problema ativo da USF (34,31%). Seguem-se, com mais de 20%, a “alteração dos lípidos”, o “erro de refração” e a “hipertensão sem complicações”. Com prevalência superior a 10% destacam-se ainda o “abuso de tabaco”, a “obesidade”, a “perturbação depressiva”, a “alteração funcional do estômago” e a “síndrome da coluna com irradiação de dor”. Muitos destes problemas coincidem com os identificados nos CSP da ULS (BI-CSP, 2025) e a nível nacional. Cerca de 34,31% dos utentes da USF apresentam excesso de peso e 16,35% obesidade, valores próximos dos dados nacionais (36,6% e 16,9%, respetivamente) (INE, 2019). No que respeita à hipertensão arterial (HTA), 21,72% dos utentes da USF apresentam este problema, valor muito próximo da média nacional de 22% em 2019 (INE, 2021). Relativamente ao tabagismo, 18,85% da população inscrita tem hábitos tabágicos, percentagem superior à observada a nível nacional (17%) (INE, 2019).

De acordo com o Regulamento Interno, a missão da USF é prestar cuidados de saúde personalizados à população da sua área de abrangência, assegurando acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos cuidados. A sua

visão foca-se na excelência dos CSP, próximos das famílias, sustentáveis e orientados por profissionais empreendedores. A atividade da Unidade assenta em princípios como cooperação, solidariedade, conciliação, autonomia, articulação e gestão participativa. A organização do trabalho é centrada no cidadão, sendo cada família acompanhada por uma equipa de saúde composta por médico, enfermeiro e secretário clínico. A estrutura orgânica inclui o Conselho Geral, o Coordenador da equipa e o Conselho Técnico. Entre os instrumentos organizativos destacam-se o Regulamento Interno, a carta da qualidade, manuais funcionais, plano de atividades, carta de compromisso e registo de ocorrências.

A USF disponibiliza consultas de Enfermagem e de Medicina Geral e Familiar programadas ao longo da semana, assim como consulta domiciliária em 24h ou conforme critérios clínicos, renovação de medicação em 72h e Consulta Aberta para situações agudas. As consultas médicas inserem-se nos programas: Saúde do Adulto e do Idoso, Hipertensão, Diabetes, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Pré-conceção, Rastreios Oncológicos e visitas domiciliárias. As consultas de enfermagem abrangem áreas como Saúde da Família, Saúde Infantil, da Mulher e do Idoso, utentes com patologia crónica, vacinação e tratamentos no domicílio. A USF coopera com outras USF, caso os utentes residam de forma temporária ou definitiva em alguma das freguesias pertencentes ao concelho de abrangência da USF.

Além da assistência, a unidade desenvolve ações de qualidade organizacional e formação contínua. O Índice de Desempenho da Equipa é de 71,6 e, em 2024, estão definidos cinco Planos de Acompanhamento Interno, relativamente às temáticas: Doenças Aparelho Respiratório (Melhoria da qualidade de vigilância do doente asmático); Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças (Vacinação contra *S. Pneumoniae* em adultos com doença cardíaca crónica); Satisfação de Utentes; Cobertura ou Utilização (Melhoria da taxa de utilização de consulta pela equipa de família a três anos) e Satisfação Profissionais. Estão identificadas como necessidades formativas: Índice de Desempenho da

Equipa; Instrumentos de Avaliação Familiar; Registo Nacional de Utentes; Climatério; Alimentação no primeiro ano de vida; Data logger; Suporte Básico de Vida; Diabetes & Insulinoterapia; Sistema de Gestão do Transporte de Doentes e DPOC, Asma e Espirometria.

2.2 Caracterização das famílias

Segundo o Regulamento nº 743/2019, a Enfermagem na Comunidade assume a prestação contínua de cuidados centrados na família, grupos e comunidade, com foco na promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e cuidados ao longo do ciclo vital (OE, 2019a). Este regulamento estipula que os enfermeiros nas USF devem possuir o título de EEECESF, embora, face à escassez destes profissionais, ainda integrem enfermeiros de cuidados gerais ou especialistas noutras áreas. A longo prazo, prevê-se a obrigatoriedade do título de EEECESF para o exercício em USF (OE, 2019a).

De acordo com o Regulamento nº 743/2019, a dotação adequada em USF corresponde a um enfermeiro por 1.550 utentes ou 1.917 unidades ponderadas, ou por 350 famílias (OE, 2019a). A enfermeira orientadora tem 1.779 utentes e 704 famílias atribuídas, ultrapassando os valores recomendados. Na Figura 3 apresenta-se a pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora.

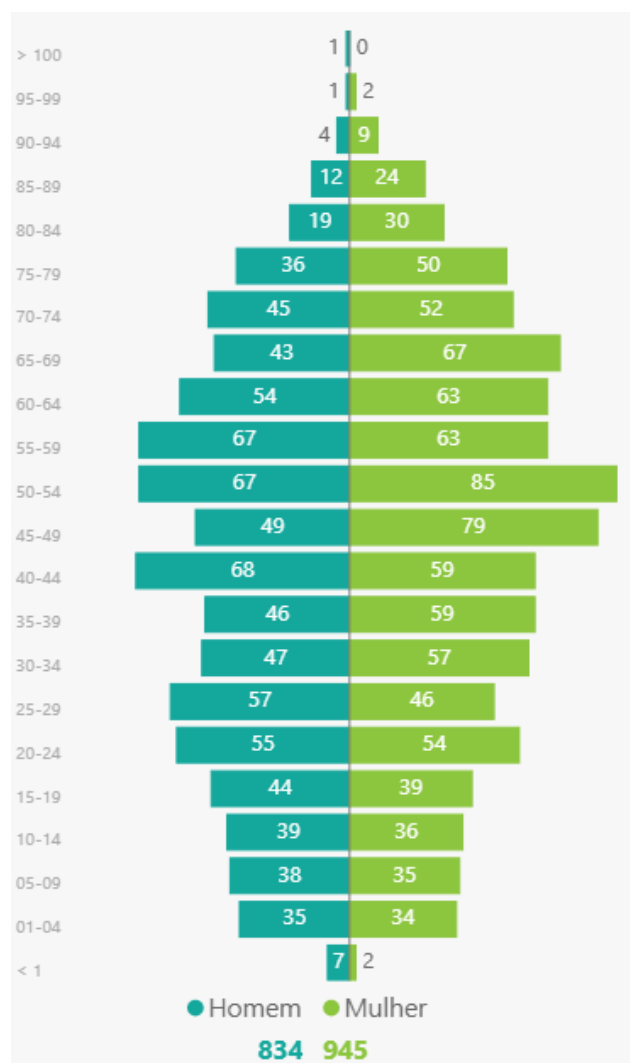


Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora

Fonte: BI-CSP, 2025

A análise da pirâmide etária revela que 64,8% dos indivíduos estão em idade ativa, 22,5% são idosos (11,5% entre os 65-75 anos e 11% com mais de 75 anos) e 12,7% são crianças e jovens. Tal como na USF (22%) e a nível nacional (24%), a proporção de idosos é superior à dos mais jovens. Os principais problemas ativos dos utentes da lista da enfermeira orientadora (Figura 4) coincidem com os identificados a nível da USF, ainda que surgindo em ordem distinta.

ICPC	Nº Ut.	Proporção
T93 - Alteração dos lípidos	611	38,89%
T83 - Excesso de peso	561	35,71%
K86 - Hipertensão sem complicações	361	22,98%
T82 - Obesidade	322	20,50%
P17 - Abuso do tabaco	313	19,92%
F91 - Erro de refração	250	15,91%
P76 - Perturbação depressiva	248	15,79%
D87 - Alteração funcional do estômago	243	15,47%
L86 - Síndrome da coluna com irradia...	197	12,54%
P06 - Perturbação do sono	177	11,27%

Figura 4 - Problemas de saúde ativos do ficheiro

Fonte: BI-CSP, 2025

A análise da figura demonstra que 35,71% dos utentes apresentam excesso de peso e 20,50% obesidade, valores superiores aos da USF (33,31% e 16,35%, respetivamente) e em linha com os dados nacionais, que indicam que mais de metade da população portuguesa enfrenta estes dois problemas, como anteriormente referido.

Cerca de 22,98% dos utentes apresentam HTA sem complicações, valor semelhante ao da USF (21,72%). Relativamente ao consumo de tabaco, 19,92% dos inscritos têm hábitos tabágicos, percentagem superior à da USF (18,85%) e à média nacional (17%).

Constata-se que, a maioria dos problemas de saúde ativos enunciados podem estar diretamente relacionados com os estilos de vida adotados, que, por si só, ou associados podem desenvolver outras patologias, potenciando assim a sua morbilidade (Ferreira et al., 2023)

Importa destacar o impacto dos problemas de saúde individuais na dinâmica familiar. A saúde dos membros influencia e é influenciada pelo contexto familiar, sendo este fundamental na adoção de comportamentos saudáveis, como alimentação equilibrada, exercício físico, adesão terapêutica e uso

adequado dos serviços de saúde (OMS, 2023; Ribeiro, 2020). Ao integrar o contexto familiar nas suas intervenções, as equipas de saúde familiar promovem ganhos em saúde tanto para o doente como para a família (Macinko & Mendonça, 2018). A presença de doença pode alterar a estrutura e o funcionamento familiar, exigindo redistribuição de papéis e reajustes emocionais (Pinto et al., 2008). Assim, ao ajustar a intervenção às necessidades específicas do agregado, o profissional de saúde contribui para o equilíbrio familiar e melhores resultados clínicos (Pinto et al., 2008; Ribeiro, 2020).

Após a caracterização geral do ficheiro da enfermeira orientadora, procedeu-se à análise específica de 60 das 704 famílias a si atribuídas, correspondendo a um total de 164 utentes. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas durante consultas de enfermagem na USF, com um ou mais elementos do agregado familiar, de forma oportunista. Complementarmente, recorreu-se à consulta do sistema SClinico-CSP® e a contactos telefónicos, para integrar famílias que não se apresentavam representadas nas consultas realizadas na USF, de forma a colmatar lacunas de informação, minimizando assim o viés de seleção.

Foram recolhidos dados relativos ao número de elementos do agregado familiar, idades, habilitações literárias, profissão, fonte de rendimento atual, classe social, morbilidades, hábitos tabágicos, tipo de família (casal, nuclear, monoparental masculina ou feminina, reconstituída, coabitação, institucional, comuna unipessoal ou alargada) e, quando aplicável, a etapa do Ciclo Vital Familiar de Duvall (1977), adaptado a oito fases (I-fase de estabelecimento, II-início da parentalidade, III-família com crianças em idade pré-escolar, IV-família com crianças em idade escolar, V-família com adolescentes, VI-família como centro de lançamento, VII-família na meia-idade ou período de “ninho vazio”, VIII-família em envelhecimento). Foram também identificados os subsistemas presentes (conjugal, parental, fraternal e filial), a existência de membros dependentes e o cuidador principal. Toda a informação foi registada no

processo das famílias, no âmbito do programa "Saúde da Família", através do sistema SClínico-CSP®.

A avaliação das famílias foi guiada pelo referencial teórico e pela matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012), modelo integrado no sistema SClínico-CSP®, que orienta a tomada de decisão clínica em cuidados direccionados às famílias. Baseado no Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e no Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF), o MDAIF assenta numa perspetiva sistémica, reconhecendo a família como unidade central de cuidados e promovendo simultaneamente a saúde individual dos seus membros (Figueiredo, 2023a).

Em Portugal, a maioridade civil é atingida aos 18 anos, conforme o Decreto-Lei n.º 496/77, de 25 de novembro (Ministério da Justiça, 1977). No entanto, para a análise estatística das 60 famílias, foram adotadas as faixas etárias utilizadas pelo INE e pelo BI-CSP: jovens até aos 14 anos, adultos dos 15 aos 64 anos e idosos com 65 ou mais anos. Apesar de divergirem da definição legal da maioridade, estas categorias permitiram uniformizar os dados e garantir a comparabilidade estatística.

A análise dos dados demonstra que a maioria dos contactos foi realizada com membros das famílias entre os 65 e os 79 anos (43%), seguidos pelos adultos entre os 15 e os 64 anos (39%), crianças e jovens dos 0 aos 14 anos (12%) e, por fim, indivíduos com 80 ou mais anos (6%) (Anexo I). As idades variaram entre os 2 meses e os 89 anos. Quanto ao sexo, 55% dos elementos avaliados eram do sexo feminino e 45% do sexo masculino.

Relativamente ao tipo de família (Anexo I), 67% eram famílias nucleares, seguidas pelas monoparentais femininas (12%), unipessoais (8%), alargadas (8%) e reconstituídas (5%). Em 2023, as famílias nucleares representavam cerca de 31,8% das tipologias familiares em Portugal (FFMS, 2024b). Os dados indicam uma tendência crescente de famílias unipessoais, casais sem filhos e

monoparentais, contrastando com a diminuição das famílias nucleares desde 1992 (FFMS, 2024b).

Relativamente aos subsistemas familiares, 48 das 60 famílias avaliadas apresentavam o subsistema conjugal, 30 os subsistemas parental e filial, 18 o fraternal e apenas 5 o subsistema individual, correspondendo a famílias unipessoais.

No que respeita à etapa do ciclo vital (Anexo I), apenas as famílias nucleares (67%) foram enquadradas segundo o modelo de Duvall. Destas, 40% encontravam-se na fase de envelhecimento (VIII), 23% na fase de centro de lançamento (VI), 15% com adolescentes (V), 10% na meia-idade (“ninho vazio”) (VII), 10% com crianças em idade pré-escolar (III) e 2% no início da parentalidade (II). Nenhuma das famílias avaliadas se encontrava nas etapas de estabelecimento (I) ou com crianças em idade escolar (IV).

De acordo com o gráfico do Anexo I, a classe social predominante, avaliada pela Escala de Notação Social da Família – versão Graffar Adaptada (Amaro, 2001), foi a classe IV (média-baixa), com 47%, seguindo-se a classe III (média) com 27%, e as classes II (média-alta) e V (baixa), ambas com 13%.

Relativamente aos restantes dados avaliativos, 5% das famílias integram um membro dependente, sendo o prestador de cuidados o cônjuge ou filho/a. Cerca de 61% dos utentes avaliados apresentavam pelo menos uma doença crónica, destacando-se a HTA, a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e a doença mental.

Com base nos dados recolhidos, o perfil predominante entre as 60 famílias analisadas corresponde a famílias nucleares (67%), das quais cerca de 87% apresentam o subsistema conjugal. Destaca-se ainda que 40% destas se encontram na etapa VIII do Ciclo de Vida Familiar de Duvall, correspondente à fase de envelhecimento.

Considerando que a faixa etária predominante entre os elementos das 60 famílias analisadas se situa entre os 65 e os 79 anos, foi priorizado o acompanhamento de famílias nucleares em transição para a reforma. Esta decisão teve como objetivo compreender os impactos desta mudança tanto no indivíduo como no sistema familiar, minimizando possíveis dificuldades associadas. Segundo Loureiro (2023), a transição para a reforma ocorre no final da meia-idade, podendo influenciar positivamente o envelhecimento caso seja bem-sucedida, ou gerar consequências negativas se mal-adaptada.

A transição para a reforma constitui uma mudança relevante, exigindo um processo de adaptação influenciado por características individuais, como a resiliência, o suporte social e o contexto socioeconómico. Apesar da ausência de consenso quanto à sua duração, a literatura sobre transições oferece contributos importantes. A teoria do “choque cultural”, de Oberg (1960, citado por Davidson, 2009), identifica quatro fases: lua de mel, negociação, ajuste e adaptação. A fase de negociação tende a ocorrer por volta dos três meses, marcada por maior percepção das diferenças e ansiedade, enquanto o ajuste ocorre entre os seis e doze meses. Com base nesta abordagem, foi estabelecido um período mínimo de três meses desde a cessação da atividade profissional, assegurando que os participantes se encontravam para além da fase inicial da transição.

Adicionalmente, definiu-se um período máximo de três anos desde a entrada na reforma, considerando que, segundo Sohler et al. (2021), após dois anos, a satisfação com a vida tende a diminuir. Esta delimitação assegura que os participantes permanecem numa fase significativa de adaptação, permitindo intervenções mais ajustadas às suas necessidades.

Os critérios de inclusão para a seleção das famílias no âmbito da avaliação e intervenção realizadas no Módulo II do estágio foram os seguintes: famílias inscritas na lista da Enfermeira Tutora, do tipo nuclear, a vivenciar a Etapa VIII do Ciclo Vital Familiar, segundo Duvall – Família em envelhecimento, com pelo

menos um membro com idade compreendida entre os 65 e os 69 anos, a experienciar a transição para a reforma, num período compreendido entre três meses e três anos, sem exercício de atividade laboral e disponíveis para consultas de enfermagem.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo apresenta o enquadramento teórico da temática do relatório. Aborda-se a evolução da ESF, desde o conceito de família até à prática especializada, explorando, em seguida, as evidências mais recentes sobre o envelhecimento demográfico, a transição para a reforma e os seus impactos no indivíduo e na família, destacando o papel do EEECESF neste processo.

3.1 A Família no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar

Começando por definir o conceito de família, esta designa-se pelo “conjunto de todos os parentes de uma pessoa, e, principalmente, dos que moram com ela” (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2023, p.1). De acordo com o ICN, o termo família é descrito como “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.” (2020, p.63)

Em 2011, a OE define a família como um grupo de pessoas que constitui uma unidade social, cujos membros estão ligados por laços de consanguinidade, parentesco legal ou afinidade emocional. Esta conceção amplia a tradicional visão baseada em vínculos biológicos ou jurídicos, ao reconhecer relações afetivas significativas que desempenham um papel fundamental na vida do indivíduo, independentemente da existência de laços formais.

Figueiredo (2012) perceciona a família como um sistema aberto, dinâmico e em constante evolução, onde o todo agrega a soma das suas partes. Assim sendo, a família produz-se a ela própria e caracteriza-se pelos vínculos afetivos entre os seus indivíduos, estabelecendo um sistema relacional que se articula e integra em outros sistemas, permitindo a transformação a partir da autoavaliação interna enquanto sistema único inserido num contexto de

diversidade (Figueiredo, 2023b). A abordagem sistêmica entende que o sistema está em constante mudança e evolução, com poder de se auto-organizar em resposta à imprevisibilidade, instabilidade e incontornabilidade (Figueiredo, 2023b). A percepção da família deve abranger a herança cultural e o contexto social, a observação do indivíduo para o núcleo familiar, compreendendo toda a “complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade” da família (Figueiredo, 2012, p.2).

Para a ESF a família compreende o núcleo definido pelo próprio, independentemente de laços afetivos, biológicos ou legais que os unem, assim como o tipo de família que configuram, integrando uma perspectiva flexível e adaptável (Ferré-grau, 2023). A família evolui consoante as suas finalidades, desenvolve determinadas funções, decorrentes de transições normativas ou acidentais, derivadas do ciclo vital que a família atravessa (Figueiredo, 2012).

As transições familiares normativas referem-se às mudanças esperadas no ciclo de vida da família. Segundo Duvall (1977), a família percorre uma sequência de etapas do ciclo vital (CVF), caracterizadas por períodos de equilíbrio e consenso quanto às funções, regras e tarefas de cada membro. A passagem entre fases implica novas exigências e desafios, exigindo reajustes e reorganização dos papéis familiares (Hill, 1986; Martins, 2018).

A família exerce funções essenciais à sua integridade, assegurando a adaptação a mudanças internas e externas, bem como a regulação da tensão decorrente das expectativas comportamentais dos seus membros, segundo os valores familiares. Destacam-se funções básicas como nutrição, proteção, segurança, apoio mútuo e promoção da sexualidade. Internamente, favorece o crescimento e a autonomização dos elementos; externamente, promove a socialização e a transmissão de cultura, facilitando a adaptação social (Spínola & Figueiredo, 2023).

Segundo Kaakinen et al. (2018), a ESF é simultaneamente uma arte e uma ciência, cuja evolução tem moldado a forma de compreender e intervir junto

das famílias. Inserida nos CSP, a ESF valoriza os cuidados em rede, centrados na família e ajustados às diferentes etapas do ciclo de vida (OE, 2011).

De acordo com Ahlberg et al. (2019), o conceito de Saúde Familiar refere-se à capacidade de adaptação positiva às mudanças na dinâmica familiar ao longo do tempo. Os enfermeiros de família surgem como profissionais que, integrados numa equipa multidisciplinar de saúde, têm a responsabilidade de compreender as dinâmicas familiares, com o objetivo de avaliar e intervir na saúde da família. Essa avaliação abrange o estado de saúde dos seus membros, a influência de mudanças no bem-estar familiar, assim como a elaboração e implementação de planos de cuidados, com o objetivo de melhorar a saúde da família enquanto unidade (Figueiredo, 2012; Kaakinen et al., 2018). Estes profissionais são responsáveis por promover a saúde ao longo do ciclo de vida familiar, assegurando o acesso equitativo aos cuidados (Ministério da Saúde, 2014).

Dada a complexidade da avaliação familiar, é fundamental que o EEECESF recorra a uma estrutura conceptual clara, capaz de integrar dados, identificar necessidades e reconhecer pontos fortes da família. Para tal, os modelos e teorias de enfermagem têm evoluído, incorporando conceitos essenciais que orientam a prática junto das famílias (Kaakinen & Hanson, 2010; Wright & Leahey, 2013).

Para prestar cuidados especializados às famílias, os enfermeiros necessitam de ferramentas que facilitem a compreensão das suas dinâmicas internas e externas (Henriques & Santos, 2019). Os modelos, teorias e instrumentos de enfermagem são, por isso, essenciais para uma prática rigorosa e cientificamente fundamentada (OE, 2023). A sua construção assenta em três pilares: modelos e teorias de enfermagem, teorias das ciências sociais aplicadas à família e teorias da terapia familiar, os quais sustentam uma abordagem holística e integrada (Kaakinen et al., 2018).

A ESF apresenta um corpo de conhecimentos específico, que enfatiza a mudança de paradigma do indivíduo para a família, com o objetivo de fundamentar e suportar, o domínio da investigação e da gestão dos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012).

Os referenciais teóricos sustentam a criação de modelos orientadores da prática em ESF. Entre eles, destacam-se o MCAF, que analisa a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiar, e o MCIF, que complementa o MCAF ao orientar a seleção de intervenções ajustadas à dinâmica familiar (Wright & Leahey, 2013). Este último considera o nível de funcionamento da família, a competência do enfermeiro e os recursos disponíveis, propondo intervenções nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental. As intervenções propostas pelo MCIF distribuem-se por três domínios: no cognitivo, valorizam-se as forças da família e promove-se a literacia em saúde, reforçando a sua capacidade para resolver problemas; no afetivo, procura-se validar as respostas emocionais, normalizar sentimentos e fomentar o apoio mútuo; no comportamental, destacam-se estratégias como o estímulo ao cuidado do membro dependente, o planeamento de rituais e a modificação de padrões disfuncionais de interação (Wright & Leahey, 2013).

O MDAIF, desenvolvido por Figueiredo (2012), integra os princípios do MCAF e do MCIF, sustentando-se no Pensamento Sistémico. Reconhecido pela International Family Nursing Association (2023), este modelo oferece um referencial estruturado para a prática de enfermagem familiar, abrangendo todas as fases do processo de enfermagem. Com uma matriz operativa dinâmica e flexível, orienta os cuidados à família como unidade, promovendo uma abordagem sistémica (Figueiredo, 2012; Henriques & Santos, 2019). Tal como os modelos Calgary, o MDAIF fundamenta-se na Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 2006), na Cibernética (Wiener, 1948) e na Teoria da Comunicação Humana (Watzlawick et al., 2002), sendo organizado em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012; Melo et al., 2012).

Antes da análise das dimensões do MDAIF, é essencial realizar uma abordagem inicial que permita compreender a configuração familiar, incluindo a sua organização interna, os vínculos com a família alargada e a interação com os sistemas envolventes. Esta análise possibilita identificar a composição da família, o tipo de relações entre os seus membros e o contexto em que se inserem, promovendo uma visão holística da rede de suporte (Figueiredo, 2012).

A dimensão estrutural do MDAIF inclui áreas como o rendimento familiar, habitação, segurança, abastecimento de água e presença de animais domésticos, sendo complementada por instrumentos como o Genograma (Bowen, 1993), a Psicofigura de Mitchell (Marau, 2007), o Ecomapa (Hartman, 1995) e a Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptada) (Amaro, 2001).

A dimensão de desenvolvimento foca-se nas mudanças estruturais, funcionais e relacionais ao longo do ciclo vital da família (Relvas, 2006), permitindo antecipar necessidades e apoiar a realização de tarefas desenvolvimentais, com atenção a áreas como a satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental (Figueiredo, 2012).

Por fim, a dimensão funcional avalia os padrões de interação familiar que influenciam a capacidade de desempenhar funções e tarefas. Estas interações desempenham um papel determinante na adaptação familiar e no bem-estar dos seus membros, podendo ter um impacto mais significativo na saúde da família do que a própria estrutura ou função familiar. As áreas de atenção são: o papel de prestador de cuidados e o processo familiar. Como instrumentos complementares de avaliação, podem ser utilizados a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (1967), a Escala FACES II (Olson et al., 1985) traduzida e validada para Portugal por Fernandes (1995) e o APGAR Familiar de Smilkstein (1978).

Dado o impacto das interações familiares na adaptação e bem-estar dos seus membros, torna-se crucial compreender como as famílias enfrentam situações adversas. O Modelo de Resiliência, Stresse, Ajustamento e Adaptação Familiar, de McCubbin e McCubbin (1993), fornece um enquadramento teórico relevante para analisar a forma como as famílias mobilizam recursos e estratégias de *coping* face a eventos críticos (Peixoto & Martins, 2012). A resiliência familiar é entendida como um processo dinâmico de reorganização perante o stresse, influenciado pelos significados atribuídos às adversidades. A aplicação deste modelo na prática clínica permite ao EEECESF promover o suporte e estratégias que favorecem a coesão familiar e o bem-estar dos seus membros (Peixoto & Martins, 2012).

A OE (2023) destaca a importância da Teoria Geral dos Sistemas e da Teoria das Transições, salientando a visão do indivíduo como um sistema aberto, em constante interação e transformação. Esta perspetiva aplica-se igualmente à família, comunidade ou grupo, promovendo uma abordagem integrada e colaborativa, fundamental nos cuidados dirigidos a grupos de conviventes unidos por laços afetivos ou de parentesco. (OE, 2023).

A avaliação individual dos membros da família foi fundamentada na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010). A natureza da transição, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta estão representados no Anexo II. Esta teoria de médio alcance constitui um referencial essencial para a prática dos EEECESF, oferecendo uma abordagem estruturada para a compreensão e intervenção nas transformações vivenciadas pelos indivíduos. Esta teoria conceptualiza as transições como processos dinâmicos que envolvem a aquisição de novos conhecimentos, alterações comportamentais e a redefinição identitária, com o objetivo de promover transições bem-sucedidas e saudáveis (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). As transições podem relacionar-se com o desenvolvimento individual, saúde/doença, eventos de vida ou ainda fatores socioeconómicos e políticos, podendo ocorrer isoladamente, de forma simultânea ou sequencial. Tais processos são caracterizados por

propriedades como eventos críticos, mudança, diferença, temporalidade, consciência e compromisso (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

A avaliação das transições implica a identificação de indicadores essenciais, como a interação com o ambiente, a percepção temporal, os sentimentos associados e as estratégias de *coping* adotadas. Estes elementos ajudam a compreender se a transição favorece a saúde ou expõe o indivíduo a riscos. Adicionalmente, fatores como as características pessoais, o contexto social e as condições facilitadoras ou inibidoras influenciam diretamente a adaptação, destacando a importância de intervenções personalizadas (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

Tendo como base a prática baseada na evidência, o EEECESF é capacitado para adequar os cuidados às especificidades de cada pessoa e família. A colheita de dados pormenorizada e a implementação de intervenções específicas são cruciais para alcançar resultados positivos em saúde. Neste contexto, a Teoria das Transições constitui uma ferramenta essencial, permitindo compreender as mudanças, identificar fatores determinantes e facilitar uma adaptação eficaz (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

3.2 O envelhecimento e a reforma

O envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023b) o índice de envelhecimento, em 2022, que evidencia a relação entre a população com 65 e mais anos (população idosa) e a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens, superior ao valor verificado em 2021 (181,3). Este fenómeno, também observado a nível global, reflete avanços significativos na longevidade, sendo simultaneamente um sinal de progresso e um desafio crescente, especialmente para os profissionais de saúde (Araújo et al., 2021).

O envelhecimento é uma transição natural do ciclo de vida, caracterizada por alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas (Brito, 2012). Segundo a OPAS (2022), envelhecer de forma saudável implica manter a capacidade funcional, resultante da interação entre as capacidades físicas e mentais do indivíduo e o ambiente em que se insere.

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo das diversas fases do ciclo vital constitui uma estratégia fundamental para responder de forma eficaz aos desafios emergentes decorrentes do aumento da longevidade. O relatório *Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base*, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020) estabelece quatro áreas prioritárias para transformar a perceção e abordagem do envelhecimento: alterar as atitudes face à idade, desenvolver ambientes favoráveis, reforçar a integração dos serviços de saúde centrados na pessoa e assegurar o acesso a cuidados de longo prazo. Estas intervenções têm como objetivo potenciar a capacidade funcional das pessoas idosas, promovendo a sua qualidade de vida, bem como a das respetivas famílias e comunidades. Pretende-se, assim, assegurar que nenhuma pessoa seja excluída e que cada indivíduo possa alcançar o seu pleno potencial, com dignidade, equidade e num ambiente promotor de saúde (OPAS, 2022).

Alcançar um envelhecimento saudável requer uma abordagem ao longo da vida, e não apenas na velhice. O processo de envelhecimento inicia-se desde a gestação e é influenciado por múltiplos fatores ao longo do tempo (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2022). Assim, a adoção precoce de hábitos saudáveis, como uma alimentação equilibrada e a prática de exercício físico desde a infância, tem impacto significativo na prevenção de condições associadas à idade avançada, como a osteoporose e as doenças cardiovasculares (Machón et al., 2017). Intervenções precoces na promoção da saúde óssea, permitem, por exemplo, que os indivíduos atinjam um pico de massa óssea mais elevado, reduzindo o risco de osteoporose e fraturas na

velhice, ao invés de dependerem exclusivamente de medidas farmacológicas para minimizar os impactos da perda óssea (Machón et al., 2017).

Neste sentido, uma prática clínica baseada numa lógica de antecipação, em vez de resposta reativa aos problemas de saúde já instalados, revela-se essencial. Profissionais de saúde, nomeadamente o EEECESF, desempenham um papel fundamental na orientação e apoio aos indivíduos ao longo do seu percurso de vida, capacitando-os para adotarem estratégias promotoras de um envelhecimento saudável e prevenindo complicações futuras (Machón et al., 2017).

Segundo a FFMS (2023), em 2021, uma pessoa com 65 ou mais anos podia esperar viver, em média, mais 19,6 anos. As projeções para 2080 indicam um aumento contínuo da esperança de vida, podendo atingir 87,92 anos nos homens e 93,30 nas mulheres (INE, 2020). Por sua vez, a esperança de vida à nascença tem aumentado significativamente devido às melhores condições de vida, aos avanços na medicina e ao progresso do conhecimento científico, resultando num crescimento da população idosa (Organização das Nações Unidas, 2017). A esperança média de vida também tem vindo a aumentar, contudo, estudos indicam que uma parte significativa desse tempo é vivida com limitações funcionais, especialmente entre as mulheres. Segundo Nunes (2017), dos 20 anos adicionais esperados, cerca de 15 podem ser vividos com comprometimento na qualidade de vida, devido a doenças crónicas e outras condições que afetam a autonomia e o autocuidado. Este aumento da longevidade tem impacto nos sistemas de proteção social, no mercado de trabalho e nas dinâmicas familiares, exigindo adaptações ao nível das formas de envelhecer, com repercussões no conceito de família, na sua estrutura e nas suas dinâmicas (Ferreira, 2022; Varge, 2023).

Em Portugal, estima-se que existam cerca de 341 pensionistas por cada mil pessoas ativas, evidenciando um desequilíbrio demográfico que impacta os setores económicos e sociais. Tal realidade reforça a necessidade de investir

em serviços que capacitem a população idosa, promovendo a prevenção da doença e reduzindo os encargos associados a equipamentos sociais e hospitalares (Silva, 2017). Em 2024, a idade da reforma mantém-se nos 66 anos e quatro meses, conforme estabelecido pela Portaria n.º 292/2022, de 9 de dezembro (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2022). No entanto, em 2025, a idade legal de reforma aumentará para 66 anos e sete meses, de acordo com a Portaria n.º 414/2023, de 7 de dezembro (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2023).

A idade legal de reforma influencia diretamente a proporção de pensionistas por faixa etária. Em 2024, 73,4% dos indivíduos entre os 65 e os 69 anos já recebiam pensão de velhice, percentagem que aumenta para 94,0% entre os 70 e os 74 anos. Antes dos 65 anos, apenas 1,0% da população entre os 50 e 59 anos e 16,4% dos indivíduos entre os 60 e 64 anos se encontravam reformados (INE, 2024). Segundo Figueiredo et al. (2011), a preparação e aceitação do processo de envelhecimento constituem uma tarefa de desenvolvimento fundamental para a preservação do equilíbrio entre o ciclo de vida da família e o ciclo de vida individual.

3.3. O impacto da transição para a reforma no indivíduo e no Sistema Familiar

A transição para a reforma é um momento crucial na vida de um indivíduo, sendo essencial garantir uma preparação adequada para assegurar um envelhecimento ativo e saudável (Miranda-Duro et al., 2021). Durante a vida ativa, muitas pessoas veem a reforma como uma fase distante, negligenciando assim o planeamento e a preparação para essa mudança.

De forma geral, a reforma é frequentemente associada à entrada na velhice, fase em que o indivíduo pode começar a perder capacidades essenciais e tornar-se mais dependente, fruto da alteração do seu estado de saúde (Pires, 2020; Santos, 2018). O envelhecimento, enquanto processo natural, envolve mudanças físicas, psicológicas e sociais, influenciadas por fatores como a

cultura, o gênero, a classe social e a história de vida. Trata-se de uma condição inerente ao ser humano, cuja vivência é única, individual e não homogênea (Apouey, 2020).

No mercado de trabalho, os indivíduos mais velhos são frequentemente percebidos como menos motivados, produtivos e resistentes à mudança (Santos, 2018). Embora o desempenho físico e cognitivo possa decrescer com a idade, a experiência acumulada e o conhecimento adquirido ao longo dos anos tendem a compensar essas perdas. No entanto, os avanços tecnológicos constituem um desafio adicional à adaptação. Assim, torna-se essencial que as empresas reconheçam as necessidades desta faixa etária, apoiando a gestão do fim de carreira e a preparação para a transição para a reforma (Varge, 2023).

A reforma, com implicações a nível individual e social, constitui uma transição marcante na trajetória das famílias (Rocha et al., 2020), assinalando o fim da vida profissional ativa e o início de uma nova etapa (Guerreiro, 2018). Pode ocorrer de forma voluntária ou involuntária, influenciada por fatores como a profissão, o estado de saúde, os anos de trabalho ou o fim de contratos (Pedreiro et al., 2021). A sua antecipação está, frequentemente, associada a problemas de saúde, enquanto motivos como estabilidade financeira, realização pessoal ou laços sociais levam muitos a adiá-la (Bratun & Zurc, 2022; Fonseca, 2011; Loureiro, 2011; Souza et al., 2020).

A entrada na reforma está frequentemente associada a uma redução do rendimento, tornando os idosos um dos grupos mais vulneráveis economicamente (Fonseca, 2011; INE, 2024). Esta realidade exige que o enfermeiro avalie cuidadosamente o rendimento familiar, dada a sua influência nas condições de vida e no acesso aos cuidados de saúde (Hanson, 2005). Um rendimento reduzido pode comprometer a perceção das necessidades em saúde, a adesão terapêutica e a adoção de estilos de vida saudáveis, essenciais ao envelhecimento ativo (Figueiredo et al., 2018).

O impacto da transição para a reforma varia consoante as experiências laborais anteriores. Para quem se sentia desmotivado, a reforma pode ser vivida como uma libertação, enquanto para outros representa perda de identidade e de reconhecimento social. Rebelo (2021) refere que a permanência no mercado de trabalho garante estrutura, objetivos e interação, favorecendo o bem-estar. Esta transição deve ser compreendida à luz das trajetórias de vida, sendo influenciada por fatores emocionais, profissionais, familiares, culturais e pelas expectativas futuras (Guerreiro, 2018).

A transição para a reforma pode ter efeitos positivos ou negativos no envelhecimento (Loureiro, 2011; Loureiro, 2023). O tempo livre e a ausência de preocupações laborais podem favorecer a saúde, promovendo relações sociais e atividades de lazer (Apouey, 2020). No entanto, exige adaptações significativas, como novas rotinas, reorganização do tempo e gestão de rendimentos reduzidos, podendo surgir sentimentos de solidão (Gaspar, 2015; Loureiro, 2011). Loureiro (2011) destaca que os homens tendem a ter mais dificuldades com a ocupação do tempo e as rotinas, enquanto as mulheres referem maior impacto da perda de rendimento e da solidão. Estas mudanças afetam especialmente o plano económico, comprometendo a participação social e o acesso a bens essenciais como medicamentos (Fonseca, 2011; Loureiro et al., 2015a).

A passagem de uma vida ativa, marcada por contactos sociais diários, para uma fase com menos interações pode comprometer a integração social, sobretudo quando o local de trabalho era o principal espaço de convivência (Rebelo, 2021). A liberdade associada à reforma exige uma reorganização autónoma do tempo, através da construção de rotinas com atividades significativas. Entre as mais frequentes encontram-se o apoio à família, a realização de tarefas domésticas, o envolvimento em atividades de lazer ou mesmo a continuação da atividade profissional (Fonseca, 2011; Rebelo, 2021).

Com o avançar da idade, o estado de saúde tende a deteriorar-se, levando muitos indivíduos a optarem pela reforma para usufruírem dos anos restantes com maior bem-estar. Este período é frequentemente aproveitado para investir em hábitos saudáveis, como melhorar a alimentação, praticar exercício físico e dedicar mais tempo aos cuidados de saúde. No entanto, o excesso de tempo livre pode gerar sentimentos de vazio e desorganização das rotinas, favorecendo o sedentarismo e o surgimento de problemas de saúde (Rebelo, 2021; Ribeiro & Paúl, 2018). Shiba et al. (2017) destacam que a reforma pode aumentar o risco de sintomas depressivos, sobretudo entre os homens. Neste contexto, a criação de programas de saúde mental, como o Programa de Saúde Prioritário na área da Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2018), revela-se essencial, cabendo ao EEECESF um papel preventivo fundamental nesse processo de transição (PCM, 2021).

A transição para a reforma pode coincidir com outras transições, como a de saúde-doença, sobretudo no envelhecimento, exigindo adaptações físicas, emocionais e sociais. A presença de doença crónica ou aguda requer frequentemente a redefinição de papéis familiares, implicando sobrecarga emocional e física para os cuidadores (Mendes et al., 2010). Meleis et al. (2000) referem que as transições são interdependentes, podendo facilitar ou dificultar-se mutuamente, o que exige do enfermeiro especialista a identificação dos fatores facilitadores ou inibidores, como o suporte social e as estratégias de *coping*, para promover uma adaptação saudável (Meleis et al., 2000).

Estas mudanças não afetam apenas o indivíduo, mas também o sistema familiar, que precisa de se reorganizar face às novas realidades. As transições vividas pelas famílias exigem adaptações na estrutura, comunicação e nas relações entre os seus membros (Silva et al., 2023). Estas transições podem ser de dois tipos distintos: normativas, como as decorrentes do ciclo vital da família, ou não normativas, associadas a eventos inesperados e geradores de stresse (Hanson, 2005; Martins, 2018; Relvas, 2006). Nas transições

normativas, a família evolui por etapas previsíveis do ciclo vital, como propõe Duvall (1977).

Segundo dados da Eurostat (2021), em 2020, mais de metade da população idosa em Portugal (50,1%) vivia em casal, revelando a prevalência de famílias compostas por casais idosos. Relvas (2006) designa esta etapa como a fase do "Envelhecimento" ou "Família Idosa", correspondente à oitava etapa do Ciclo Vital da Família proposto por Duvall (1977), que se estende desde a reforma até à morte de um dos cônjuges. Esta fase impõe desafios como a adaptação à reforma, o luto, a aceitação das limitações físicas, a renegociação da relação conjugal e a reavaliação do espaço doméstico. Implica ainda a aceitação de novos papéis geracionais, dado que a estrutura familiar tende a regressar a uma configuração de dois elementos. A relação com os filhos adultos muda, e o casal é desafiado a manter interesses próprios, apesar das limitações associadas ao envelhecimento. O subsistema conjugal assume um papel central, permitindo ao casal focar-se na sua relação e concretizar projetos anteriormente adiados pelas responsabilidades parentais (Martins, 2018; Minuchin & Fishman, 2007). A qualidade da relação conjugal, as expectativas partilhadas e a revisão do percurso de vida tornam-se aspetos determinantes nesta fase, marcada também pela gestão de perdas significativas (Carter & McGoldrick, 2001; Martins, 2018; Relvas, 2006).

A adaptação à reforma configura-se como uma transição desenvolvimental que ocorre no final da meia-idade e, quando mal-sucedida, pode comprometer o equilíbrio individual e familiar (Loureiro, 2016). Este processo envolve múltiplos sistemas interativos: o microssistema (trabalho, amigos, instituições), o exossistema (comunidade e rede de apoio), o macrossistema (sociedade, cultura e política) e o cronossistema, que reflete a evolução temporal da transição (Loureiro, 2023). Segundo Loureiro et al. (2015a), esta transição implica uma reaprendizagem em três dimensões: estar, sentir e ser em família. Reaprender a estar em família refere-se às atitudes perante a mudança, que podem ser proativas, reflexivas ou neutras, impactando de forma positiva,

negativa ou ambivalente o sistema familiar. Reaprender a sentir implica lidar com emoções diversas, como solidão, saudade ou decepção. Já reaprender a ser em família exige reconfiguração de papéis conjugais e familiares, gestão de conflitos e redistribuição de funções no casal (Loureiro, 2023).

Durante a fase da reforma, a divisão do trabalho doméstico tende a ser reajustada, influenciando diretamente a satisfação conjugal. Esta não depende da quantidade de tarefas realizadas por cada cônjuge, mas da percepção de justiça na sua distribuição (Ruppanner, 2008; Helms et al., 2010). O primeiro cônjuge a reformar-se, independentemente do sexo, tende a assumir maior responsabilidade nas tarefas domésticas (Leopold & Skopek, 2016). A reforma pode agravar conflitos conjugais preexistentes, mas também oferece oportunidades de partilha e reforço da relação (Fonseca, 2011; Loureiro, 2011). Tradicionalmente, as mulheres desempenham tarefas regulares e contínuas, como cozinhar e limpar, enquanto os homens se dedicam a tarefas mais esporádicas, como pequenas reparações ou tirar o lixo (Jablonski, 2010; Santos, 2011). No entanto, observa-se uma tendência nas gerações mais jovens para uma maior equidade, influenciada por valores de igualdade de género. Ainda assim, a divisão desigual persiste em muitos contextos, impactando a percepção de justiça e a qualidade da relação conjugal (Jablonski, 2010; Santos, 2011).

A satisfação com o tempo partilhado em atividades de lazer influencia positivamente a satisfação geral e a intimidade conjugal. O aumento desse tempo conjunto pode fortalecer a comunicação e gerar uma sensação de recompensa (Afonso, 2018; Knowles, 2004; Voorpostel et al., 2010). Embora a coesão matrimonial tenda a diminuir ao longo dos anos, pode aumentar novamente na velhice (Afonso, 2018). Casais que priorizam momentos positivos no quotidiano e valorizam o tempo juntos demonstram maior afeição, melhor gestão de conflitos e maior satisfação conjugal (Aron et al., 2000; Driver & Gottman, 2004). Reformar-se mais cedo pode também contribuir para uma

relação mais satisfatória, ao permitir desfrutar de atividades em conjunto ainda com vitalidade (Taniguchi, 2006).

A expressão de sentimentos e emoções é fundamental para relações saudáveis e para a valorização mútua no casal (Gordon & Baucom, 2009; Sardinha et al., 2009). Após a saída dos filhos de casa, verifica-se uma diminuição dessa expressão emocional, especialmente por parte dos homens, o que pode comprometer a satisfação conjugal feminina (Afonso, 2018; Cordova et al., 2005). As mulheres tendem a valorizar uma comunicação emocional eficaz, baseada na escuta e na partilha (Boden et al., 2010; Davis & Oathout, 1987; Rauer & Volling, 2005). Problemas de comunicação estão associados a maior conflito e menor satisfação conjugal (Birchler et al., 1975; Huston & Vangelisti, 1991). Contudo, casais mais velhos revelam melhor regulação emocional após discussões, transformando conflitos em interações menos negativas (Carstensen et al., 1995). Estratégias como abordar os conflitos de forma suave, promover a escuta ativa e a tolerância contribuem para relações mais satisfatórias (Gottman & Silver, 2001; Noller et al., 2014).

As alterações na satisfação sexual em idades mais avançadas estão associadas a mudanças biológicas e fisiológicas do envelhecimento, sendo muitas vezes agravadas por mitos e crenças que dificultam a adaptação psicológica a esta fase da vida (Afonso, 2018).

Quando apenas um dos cônjuges se reforma, surgem desafios como a necessidade de reajustar rotinas e redistribuir responsabilidades. O cônjuge reformado pode sentir isolamento ou perda de propósito, enquanto o outro pode vivenciar sobrecarga ao conciliar trabalho e exigências familiares. A descoordenação nas rotinas pode afetar a relação conjugal, tornando fundamental a comunicação e estratégias de adaptação para manter o bem-estar do casal (Szinovacz et al., 2001).

Após a saída dos filhos, o casal muitas vezes renova o seu papel familiar ao assumir a função de avós, o que pode reforçar a autoestima, a integração

social e o funcionamento cognitivo, além de estreitar os laços familiares (Fonseca, 2011; Wang et al., 2019; Zanatta & Arpini, 2017). Segundo São José e Teixeira (2014), os avós prestam apoio económico e emocional, cuidando dos netos numa lógica de reciprocidade, esperando receber cuidados semelhantes no futuro. Contudo, quando este papel não é bem gerido, pode tornar-se fonte de stress e problemas de saúde mental, como a depressão (Brunello & Rocco, 2016).

Segundo Loureiro et al. (2015a), a família pode representar uma força ou uma fragilidade durante a transição para a reforma. O apoio familiar, especialmente do cônjuge, é essencial para mitigar o impacto da mudança, promovendo suporte emocional e objetivos partilhados (Alarcão, 2006; Hanson, 2005; Loureiro, 2011). No entanto, conflitos pré-existentes podem agravar-se nesta fase, exigindo renegociação de papéis e gestão de tensões conjugais (Antunes et al., 2015).

3.4 O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar em Famílias Nucleares com Membros Idosos a vivenciar a transição para a reforma

O EEECESF estabelece uma relação terapêutica contínua com a família, acompanhando-a ao longo do ciclo vital e coordenando a informação sobre o seu estado de saúde (Loureiro, 2016). Para tal, é essencial que o enfermeiro conheça a estrutura familiar e compreenda os seus processos evolutivos e transacionais, promovendo cuidados antecipatórios e capacitando a família para enfrentar os desafios do seu desenvolvimento (Cordeiro, 2015; Figueiredo, 2012; Figueiredo & Fonseca, 2023).

A transição para a reforma e o envelhecimento representam um desafio para os EEECESF, exigindo o empoderamento de indivíduos e famílias na gestão das mudanças associadas a esta fase (Loureiro, 2016). A análise das

dinâmicas familiares e, quando pertinente, a promoção de novas ligações comunitárias, aliada ao incentivo de novos projetos de vida, favorece a autoestima e o bem-estar (Hanson, 2005).

Walker e Maltby (2012) referem que o indivíduo é o principal responsável pela preparação das várias etapas da sua vida, incluindo o envelhecimento. Neste contexto, o enfermeiro deve promover a participação social, a autonomia e o bem-estar físico e mental, favorecendo escolhas que conduzam a um envelhecimento ativo. Para alguns, a reforma representa uma oportunidade de redescoberta, mas para outros, pode traduzir-se em incerteza e perda de propósito (Domingues, 2023).

O Enfermeiro de Família tem um papel fundamental na promoção da atividade física, prevenindo o sedentarismo, a perda de autoestima e problemas de saúde mental como a depressão e a ansiedade (Ribeiro & Paúl, 2018). Paralelamente, deve incentivar a integração em atividades sociais e comunitárias significativas, como universidades seniores e programas das Unidades de Cuidados Continuados, que contribuem para a autonomia, a autoestima e a inclusão social dos idosos (Domingues, 2023; Fonseca, 2018).

De forma a facilitar a adaptação das famílias à reforma, Loureiro (2023) propõe estratégias que podem ser utilizadas pelo EEECESF, nomeadamente:

- O fortalecimento da resiliência familiar, através da valorização das estratégias de *coping* anteriormente utilizadas;
- O apoio na reflexão sobre perdas e ganhos, ajudando a enfrentar as perdas associadas ao envelhecimento e a reconhecer os benefícios desta nova fase;
- A identificação de casos de risco, como famílias unipessoais ou a vivenciar múltiplas transições, promovendo a sua monitorização; a promoção da interdependência conjugal, incentivando o respeito pela individualidade e espaço pessoal;

- O incentivo a uma relação conjugal satisfatória, através da valorização da intimidade e do lazer;
- O apoio na gestão de conflitos e na adaptação a novos papéis familiares. (Loureiro, 2023).

De acordo com Loureiro (2023), a preparação para a reforma deve iniciar-se idealmente na meia-idade (40-60 anos), através de programas de vigilância em saúde que favoreçam uma transição positiva para esta fase. A autora (2011) propõe o desenvolvimento de projetos em parceria com instituições comunitárias e unidades de cuidados, promovendo intervenções educativas que incentivem a continuidade da atividade social e profissional. Um exemplo desta abordagem é o programa “REATIVA” (REforma ATIVA), criado em 2013 pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, com o objetivo de capacitar indivíduos na transição para a reforma, promovendo o bem-estar físico, mental e social (Loureiro et al., 2015b). Desenvolvido com base numa revisão sistemática da literatura e em entrevistas com casais e recém-reformados, o programa inclui sessões temáticas sobre saúde mental, redes de apoio e gestão de stress. Implementado em CSP, conta com a participação de enfermeiros de saúde comunitária, sendo aplicável à prática dos EEECESF. O “REATIVA” constitui uma ferramenta útil para apoiar estilos de vida saudáveis, o envolvimento social e a autonomia, promovendo o envelhecimento ativo e a adaptação familiar à reforma (Loureiro et al., 2015b).

Prestar cuidados às famílias exige que o enfermeiro desenvolva competências específicas orientadas à singularidade de cada família, reconhecendo a sua história, valores e expectativas (Bispo, 2016). A identificação de forças e recursos familiares é essencial para capacitar a tomada de decisões informadas e promover ganhos em saúde. Nesse sentido, o planeamento antecipado da transição para a reforma torna-se crucial para um envelhecimento com qualidade. O EEECESF tem um papel central neste

processo, ao apoiar a adaptação familiar, reforçando a autonomia, a partilha e a qualidade das relações conjugais (Loureiro, 2023).

4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

O presente capítulo descreve as atividades desenvolvidas na componente clínica, evidenciando a consolidação das competências comuns (OE, 2019a) e específicas (OE, 2018) do EEECESF. As intervenções visaram assegurar cuidados de excelência à família, enquanto unidade de cuidados e na individualidade dos seus membros, reforçando simultaneamente as competências de liderança e colaboração em ESF, conforme as competências definidas no Regulamento nº 140/2019 da OE e na competência específica: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2018, p.19357).

O exercício do EEECESF exige uma abordagem holística à família, entendida como um sistema dinâmico e interdependente, promovendo a sua capacitação ao longo do ciclo vital e nas transições (OE, 2018; OE, 2019a). Esta prática implica a mobilização e gestão eficiente de recursos, assegurando cuidados contínuos, seguros e de qualidade, e fomentando estratégias adaptativas. As atividades do estágio foram orientadas para potenciar o papel do EEECESF como facilitador da decisão familiar, promovendo o bem-estar e a coesão. A intervenção centrou-se na capacitação familiar e na implementação de cuidados integrados e baseados na evidência, sustentados por prática reflexiva e colaborativa. As competências do EEECESF destacam-se na articulação entre liderança, conhecimento científico e humanização dos cuidados, convertendo desafios em oportunidades de crescimento (OE, 2018).

4.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados: recursos utilizados e áreas de avaliação e intervenção

As consultas realizadas na USF e em contexto domiciliário respeitaram os princípios éticos e legais definidos pela OE (2015a), assegurando a proteção

dos direitos humanos, nomeadamente a liberdade, dignidade, qualidade de vida, privacidade, confidencialidade e acesso à informação, com especial atenção aos valores, crenças e costumes das famílias. No início de cada consulta, foi realizada uma apresentação enquanto enfermeira e mestrand, clarificando os objetivos da intervenção e solicitando o consentimento verbal para o acompanhamento no processo de saúde. Este procedimento reforçou o compromisso ético com a confidencialidade e o dever de sigilo, assegurando uma prática centrada no respeito pelos direitos e valores humanos.

A prestação de cuidados descrita neste relatório foi orientada pelo MDAIF, cuja matriz operativa, flexível e dinâmica (Figueiredo, 2012), permitiu uma abordagem integrada, centrada em famílias nucleares com membros em situação de reforma. Este modelo sustentou todas as fases da conceção de cuidados, facilitando a definição de respostas adequadas às necessidades familiares (Hanson, 2005). A sua aplicação viabilizou intervenções individualizadas, promovendo a autonomia e a mobilização dos recursos internos e externos de cada família, de acordo com a sua disponibilidade e visão. Tal como refere Figueiredo (2012), as mudanças num elemento repercutem-se no sistema familiar, cuja capacidade auto-organizativa assegura a sua estabilidade ao longo do tempo.

Os instrumentos de avaliação familiar são fundamentais na prática clínica, sobretudo no contexto da matriz operativa do MDAIF, pois possibilitam uma compreensão global da família, das suas dinâmicas, forças e recursos, orientando a formulação de diagnósticos e intervenções (Figueiredo, 2012). Na avaliação sistémica, recorreram-se ao Genograma (Bowen, 1993), à Psicofigura de Mitchell (Marau, 2007), ao Ecomapa (Hartman, 1995) e à Escala de Notação Social da Família – Graffar Adaptada (Amaro, 2001).

Destaca-se o Genograma como instrumento essencial, ao permitir representar graficamente a composição familiar e os vínculos entre os seus membros, facilitando a identificação de padrões hereditários, comportamentais e

relacionais, atuais e ao longo do tempo (Figueiredo, 2012; Figueiredo et al., 2023a). Para além da sua função avaliativa, tem um papel interventivo, ao promover a reflexão sobre dinâmicas e transições familiares, identificar recursos e vulnerabilidades, e fomentar a adoção de estratégias adaptativas. Em complemento, a Psicofigura de Mitchell permite aceder à perceção subjetiva dos vínculos familiares, explorando a dimensão emocional e os afetos, o que contribui para uma intervenção mais ajustada às necessidades da família (Figueiredo et al., 2023a).

O Ecomapa é outra ferramenta essencial, permitindo visualizar as relações da família com o contexto externo, como recursos comunitários e redes de apoio e perceber as co-influências entre a família e cada um dos seus membros, com os sistemas mais amplos. Este instrumento identifica lacunas e oportunidades de intervenção, sobretudo em situações em que se verificam escassas conexões externas, comprometendo o bem-estar familiar (Figueiredo, 2023c; Hanson, 2005).

A Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptada) permite avaliar as condições socioeconómicas da família com base em critérios como profissão, escolaridade, fonte de rendimento, conforto do alojamento e localização da residência. Esta ferramenta possibilita a estratificação social das famílias, a previsão de situações de risco e a identificação de fatores que influenciam o comportamento em saúde e o desenvolvimento psicossocial, dentro da dimensão estrutural do MDAIF. Cada item é classificado de acordo com uma escala ordinal de 1 a 5 pontos, sendo que os valores mais baixos correspondem a condições socioeconómicas mais favoráveis e os mais elevados a situações de maior vulnerabilidade. A pontuação total é obtida pela soma dos valores atribuídos aos diferentes itens, permitindo categorizar as famílias em cinco classes sociais: Classe social baixa, média baixa, média, média alta e alta, de acordo com a avaliação de três, quatro ou cinco itens. (Figueiredo et al., 2023b; Sousa et al., 2010). Apesar de existir um sistema de saúde universal, persistem desigualdades no acesso aos cuidados,

particularmente entre famílias com baixos rendimentos ou menor escolaridade, o que pode comprometer a adesão terapêutica e o acompanhamento clínico (Masanet et al., 2014). A utilização conjunta destes instrumentos enriquece a avaliação de enfermagem, promovendo uma abordagem holística e centrada na família, com intervenções mais ajustadas às suas reais necessidades (Jordão, 2019).

Recorrendo ao MDAIF, e no âmbito da dimensão estrutural, foi explorada em todas as famílias a área do rendimento familiar, uma vez que a transição para a reforma pode implicar uma diminuição gradual dos rendimentos, sobretudo quando a pensão é reduzida. A avaliação foi realizada através da Escala de Graffar Adaptada, sendo considerado Rendimento Familiar Insuficiente quando a fonte de rendimento se situa nos graus 4 ou 5 (subsídios sociais ou ausência de rendimento fixo) ou quando, independentemente do valor, a família revela desconhecimento ou incapacidade na gestão do orçamento familiar (Figueiredo, 2012). Esta situação pode comprometer significativamente a qualidade de vida, limitando a aquisição de bens essenciais, medicamentos e a participação social (Loureiro et al., 2014b).

No contexto de famílias idosas, a avaliação das condições habitacionais revela-se fundamental, uma vez que ambientes físicos adequados promovem segurança e independência, enquanto barreiras arquitetónicas contribuem para o declínio funcional e o isolamento social (Rodrigues et al., 2020).

Apenas foi possível realizar duas visitas domiciliárias, momento em que se procedeu à avaliação do tipo de habitação, das precauções de segurança e do abastecimento de água. A área Edifício Residencial contempla critérios que permitem identificar duas situações diagnósticas distintas: Edifício Residencial Não Seguro e Edifício Residencial Negligenciado. A primeira corresponde a habitações com classificação 4 ou 5 na Escala de Graffar Adaptado e ausência de conhecimento por parte da família sobre os riscos associados à segurança da habitação. Já o segundo diagnóstico está relacionado com a ausência de

higiene habitacional, desconhecimento sobre o governo da casa ou sobre os riscos decorrentes da higiene deficiente. Na área Prevenção de Segurança, destaca-se o diagnóstico de Prevenção de Segurança Não Demonstrada, aplicável quando existem barreiras arquitetônicas e ausência de estratégias de adaptação por parte da família, bem como desconhecimento sobre a utilização segura do sistema de aquecimento ou do abastecimento de gás (Figueiredo, 2012).

A prevenção de quedas na população idosa requer uma abordagem multifatorial e contínua, uma vez que o risco aumenta com a acumulação de diversos fatores, sejam eles intrínsecos – como alterações do equilíbrio, da força muscular ou da acuidade visual – ou extrínsecos, como obstáculos no domicílio, calçado inadequado ou iluminação deficiente. No entanto, a mitigação destes fatores pode reduzir significativamente a probabilidade de queda. A evidência científica destaca a eficácia de intervenções como a modificação do ambiente e programas de exercício físico estruturado (WHO, 2021; Stevens & Burns, 2015). Neste contexto, é fundamental que o EEECESF integre estas estratégias na sua prática clínica, promovendo a segurança domiciliária e contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável.

Apesar da relevância da temática, a análise crítica do trabalho realizado evidencia que não foi efetuada a avaliação do risco de queda dos membros das famílias acompanhadas, o que constitui uma oportunidade de melhoria na abordagem à pessoa idosa. De acordo com as recomendações da WHO (2008), esta avaliação deve ser sistematicamente realizada em indivíduos com 65 ou mais anos, dada a elevada prevalência e impacto das quedas nesta faixa etária. Embora a Escala de Morse esteja disponível no sistema SClinico, a sua aplicação é mais apropriada ao contexto hospitalar. Em cuidados de saúde primários, ferramentas como a *HOME FAST*, desenvolvida na Austrália, assumem maior relevância, uma vez que permitem identificar riscos de queda no domicílio de pessoas idosas através da avaliação de 25 itens relacionados com o ambiente físico e a funcionalidade (Mackenzie et al., 2024). A sua

versão mais recente, a *HOME FAST-SR*, adaptada para auto-preenchimento online, demonstrou ser uma ferramenta útil, fiável e de fácil utilização por pessoas idosas, permitindo-lhes identificar riscos no domicílio e promover modificações adequadas, mesmo sem a presença física de profissionais de saúde (Mackenzie et al., 2024). Esta acessibilidade reforça o papel da *HOME FAST-SR* como instrumento promotor da autonomia e segurança, especialmente útil em contextos comunitários e em zonas rurais ou com menor cobertura de serviços (Mackenzie et al., 2024).

Na área do Abastecimento de Água, identificou-se o diagnóstico de Abastecimento de Água Não Adequado sempre que a água utilizada era proveniente de rede privada sem qualquer controlo de qualidade, nem conhecimento demonstrado sobre estratégias de manutenção da sua segurança. A área Animal Doméstico foi avaliada apenas nas duas famílias que possuíam animais de companhia (Figueiredo, 2012). O diagnóstico de Animal Doméstico Negligenciado foi atribuído em casos de ausência de vacinação, desparasitação ou desconhecimento dos recursos disponíveis na comunidade para esse fim, bem como da sua importância para a saúde familiar (Figueiredo, 2012).

Na dimensão de desenvolvimento, a identificação da etapa do ciclo vital permite adequar as intervenções às necessidades da família (Figueiredo, 2012). De acordo com a nomenclatura do SClinico-CSP® e na perspetiva de Duvall e Miller (1985), essas famílias situam-se na etapa do ciclo vital denominada "Família Idosa" ou "Família em Envelhecimento", que abrange o período entre a reforma e a perda de um dos cônjuges. Relvas (2006) enquadra esta etapa como *Famílias com Filhos Adultos*, geralmente marcada pela saída dos filhos e reconfiguração da dinâmica familiar, etapa já ultrapassada pelas famílias em estudo. Assim sendo, no âmbito da avaliação das relações com a família extensa, a relação entre pais e filhos foi avaliada, não tendo sido identificados conflitos ou dinâmicas disfuncionais.

Nesta fase, avaliou-se a área de Satisfação Conjugal, centrada nos processos de adaptação do casal às transições vividas, com vista à manutenção de uma relação estável e gratificante ao longo do tempo (Figueiredo, 2012). Assim, em todas as famílias foi avaliada a relação dinâmica, com foco na satisfação do casal relativamente à divisão e partilha das tarefas domésticas. Foi avaliada em todas as famílias a dinâmica conjugal, com enfoque na perceção de justiça na divisão das tarefas domésticas, reconhecida como um fator crucial para a satisfação conjugal, especialmente entre mulheres (Carlson et al., 2018). Durante a transição para a reforma, estas dinâmicas tendem a alterar-se, sendo comum os homens experienciarem uma rutura com o trabalho e as mulheres manterem as suas responsabilidades domésticas, perpetuando desigualdades de género (Leopold & Skopek, 2016). Contudo, esta fase pode potenciar a partilha de tarefas, o fortalecimento afetivo e o aumento da coesão conjugal (Rebelo, 2021). Por outro lado, a convivência contínua pode gerar tensões, sobretudo quando não há ocupações externas ao ambiente familiar (Figueira et al., 2017; Rebelo, 2021). A satisfação conjugal tende a ser maior quando ambos os cônjuges concordam com os papéis assumidos e percecionam a divisão de tarefas como justa (Helms et al., 2010).

A satisfação do casal em relação ao tempo que passam juntos foi avaliada, considerando que a reforma pode influenciar positivamente ou negativamente a dinâmica familiar (Rebelo, 2021). Este período pode favorecer momentos de partilha e apoio mútuo, aumentando a satisfação conjugal (Figueira et al., 2017; Rebelo, 2021). No entanto, estudos indicam que, no início da reforma, muitos casais experienciam uma diminuição na satisfação, relacionada com as dificuldades de ajustamento às novas rotinas e à convivência contínua (Stitt, 2016).

A satisfação do casal relativamente à forma como cada um expressa os seus sentimentos, foi avaliada, dado ser um elemento crucial para a manutenção das relações e, consequentemente, para o incremento da satisfação conjugal (Carstensen et al., 1995). King e Kuzucu (2006) demonstram que, quando os

cônjuges se sentem emocionalmente apoiados, tendem a expressar sentimentos de forma mais aberta, aumentando a satisfação na relação. Já a ausência dessa expressão pode gerar isolamento emocional e comprometer a qualidade do vínculo. Cordova et al. (2005) referem que as mulheres têm maior facilidade em expressar emoções, enquanto os homens apresentam mais dificuldade na sua identificação e expressão.

A comunicação do casal foi explorada, no que concerne à partilha sobre as expectativas e receios de cada um, para identificar se o casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião e se estão satisfeitos com o seu padrão de comunicação. Segundo Boechat et al. (2015), uma comunicação eficaz, que valida e reconhece o outro, é essencial para relações interpessoais saudáveis, promovendo uma interação familiar mais harmoniosa. Neste contexto, destaca-se o conceito de metacomunicação, inicialmente formulado por Benjamin Lee Whorf e popularizado por Gregory Bateson, que se refere à capacidade de refletir e comunicar sobre a própria comunicação (Leeds-Hurwitz, 2021). Essa abordagem ocorre em dois níveis: o conteúdo explícito da mensagem e a forma como essa mensagem deve ser interpretada. A metacomunicação facilita a expressão clara de pensamentos e emoções, contribuindo para o ajustamento familiar. A literatura indica que competências como objetividade, escuta ativa, honestidade e ausência de críticas são fundamentais para uma comunicação positiva no casal, influenciando diretamente a satisfação e estabilidade da relação (Afonso, 2018; Costa & Mosmann, 2020).

A avaliação das áreas relativas à Interação Sexual e à Função Sexual não foi explorada nesta fase, uma vez que não constituíram áreas prioritárias de intervenção, e a abordagem deste tema poderia gerar algum desconforto numa fase inicial da relação terapêutica. A construção de uma aliança terapêutica baseada na empatia e na confiança mútua é um processo gradual e essencial para permitir a abordagem de dimensões mais íntimas, como a sexualidade. De acordo com Wright e Leahey (2012), a relação terapêutica na ESF deve ser

desenvolvida progressivamente, criando um ambiente seguro onde os indivíduos se sintam à vontade para partilhar aspetos pessoais. Neste sentido, Domingues (2023) acrescenta que temáticas de difícil abordagem tendem a ser mais eficazmente exploradas quando a confiança já se encontra estabelecida, promovendo ganhos em saúde a longo prazo. Assim, considera-se que a exploração desta dimensão poderá ser mais apropriada numa fase posterior da intervenção.

A avaliação da área de atenção do Papel Parental: família com filhos adultos, não constituiu um foco de atenção, uma vez que a saída dos filhos de casa já tinha sido ultrapassada com sucesso. Nesta fase as interações passam a basear-se no respeito mútuo e no suporte emocional adulto-adulto. Estudos indicam que as relações intergeracionais geralmente se fortalecem quando os filhos assumem a independência adulta, mantendo, no entanto, um contacto próximo com os pais, o que contribui para o reforço dos laços familiares (Mitchell & Lovegreen, 2009). Tal como explicado anteriormente, a avaliação das relações com a família extensa e a relação entre pais filhos, não evidenciou qualquer conflito ou dinâmicas disfuncionais.

Foram analisadas as crenças familiares, enquanto conjunto de valores, atitudes e pressupostos que orientam o comportamento dos seus membros, influenciam diretamente a forma como a família enfrenta os desafios. Distingue-se entre crenças que restringem a ação, dificultando a superação de dificuldades, e aquelas que ampliam as possibilidades de resolução. A sua análise permite ao enfermeiro direcionar intervenções que promovam dinâmicas mais adaptativas e saudáveis (Wright & Leahey, 2013).

No âmbito da dimensão funcional, a avaliação do *coping* familiar revelou-se central, dado o seu papel determinante na mobilização de estratégias e recursos em situações de *stress*, tanto intra como extra-familiares (Figueiredo, 2012). A capacidade de resolução de problemas, influenciada pelas crenças nas próprias competências e experiências anteriores, permite identificar

padrões adaptativos. Esta avaliação inclui a percepção e definição do problema, os desafios instrumentais e expressivos, as estratégias adotadas e a reflexão sobre a sua eficácia. Quando eficazes, estas estratégias promovem mudanças positivas e favorecem a adaptação do sistema familiar (Figueiredo, 2012). Dado que, a família é constituída apenas pelo casal, não se justificou a avaliação de outras áreas do processo familiar.

Para uma avaliação mais aprofundada e uma intervenção direcionada, a utilização de instrumentos estruturados é fundamental. A Entrevista Familiar Sistémica (EFS) destaca-se como ferramenta valiosa na recolha de informação, apoio emocional e facilitação da adaptação a situações de stress familiar (Ferré-Grau, 2023). Baseada nos pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas e da Teoria da Comunicação, a EFS assenta na neutralidade e circularidade como princípios. O princípio da circularidade refere-se às retroações constantes entre os membros da família e entre estes e o enfermeiro, sendo promovido pelo questionamento circular, que explora as percepções individuais sobre as relações familiares. O princípio da neutralidade, assegura uma postura imparcial do enfermeiro, respeitando as diferentes realidades dos membros da família (Ferré-Grau, 2023; Figueiredo, 2023d).

Estes princípios permitem ao enfermeiro facilitar a expressão de preocupações e promover a reflexão familiar. A EFS desenvolve-se em quatro etapas: acolhimento, com criação de um ambiente terapêutico; avaliação, onde se identificam problemas, recursos e objetivos; intervenção, que define áreas de mudança; e finalização, que revê os resultados obtidos (Figueiredo, 2022; Santos, 2019).

Na prestação de cuidados às famílias como unidades de intervenção, foram utilizadas técnicas transversais e específicas, reconhecidas pela sua eficácia na promoção de ganhos em saúde e no fortalecimento das dinâmicas familiares (Figueiredo, 2012). Na interação com as famílias foram utilizadas técnicas transversais, como questões lineares, reflexivas, circulares, hipotéticas

e de escala, e como técnicas de intervenção familiar, foram aplicadas o reenquadramento, conotação positiva, a prescrição paradoxal, o ritual terapêutico e as cartas terapêuticas.

As questões lineares ajudam a definir o problema e a promover um ambiente favorável à mudança. As reflexivas facilitam a reinterpretação de perspectivas e o ajustamento de comportamentos. As circulares exploram as interações e dinâmicas familiares. As hipotéticas avaliam a percepção sobre possíveis alternativas de mudança. Já as questões de escala permitem quantificar sintomas ou comportamentos, avaliando o grau de compromisso e prontidão para a mudança (Figueiredo, 2012; Jong & Berg, 2013; Zordan et al., 2012).

Entre as técnicas específicas, o reenquadramento permite reinterpretar eventos críticos, promovendo experiências mais aceitáveis e ajustes no funcionamento familiar (Ribeiro & Figueiredo, 2023). A conotação positiva reforça esta abordagem, ao atribuir significados positivos às causas de um problema, promovendo a valorização das forças familiares e aumentando a coesão entre os seus membros (Figueiredo & Dias, 2023a).

A prescrição paradoxal consiste em recomendar a manutenção de um comportamento sintomático, responsabilizando os membros da família pelos seus efeitos. Esta abordagem torna o comportamento voluntário, facilitando a sua compreensão, controlo e eventual mudança (Barker, 2000; Minuchin & Fishman, 2007; Murteiro & Figueiredo, 2023).

A metáfora foi igualmente utilizada como recurso interventivo, permitindo que os membros da família expressem de forma simbólica questões difíceis de verbalizar diretamente. Esta técnica promove uma maior consciência do contexto familiar e fomenta a empatia entre os seus membros, reforçando o entendimento mútuo e a coesão (Pinheiro-Carozzo et al., 2020; Rasheed et al., 2011;).

O ritual terapêutico visa clarificar dinâmicas relacionais e facilitar a mudança de comportamentos familiares, ao introduzir novas práticas no quotidiano. Embora

possa não ser incorporado de forma permanente, é uma ferramenta eficaz para abordar conflitos e promover benefícios contextuais (Figueiredo & Dias, 2023b; Wolin & Benett, 1984). A carta terapêutica é uma técnica de intervenção sistêmica que, através de mensagens escritas, reforça a relação terapêutica, promove a reflexão, a reconstrução de significados e o fortalecimento da coesão familiar (Almeida et al., 2023; Bateson, 1979; Moules, 2002).

Qualquer alteração num membro da família impacta inevitavelmente todos os restantes, dado que a família se configura como um sistema aberto e interdependente. Este princípio reforça a importância de uma abordagem de cuidados que valorize a interação dinâmica entre o indivíduo e a família enquanto unidade sistêmica (Wright & Leahey, 2013).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) orientou a avaliação individual dos membros da família, permitindo compreender as mudanças vividas e os seus impactos na adaptação e bem-estar. Esta abordagem facilita a identificação de fatores facilitadores e inibidores da transição, considerando a percepção do tempo, os sentimentos envolvidos e as estratégias de *coping*. Assim, o EEECESF pode estruturar intervenções ajustadas, promovendo uma adaptação saudável e a reconstrução identitária no novo contexto de vida (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Ainda, no âmbito da perspetiva individual, foram integrados o Modelo Transteórico de Mudança Comportamental (Prochaska & DiClemente, 1992) e a Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2012), amplamente utilizados para facilitar mudanças em saúde. O primeiro descreve os estágios da mudança (da pré-contemplação à manutenção ou recaída), enquanto a entrevista motivacional apoia a progressão entre esses estágios, promovendo o compromisso com a mudança (Miller & Rollnick, 2012).

A Entrevista Motivacional adota uma abordagem colaborativa e centrada na pessoa, promovendo a motivação intrínseca para a mudança, especialmente útil nas fases iniciais do Modelo Transteórico, como a pré-contemplação e a

contemplação (Miller & Rollnick, 2023). Através de estratégias como escuta reflexiva, validação emocional e exploração de discrepâncias, ajuda a aumentar a consciência e a preparar a ação. Ambas as abordagens reconhecem a natureza cíclica da mudança, sendo eficazes na gestão de recaídas e na redefinição de estratégias. São amplamente aplicadas em contextos de saúde, como gestão da diabetes, controlo de peso, adesão terapêutica e promoção de estilos de vida saudáveis (Miller & Rollnick, 2023; Prochaska & DiClemente, 1992).

Na avaliação individual foi utilizada a Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR), desenvolvida por Loureiro et al. (2015a), composta por 28 itens organizados em sete dimensões temáticas: Reforma e Reformado, Saúde Mental, Redes de Apoio, Saúde e Envelhecimento, Gestão Económica, Família e Conjugalidade, e Família e Parentalidade. Utiliza uma escala de resposta tipo Likert de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), permitindo uma pontuação total entre 28 e 112. Criada no âmbito do projeto “REATIVA”, a EPFAR baseia-se em evidências obtidas por *focus groups* com indivíduos recém-reformados, entrevistas e revisões da literatura (Loureiro, 2014a), entrevistas com casais (Loureiro et al., 2014b) e estudos científicos sobre a temática (Loureiro et al., 2015a). A sua fiabilidade foi confirmada por Pedreiro et al. (2021), com um alfa de Cronbach de 0,90, evidenciando elevada consistência interna.

A EPFAR permite ao EEECESF avaliar dimensões essenciais da adaptação à reforma, como a satisfação conjugal e familiar (também explorada pelo MDAIF), o bem-estar, a perceção do novo estatuto, o sentido de realização e o conhecimento sobre recursos comunitários disponíveis. Esta escala contribui ainda para compreender a autoestima, que segundo o ICN (2020, p.12) denomina-se por “Autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem

como da crítica construtiva.”. Além disso, avalia a forma como o indivíduo se ajusta à nova fase de vida, incluindo a satisfação com a reforma, a autonomia, a autoeficácia e as relações sociais e familiares, permitindo analisar o impacto nas redes de apoio e nas dinâmicas relacionais (Loureiro et al., 2015a). A aplicação da EPFAR constitui, assim, uma ferramenta útil para identificar a fase de ajustamento em que o indivíduo se encontra, possibilitando a definição de estratégias de intervenção adequadas (Pedreiro et al., 2021).

Será apresentada a prestação de cuidados a duas famílias e respetivos membros, abrangendo as fases de colheita de dados, diagnóstico, planeamento e implementação de intervenções, com recurso às técnicas específicas e transversais previamente referidas. Para salvaguardar a confidencialidade, as famílias foram nomeadas segundo planetas do sistema solar. No corpo do relatório serão descritas apenas as Famílias Saturno e Urano, sendo as restantes (Mercúrio, Vénus, Marte e Júpiter) incluídas em anexo (Anexos III a VI), devido à limitação de extensão do documento. Sempre que possível, procedeu-se à avaliação das intervenções realizadas, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados. As intervenções foram registadas na linguagem classificada do sistema SClinico-CSP® (versão 5.6) e, quando necessário, recorreu-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), utilizando o Browser CIPE 2020 (ICN, 2020). A integração de diferentes recursos e referenciais teóricos e metodológicos permitiu uma avaliação e intervenção familiar mais rigorosa, sistematizada e centrada nas necessidades das famílias e dos seus membros.

4.1.1. Família Saturno

A Família Saturno é constituída pelo Sr. F de 67 anos e pela esposa, D. G de 69 anos. Têm duas filhas, J de 41 anos e M de 39 anos, ambas casadas. A M está a viver em Portugal e a J permanece em França. O Sr. F está reformado há 3 anos, trabalhava na construção civil. A D.G está igualmente reformada há

3 anos, era empregada doméstica. Viveram cerca de 43 anos em França e regressaram a Portugal há cerca de 2 anos. O Sr. F tem como antecedentes Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a D. G tem HTA e DM2.

Realizaram-se três consultas de enfermagem, todas na USF, por vontade do casal, as duas primeiras contaram com a participação dos dois elementos da família, o Sr. F e a D. G, a última apenas com o Sr. F. O Genograma e a Psicofigura de Mitchell, apresentados na Figura 5, foram elaborados com base nas respostas fornecidas pelo casal a questões lineares formuladas durante as consultas.

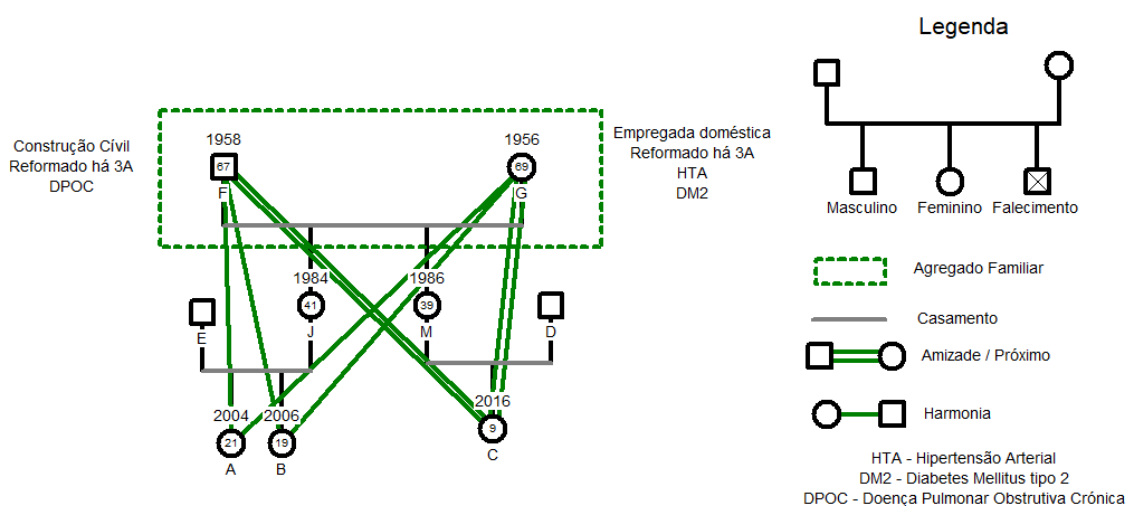


Figura 5 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Saturno

Segundo Figueiredo (2012), a identificação do tipo de família possibilita a sua caracterização com base na composição e nos vínculos estabelecidos entre os seus membros, os quais influenciam as suas funções internas e externas, bem como o seu desenvolvimento. A Família Saturno é do tipo nuclear, composta pelo Sr. F e pela D. G. No seu sistema familiar, podem ser identificados diferentes subsistemas, nomeadamente o subsistema conjugal, representado pelo casal, e os subsistemas individuais, que refletem a experiência e dinâmica de cada membro da família.

Tendo em conta a família extensa, o Sr. F e a D. G mantêm contacto diário com a filha M, o genro D, e a neta C, que residem em Portugal. Este contacto regular é valorizado pela proximidade, permitindo desempenhar funções como companhia social, através de momentos de convivência frequentes, e apoio emocional, ao estarem presentes em momentos importantes do dia a dia da neta C. Com a filha J, que vive em França com o marido E e as netas A e B, o contacto é mantido regularmente por chamadas e videochamadas. Durante essas interações, é possível oferecer apoio emocional, através da partilha de vivências e preocupações, bem como guia cognitivo e conselhos, quando solicitado. Apesar da distância, o vínculo é reforçado em ocasiões especiais, como nas visitas anuais da filha J. e da sua família a Portugal. O Sr. F destacou: "Quando a J vem a Portugal, gostamos de juntar todos para aproveitar o tempo em família. É um momento especial para nós."

Relativamente a outros elementos da família extensa, o contacto é esporádico, devido à distância geográfica, mas ainda desempenham funções de regulação social, fortalecendo a identidade familiar em ocasiões importantes e celebrações. Adicionalmente, os avós contribuem com ajuda material e de serviço no dia a dia da neta C, em Portugal, seja através de pequenas tarefas ou do acompanhamento em atividades.

A dinâmica familiar caracteriza-se por um equilíbrio entre proximidade e respeito pela autonomia, refletindo uma relação harmoniosa e funcional. O casal mantém um vínculo próximo com a filha M, o genro e a neta C, proporcionando suporte emocional e companhia social, sem comprometer a independência da sua unidade familiar. A relação com a filha J, apesar da distância, é fortalecida por comunicação regular e visitas anuais, preservando o laço afetivo. O contacto com outros membros da família extensa, ainda que esporádico, mantém um papel de regulação social e reforço da identidade familiar, promovendo um ambiente de suporte mútuo e partilha intergeracional.

Após a análise dos sistemas mais amplos e da natureza do vínculo estabelecido pela Família Saturno com estes, foi elaborado o respetivo Ecomapa, representado na Figura 6.

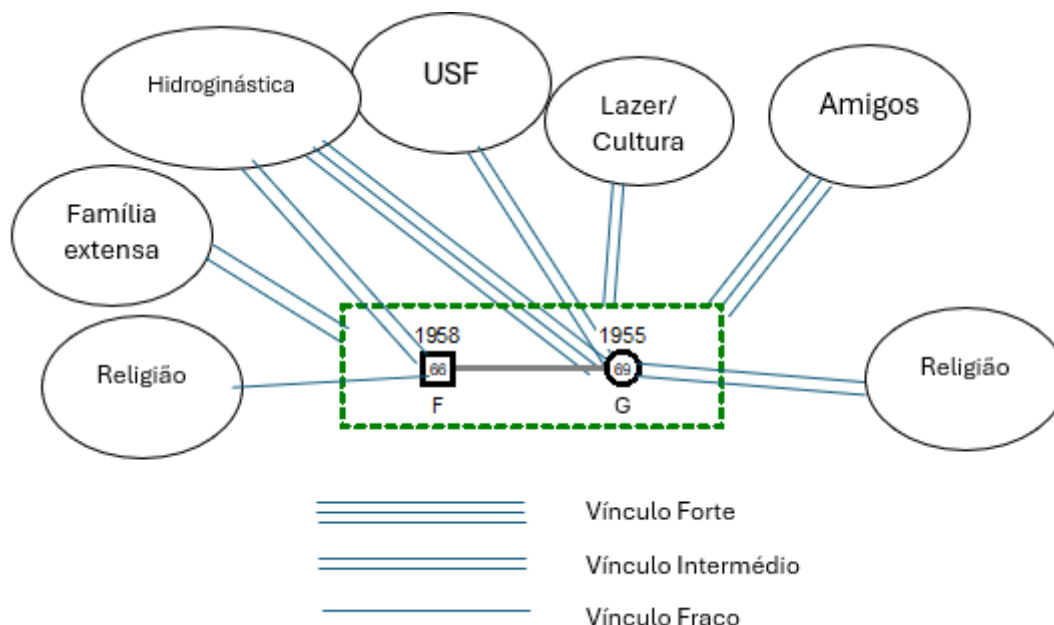


Figura 6 - Ecomapa da Família Saturno

De acordo com o Ecomapa representado, a D. G mantém um vínculo intermédio com a equipa de saúde familiar (USF), a religião, a família extensa e as atividades de lazer e cultura. No entanto, evidencia um vínculo forte com a hidroginástica e com o círculo de amigos, os quais considera essenciais para o seu bem-estar físico e emocional. Já o Sr. F apresenta um vínculo fraco com a religião, um vínculo intermédio com a equipa de saúde familiar (USF) e com a hidroginástica, mas mantém um vínculo forte com os amigos, com quem tem contacto frequente e que assumem um papel relevante no seu suporte social e emocional. Segundo Araújo et al. (2010), estas conexões configuram redes de suporte fundamentais, que podem ser categorizadas em apoio formal, prestado pela equipa de Saúde Familiar, e apoio informal, proporcionado pela família extensa, amigos e participação em atividades comunitárias, contribuindo para a interação social, qualidade de vida e equilíbrio emocional dos indivíduos.

As condições socioeconómicas foram avaliadas com recurso à Escala de Graffar Adaptada, a família Saturno está situada na classe social média (pontuação 9 em 3 itens de avaliação). A profissão que ambos exerciam é classificada em grau 4. O Sr. F trabalhou na construção civil e a D. G foi empregada doméstica. Ambos estudaram até ao 4.º ano, pelo que a instrução se encontra no grau 4. A fonte de rendimento de ambos provém da reforma (grau 4). O tipo de habitação e o local de residência não foi classificado, uma vez que não foram realizadas visitas domiciliárias à família.

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

Relativamente ao rendimento familiar, a família encontra-se no grau 4 (pensionistas ou reformados) no entanto, quando explorado conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares, a família refere que os rendimentos atuais na reforma estão de acordo com as suas expectativas e não geram preocupações. Durante o período em que viveram no estrangeiro, conseguiram poupar uma quantia significativa, o que lhes proporciona segurança financeira na reforma. Quando colocada a questão linear “O valor da reforma vai de encontro ao que estavam à espera?”, a D. G respondeu: “Sim, foi aquilo que descontámos e poupámos. Claro que não é muito, mas é suficiente para vivermos bem e, em caso de necessidade, temos as poupanças.” O Sr. F acrescentou: “Com o que juntámos em França, conseguimos viver sem preocupações. Se surgir algum imprevisto, temos como resolver.” Sobre a questão hipotética “Se daqui a um mês surgisse algum imprevisto, por exemplo, uma avaria no carro, consideram que tinham alguém que vos pudesse ajudar?”, a D. G afirmou: “Nunca nos aconteceu precisar de ajuda, mas sei que podemos contar com a família se for necessário. No entanto, a poupança que fizemos é o que mais nos dá segurança.” O Sr. F reforçou: “Felizmente, não temos essa preocupação. Sempre nos organizámos bem para a reforma, e sabemos que podemos contar com os filhos, se for

preciso.” Foi assim identificado o diagnóstico **Rendimento Familiar Não Insuficiente**.

Quanto ao abastecimento de água, a família dispõe de abastecimento pela rede pública e privada (poço). No entanto, a rede privada não é utilizada para consumo humano, só para rega, lavagem do exterior, carros e chão de casa por exemplo. No entanto, fazem o tratamento da água e análises à água cerca de uma vez por ano. Assim, foi formulado o diagnóstico **Abastecimento de Água Adequado**.

Relativamente ao animal doméstico, a família possui um cão com cerca de 2 anos, que se encontra vacinado e desparasitado. Realizam a desparasitação interna trimestralmente, conforme recomendado para cães adultos e asseguram todos os cuidados necessários. Foi assim formulado o diagnóstico **Animal Doméstico Não Negligenciado**.

Todos os diagnósticos realizados nesta dimensão apresentaram um juízo positivo, não sendo necessárias intervenções no momento da avaliação. Estas condições foram identificadas como forças da família, desempenhando um papel facilitador nos processos vivenciados pela unidade familiar e pelos seus membros, individualmente.

No que concerne à dimensão de desenvolvimento, foi analisada a área de atenção Satisfação Conjugal, nas dimensões operativas relativas à dinâmica relacional e da comunicação.

No âmbito da satisfação conjugal, foi avaliada a satisfação do casal relativamente à divisão e partilha das tarefas domésticas, com recurso a questões lineares e circulares. Quando questionados sobre a satisfação com a divisão atual, ambos os elementos referiram estar confortáveis com a dinâmica estabelecida. A D. G afirmou: "Desde sempre fiquei responsável pelas tarefas de casa, e mesmo agora que estamos reformados, continuo a fazê-las. O F. ajuda no que consegue, como levar o lixo, arrumar algumas coisas ou fazer pequenas tarefas que eu peço. Acho que estamos bem assim." Por sua vez, o

Sr. F. comentou: "A G sempre foi muito organizada e gostava de manter tudo arrumado. Eu ajudo no que posso, mas ela prefere que seja assim, e acho que funciona bem para nós." Relativamente às mudanças nas rotinas domésticas com a transição para a reforma, o casal mencionou que esta fase não trouxe alterações significativas. Ambos destacaram que a divisão de tarefas continua funcional e que as responsabilidades estão bem definidas. Quando questionados sobre a flexibilidade em assumir as funções do outro em caso de imprevistos, a D. G salientou que o Sr. F seria capaz de se adaptar e assumir algumas tarefas, ao passo que o Sr. F reforçou a sua capacidade de se desenrascar, caso fosse necessário.

No que concerne à satisfação do casal relativamente ao tempo que passam juntos, foi realizada uma avaliação através de uma questão de escala, onde foi solicitado que atribuísem uma pontuação de 1 a 10. O Sr. F atribuiu a pontuação máxima, referindo: "Agora que estamos ambos reformados, passamos mais tempo juntos e isso é muito bom. Gostamos de caminhar, conversar e, às vezes, ir ao café. Diria 10, estamos muito bem." Já a D. G, ao atribuir a pontuação de 9, afirmou: "Estamos bem e aproveitamos muito o tempo juntos. Fazemos as nossas caminhadas e gostamos de ter momentos tranquilos a dois, mas acho que sempre podemos melhorar. Diria um 9, porque estou bastante satisfeita." Apesar de terem mencionado algumas diferenças nas suas rotinas antes da reforma, ambos demonstraram satisfação com a relação atual e expressaram entusiasmo em relação ao futuro, sobretudo em manter a proximidade e partilhar atividades conjuntas. Deste modo, constata-se que existe **satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas e satisfação do casal relativamente ao tempo que passam juntos.**

No que se refere à satisfação conjugal associada à expressão de sentimentos e emoções, ambos os elementos do casal reconhecem que a D. G. tende a expressar-se com maior facilidade, o que atribuem a traços da sua personalidade. Ao serem questionados sobre o grau de satisfação

relativamente a esta dinâmica, através de uma questão de escala, a D. G. atribuiu um 6, enquanto o Sr. F. indicou um 8. Perante essa discrepância, foi solicitado à D. G. que refletisse sobre os motivos que a levaram a não atribuir uma pontuação mais elevada, como um 7 ou 8, e o que gostaria que fosse diferente. Em resposta, referiu que gostaria que o cônjuge fosse mais comunicativo relativamente aos seus sentimentos, que falasse mais sobre a relação e sobre ela, expressando o que pensa e se valoriza aquilo que ela diz ou faz. Reconheceu que percebe a preocupação dele através de atitudes, mas que, por vezes, sentiria necessidade de ouvir essa preocupação expressa verbalmente. A mesma questão foi aplicada ao Sr. F, relativamente à sua classificação de 8, ao que respondeu: "Dei um 8 porque reconheço que ela partilha mais do que eu e, para isso, também preciso melhorar. Às vezes quero elogiar ou falar sobre algo importante, mas sinto que não sei bem como começar ou o que dizer. Não é por falta de sentimentos, mas porque sempre fui mais reservado. Ainda assim, sei que faz diferença, e tento trabalhar nisso.". Quando questionados sobre se a transição para a reforma alterou a forma como expressam os sentimentos, o Sr. F afirmou: "Acho que não mudou muito. Talvez agora, com mais tempo juntos, tenhamos mais momentos para falar, mas continuo a ser como sempre fui." A D. G comentou: "Temos mais tempo, e isso ajuda. Mas sinto que, às vezes, ele ainda guarda o que sente para ele mesmo." Constata-se a **não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos.**

Quanto à comunicação no casal, foi avaliado se ambos conversam sobre as suas expectativas e receios, como gerem as discordâncias e se estão satisfeitos com a qualidade da sua comunicação. Sobre a partilha de expectativas e receios, ambos afirmaram que costumam conversar sobre as suas preocupações e dificuldades. O Sr. F comentou: "Quando algo me preocupa, geralmente falo com ela. Ela sempre me ouviu e me apoiou." A D. G reforçou: "Sim, falamos bastante. Às vezes, ele demora um pouco a falar, mas consigo perceber quando está preocupado e puxo o assunto."

Quanto às discordâncias, foi avaliado se conseguem chegar a consensos, quais os temas mais comuns de discordância e se sentem que a sua opinião é valorizada. O Sr. F afirmou: "Se discordamos de algo, tentamos sempre chegar a um consenso. Acho que respeitamos bastante a opinião um do outro." A D. G corroborou: "Sim, acho que discutimos pouco. Quando não concordamos, acabamos por conversar até resolver."

Foi avaliado o padrão de comunicação do casal, tendo sido questionado se consideram que existe espaço para o diálogo, como qualificam a comunicação numa escala de 1 a 10 e se esta mudou após a reforma. Ambos atribuíram a pontuação de 9, demonstrando satisfação geral. O Sr. F mencionou: "Sempre tivemos espaço para conversar. Acho que isso é algo importante na nossa relação." A D. G concordou, acrescentando: "Acho que, no geral, temos uma boa comunicação. É claro que, como em qualquer relação, há momentos em que um está mais cansado ou menos disposto, mas no geral conseguimos dialogar bem.". Assim, compreende-se que o **casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um, consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião e existe satisfação com o padrão de comunicação do casal.**

Tendo em conta os dados colhidos, foi identificado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Não Mantida relacionada com Relação Dinâmica Disfuncional manifestada por não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos.**

Deste modo, com o objetivo de promover a satisfação do casal relativamente à forma como cada um expressa os seus sentimentos, foram planeadas intervenções centradas na promoção da comunicação expressiva e na valorização afetiva mútua. Para concretizar essas intervenções, foram desenvolvidas atividades com o casal, nomeadamente a proposta de um exercício de valorização mútua, que consistiu na utilização de duas bolsas individuais, uma para cada elemento, contendo post-its. Ambos concordaram

com o número de post-its estabelecido, cerca de quatro post-its por semana, definindo-se, em conjunto com o casal, o número ideal para um período de três semanas. Em cada nota, os membros deveriam expressar elogios ou mensagens de apreço ao parceiro, distribuídos em dias distintos. Foi explicado que os elogios poderiam ir além de simples adjetivos, incluindo ações concretas e significativas (exemplo: "Gosto quando preparas o pequeno-almoço ao sábado."). Adicionalmente, orientou-se que, na consulta seguinte, cada um poderia partilhar, se assim o entendesse, o que foi escrito. Durante a co-construção deste ritual, ao serem questionados sobre a sua perceção face à proposta, o casal demonstrou-se recetivo e motivado para participar.

Na consulta seguinte, realizou-se o momento de partilha, que decorreu de forma sensível e envolvente, promovendo uma maior conexão entre o casal. O Sr. F expressou a sua admiração pela D. G através de mensagens como: "Gosto muito do teu sorriso", "És o meu pilar" e "Adoro quando preparamos o pequeno-almoço juntos." Por sua vez, a D. G dirigiu elogios ao Sr. F, destacando aspetos como "Adoro o teu sentido de humor", "És a minha força" e "Aprecio tanto quando ajudas a arrumar as compras sem eu pedir." Este momento de reconhecimento mútuo revelou-se profundamente enriquecedor, fortalecendo os laços afetivos e criando um ambiente de partilha genuína e proximidade emocional. Quando questionados sobre a experiência, a D. G partilhou: "Gostei muito. Foi bom ouvir o que ele pensa de mim. Por vezes achamos que o outro não repara, mas ele repara e elogia." O Sr. F reforçou esta perceção, acrescentando: "Eu também gostei. Percebi que pequenas coisas fazem a diferença e ajudam a fortalecer a nossa relação."

Após o ritual, foi novamente aplicada a questão de escala sobre a satisfação com a forma como partilham os sentimentos. A D. G afirmou: "Antes dava um 6 ou 7, mas agora dou um 8. Senti-me valorizada." Já o Sr. F comentou: "Agora dou 9. Acho que é algo que podemos continuar a melhorar, mas já noto mudanças positivas." Embora o objetivo de aumentar a pontuação na escala tenha sido alcançado, revelando ganhos em saúde relacional, concluiu-se que

a expressão de sentimentos no contexto conjugal é um processo contínuo e dinâmico. Por conseguinte, considera-se essencial a continuidade dos cuidados, com um foco especial na avaliação contínua desta dimensão por parte da enfermeira de família, garantindo um suporte consistente para o fortalecimento da relação conjugal. Deste modo, foi possível alterar o diagnóstico para **Satisfação Conjugal Mantida relacionada com Relação Dinâmica Funcional**.

De seguida procedeu-se à análise das crenças da família, que pode evidenciar um papel facilitador na promoção da coesão e da resiliência familiar, contribuindo para a adaptação às transições vivenciadas. Religiosamente, identificam-se como católicos não praticantes, valorizando a fé em Deus e celebrando festividades como o Natal e a Páscoa, que representam momentos de união familiar. Espiritualmente, demonstram crenças na força da fé como suporte em momentos desafiantes, o que contribui para a estabilidade emocional. Relativamente aos valores familiares, destacam o amor, a honestidade, o respeito e a solidariedade, princípios que norteiam as suas interações e decisões, sendo transmitidos às filhas e netas como herança familiar. Em relação às crenças culturais, preservam tradições portuguesas, como a participação em festividades locais, visitas familiares e a valorização da partilha de momentos significativos, sobretudo durante as visitas da filha que reside em França, momentos que reforçam os laços familiares e a identidade cultural. Quanto às crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde, demonstram uma atitude positiva e de confiança, valorizando a sua disponibilidade e o apoio prestado, esta confiança reflete-se na adesão aos cuidados de saúde e na importância que atribuem ao acompanhamento médico e de enfermagem regular.

Quanto à dimensão funcional, no que diz respeito ao Processo Familiar, foi avaliada a dimensão operativa *Coping* Familiar. Através de questões lineares, circulares e reflexivas, explorou-se a forma como o casal lida com os desafios e problemas que surgem no quotidiano familiar. Quando questionados sobre

como resolvem os problemas que surgem e se costumam discuti-los em família, o Sr. F afirmou: “Quando surgem problemas, falamos sempre sobre eles em conjunto. Tentamos conversar calmamente e encontrar soluções que sejam boas para todos.” A D. G complementou: “Sim, valorizamos muito o diálogo em família. É claro que nem sempre é fácil, mas é uma prioridade para nós tentarmos resolver tudo juntos, ouvindo as opiniões uns dos outros.”

Quando questionados se consideram as opiniões de todos os membros da família ao discutir problemas, o Sr. F destacou: “Sim, sempre fizemos questão de ouvir as nossas filhas. Mesmo quando estavam longe, mantínhamos contacto e pedíamos opinião, porque gostamos de partilhar decisões importantes.” A D. G reforçou: “Para nós, as opiniões delas são importantes. Com a M. cá e a J. em França, tentamos sempre incluí-las no que podemos.” Foi ainda colocada a questão: “Como vivenciaram a transição para a reforma enquanto casal e de que forma lidaram com essa mudança?”, no sentido de avaliar o *Coping* Familiar face a uma transição. O Sr. F mencionou que, no início, sentiu alguma dificuldade em adaptar-se: “Foi estranho no início, porque estava habituado a um ritmo intenso de trabalho. De repente, tinha muito tempo livre e não sabia bem como preenchê-lo. Mas, com o tempo, fui encontrando formas de me ocupar.” Referiu que passou a dedicar mais tempo à neta, aos convívios com amigos e à família, o que contribuiu para um reajuste positivo. Por sua vez, a D. G descreveu os primeiros meses como desafiantes: “No início, senti-me um pouco perdida. Passei tantos anos a trabalhar que não sabia bem o que fazer com tanto tempo livre. Mas com o tempo fui-me habituando e agora já me sinto mais adaptada.” Salientou o apoio do marido e os momentos com a filha e neta como fatores facilitadores neste processo de adaptação conjunta. Foi também questionado ao casal, se estão satisfeitos com a forma como discutem os problemas e se gostariam que fosse diferente. Ambos relataram estar satisfeitos, com a D. G a afirmar: “Sim, acho que estamos bem neste aspeto. Gostamos de conversar e, quando há algo mais complicado, encontramos forma de lidar com isso.” O Sr. F acrescentou: “Claro

que há sempre coisas a melhorar, mas sinto que conseguimos discutir os problemas de forma respeitosa e eficaz.”

Relativamente ao recurso a ajuda externa para solucionar problemas, a D. G refere que até ao momento, nunca precisaram de apoio externo para a resolução de problemas, nomeadamente a profissionais de saúde mental, serviços sociais ou outras redes de suporte, mas se eventualmente precisarem, não descartam essa opção. Quando questionados sobre um momento marcante na sua trajetória, que exigiu um esforço maior para superar, o casal referiu o desafio de reconstruir a vida após regressar a Portugal. A D. G destacou: “Foi um recomeço, mas com muito trabalho. Felizmente, conseguimos ultrapassar essa fase com a ajuda da família e com muito esforço em conjunto.” O Sr. F concluiu: “Esses momentos mostram-nos como é importante manter a união e nunca desistir, mesmo quando as coisas parecem difíceis.” Por último, foi questionado ao casal se estão satisfeitos com a sua capacidade de enfrentar problemas familiares. A D. G afirmou: “Sim, sinto que somos uma família unida e conseguimos lidar com os problemas juntos.” O Sr. F complementou: “Sempre acreditámos que, juntos, conseguimos superar tudo. Até agora, isso tem sido verdade.” Com base nas informações recolhidas, foi identificado o diagnóstico de **Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com Coping Familiar Eficaz**.

No âmbito da prestação de cuidados a cada membro da família, foi realizada uma consulta ao Sr. F, que está a vivenciar a transição para a reforma há 3 anos. Considerando o número reduzido de consultas, foi efetuada uma avaliação da trajetória profissional e da relação do Sr. F com a reforma, com o intuito de compreender o seu impacto e a capacidade de adaptação a esta nova fase, tendo como referência a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010).

Foram colocadas questões ao Sr. F relacionadas com o seu percurso profissional, a transição entre o emprego e a reforma, os efeitos nas redes de

apoio social e o impacto no seu estado de saúde. O Sr. F iniciou a sua atividade profissional aos 16 anos em Portugal, mas aos 18 anos foi procurar melhores condições em França, tendo trabalhado cerca de 44 anos na construção civil, principalmente em França, onde desenvolveu grande parte da sua carreira. Reformou-se aos 66 anos. Quando questionado sobre o significado do trabalho na sua vida, o Sr. F destacou: "O trabalho era tudo para mim, era o que me mantinha ocupado e dava propósito aos meus dias. Gostava do que fazia, mas também era bastante exigente."

Relativamente aos sentimentos vividos durante a transição para a reforma, o Sr. F mencionou que, no início, sentiu alguma dificuldade em adaptar-se: "Foi estranho no início, porque estava habituado a um ritmo intenso de trabalho. De repente, tinha muito tempo livre e não sabia bem como preenchê-lo. Mas, com o tempo, fui encontrando formas de me ocupar." O Sr. F começou a investir mais tempo em atividades com a neta C., como acompanhá-la em algumas tarefas do dia a dia, e em convívios sociais, mantendo contacto com amigos e a família.

Sobre as expectativas para a reforma, o Sr. F revelou que desejava uma vida mais tranquila, com mais tempo para dedicar à família e a pequenas viagens com a esposa, D. G. Questionado sobre a existência de um plano para facilitar a transição para a reforma, admitiu que não havia desenvolvido nenhum: "Não pensei muito nisso antes. As coisas foram acontecendo e fui ajustando."

Quanto à rede de apoio social, ao ser questionado sobre possíveis impactos da reforma nas interações familiares e com amigos, o Sr. F respondeu que a reforma permitiu até fortalecer algumas relações, principalmente com a filha M., o genro e a neta C., que residem em Portugal. Ele mencionou: "Agora que estamos mais perto, aproveitamos mais o tempo juntos. Além disso, mantemos contacto frequente com a nossa filha J., em França, por videochamadas."

Passando à aplicação da EPFAR, o Sr. F apresentou um score de 89 pontos, encontrando-se numa fase de boa adaptação à reforma. Demonstra satisfação

com vários aspetos desta nova etapa, como o tempo disponível para estar com a família e a possibilidade de se dedicar a atividades que gosta, como convívios sociais e caminhadas. Concorda totalmente com as afirmações “sinto-me bem”, “cuido de mim”, “gosto de mim tal como sou”, “consigo gerir o stress do no dia-a-dia” e “sinto-me em harmonia com a vida atual”. Contudo, reconhece áreas que gostaria de melhorar, como a diversificação das suas rotinas de lazer.

Foi identificada uma necessidade de intervenção na dimensão de rede de apoio comunitário relacionada com o lazer, uma vez que o Sr. F considera que, embora existam recursos disponíveis na comunidade, refere pouco conhecimento sobre como aceder a esses serviços. Durante a consulta, foi possível enunciar o seguinte diagnóstico: **Conhecimento sobre Serviço Comunitário Comprometido**, para atender ao objetivo: melhorar o conhecimento sobre o acesso aos serviços comunitários disponíveis, procedeu-se às intervenções: ensinar sobre os serviços comunitários disponíveis na área e fornecer um panfleto informativo sobre recursos comunitários.

Na consulta seguinte, foi avaliado novamente o conhecimento sobre os recursos comunitários. Verificou-se que o Sr. F tinha aumentado significativamente o seu conhecimento sobre os mesmos e já tinha começado a contactar alguns locais para obter mais informações. Assim, foi possível alterar o diagnóstico para Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado.

Relativamente ao foco comportamentos de procura de saúde: o Sr. F apresenta o Plano Nacional de Vacinação atualizado e atendendo à especificidade de ser um doente portador de doença crónica DPOC, realizou as vacinas aconselhadas para a sua condição, realiza consultas regulares com a sua equipa de saúde familiar. Não apresenta hábitos tabágicos e consome um copo de vinho maduro ao almoço e ao jantar, procura manter uma alimentação variada, inclui diariamente frutas, legumes e alimentos frescos. Relata que, embora esporadicamente coma pratos mais calóricos, tenta compensar com

refeições leves e diversificadas. O Sr. F ingere cerca de 1L de água por dia. Foi ainda avaliada a tensão arterial (125/80 mmHg), o perímetro abdominal (95 cm), o peso (78 kg) e altura de (170 cm), resultando num Índice de Massa Corporal (IMC) de 27 kg/m², sustentando um diagnóstico de Excesso de peso. Face a este diagnóstico, destaca-se a importância da monitorização regular do peso e da promoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física, com o objetivo de prevenir a progressão para obesidade e reduzir o risco de comorbilidades associadas, nomeadamente doenças cardiovasculares e metabólicas.

No que se refere à adesão ao regime de exercício, o Sr. F admite que não realiza qualquer atividade física estruturada ou regular, apesar de reconhecer a importância do exercício para a saúde, refere que já lhe explicaram que devia fazer cerca de uma hora de exercício moderado entre três e cinco vezes por semana. De acordo com a classificação da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2024), os valores relativos ao fluxo aéreo registados em 2024, nomeadamente um VEF1 pós-broncodilatador $\geq 80\%$, correspondem a uma limitação leve, refletindo uma obstrução mínima ao fluxo aéreo, permitindo-lhe manter um estilo de vida ativo. O Sr. F apresenta DPOC ligeira (GOLD 1) diagnosticada em 2008. A prática de exercício físico regular é fortemente recomendada, uma vez que contribui para a melhoria da capacidade pulmonar, redução da dispneia e manutenção da autonomia funcional. Durante a consulta, afirmou: “Sei que devia mexer-me mais, gosto de descansar e não tenho grande vontade de começar, também sei que a DPOC vai piorando, mas como não sinto nada de especial no dia a dia, acabo por me acomodar.” Tendo em conta os dados apresentados, surge o diagnóstico

Adesão ao regime de exercício comprometida.

Tendo como objetivo a adesão ao regime de exercício e como intervenções promover comportamentos de saúde - exercício físico e apoiar decisão informada sobre estilos de vida saudáveis, foi utilizada a prescrição paradoxal como atividade que concretiza as intervenções evidenciadas, com o intuito de

promover uma reflexão sobre os efeitos do sedentarismo na sua saúde e qualidade de vida. A intervenção foi implementada da seguinte forma:

Prescrição do sedentarismo: Foi solicitado ao Sr. F que, durante uma semana, evitasse qualquer forma de movimento adicional na sua rotina diária. Isso incluiu: evitar caminhar longas distâncias ou optar por transporte sempre que possível; não realizar atividades espontâneas no quintal ou em casa que envolvessem esforço físico, como subir escadas desnecessariamente; reduzir ao mínimo qualquer forma de exercício, mesmo ligeiro.

Solicitou-se que o Sr. F mantivesse um diário de reflexões, anotando: nível de energia ao longo do dia; humor e disposição; sensações físicas, como rigidez muscular ou cansaço e sentimentos de produtividade ou inutilidade.

Durante a orientação inicial, foi introduzido o impacto potencial de manter um estilo de vida completamente sedentário, explorando questões como: "Se não movimentar o corpo regularmente, como imagina que isso poderá afetar a sua mobilidade e autonomia ao longo do tempo?"; "Que impacto pode ter na sua energia e capacidade de aproveitar momentos com a sua neta?"; "Como acredita que isso pode afetar a sua saúde, considerando que já tem DPOC?"

Por fim, planeou-se discutir os efeitos dessa "prescrição" e explorar as percepções do Sr. F sobre o impacto da ausência total de movimento na sua rotina.

Na consulta seguinte, foi explorada a implementação desta intervenção, pelo que, o Sr. F. relatou: "Achei que ia gostar de descansar mais, mas comecei a sentir-me mais cansado e com menos energia. Senti-me preso, como se não estivesse a fazer nada de útil. Agora percebo que algum movimento faz falta." Esta reflexão levou-o a considerar iniciar atividades físicas que se adequassem ao seu ritmo e preferências. Com base nas percepções do Sr. F, foi elaborado um plano, juntamente com o utente, para integrar o exercício físico na sua rotina: Iniciar caminhadas de 10 a 15 minutos, 3 vezes por semana, aumentando gradualmente o tempo e a intensidade; Explorar a possibilidade

de frequentar aulas de hidroginástica ou outra atividade em grupo; Monitorizar o impacto das mudanças na energia, disposição e bem-estar ao longo do tempo, reforçando a importância da monitorização dos sintomas e da adesão à terapêutica prescrita. A prescrição paradoxal revelou-se eficaz na consciencialização do Sr. F para os benefícios do exercício físico, levando-o a reconhecer a importância de introduzir mudanças no seu estilo de vida.

Com base na Teoria das Transições de Meleis (2000), o Sr. F evidencia consciência e envolvimento ativo na transição para a reforma, demonstrando clareza quanto ao significado desta etapa e adotando estratégias de *coping* eficazes, como a reorganização das rotinas e a manutenção de uma rede de apoio. Estes aspetos favorecem a sua adaptação, promovendo bem-estar, autonomia e qualidade de vida. Apesar de reconhecer o início da reforma como desafiante, atribui-lhe um significado positivo, revelando autonomia e autoeficácia na gestão do tempo e na construção de um quotidiano ativo e significativo. Contudo, é importante reconhecer que a transição para a reforma no Sr. F ocorre em simultâneo com a transição saúde-doença, dado o diagnóstico de DPOC e o facto de, inicialmente, não praticar exercício físico. Neste contexto, não evidenciava mestria nem integração fluida da identidade relativamente à sua condição. No entanto, após intervenção, reconheceu a importância do exercício físico e iniciou mudanças no seu estilo de vida, sinalizando um progresso positivo. O Sr. F passou a reconhecer a importância do exercício físico na gestão da DPOC, adotando novas rotinas que refletem maior envolvimento e sentido de controlo sobre a sua condição (mestria e integração fluida da identidade). Assim, ambas as situações apresentam indicadores de uma transição bem-sucedida.

Ainda no âmbito da prestação de cuidados ao indivíduo, foi realizada uma consulta à D. G, que está a vivenciar a transição para a reforma há 3 anos. Considerando o número reduzido de consultas, foi realizada uma avaliação da trajetória profissional e da relação da D. G com a reforma, com o intuito de compreender o seu impacto e a capacidade de adaptação a esta nova fase.

Para tal, foram colocadas algumas questões que caracterizam o seu percurso profissional, a transição entre emprego e reforma, os efeitos nas redes de apoio social e no estado de saúde. A D. G iniciou a sua atividade profissional aos 16 anos e trabalhou durante mais de 40 anos como empregada doméstica em França, desempenhando várias funções ao longo da sua carreira. Reformou-se aos 66 anos e regressou a Portugal pouco depois. Quando questionada sobre o significado do trabalho na sua vida, a D. G referiu: "Gostava de ajudar as famílias com quem trabalhava e de manter tudo em ordem. Sentia-me realizada, mesmo sendo um trabalho cansativo."

Relativamente aos sentimentos experimentados durante a transição para a reforma, descreveu os primeiros meses como um período desafiante: "No início, senti-me um pouco perdida. Passei tantos anos a trabalhar que não sabia bem o que fazer com tanto tempo livre. Mas com o tempo fui-me habituando e agora já me sinto mais adaptada." Acrescentou que o apoio do marido, Sr. F, e o convívio com a filha e a neta, foram fundamentais para facilitar a adaptação.

Quando questionada sobre as expectativas para a reforma, a D. G revelou que imaginava uma fase de maior tranquilidade e convivência familiar: "Sempre pensei que a reforma fosse uma oportunidade para aproveitar mais a vida em família, e agora consigo fazer isso. Passo mais tempo com a minha neta e consigo estar mais presente na vida da minha filha." Contudo, admitiu que não desenvolveu um plano específico para a transição: "Acho que não planeei muito. Fui-me adaptando ao longo do tempo."

Relativamente à rede de apoio social, ao ser questionada sobre eventuais impactos da reforma nas interações familiares e com amigos, a D. G referiu que estas se mantiveram positivas e frequentes: "Mantemos muito contacto com a nossa filha e neta cá em Portugal, e também falamos regularmente com a nossa filha em França. Além disso, os meus amigos aqui têm sido um grande

apoio. Vou ao café com eles e participo em atividades que me ajudam a distrair."

Passando à aplicação EPFAR, a D. G. apresentou um score de 76 pontos, demonstrando alguma dificuldade em identificar objetivos para a sua vida atual e futura, bem como em concretizar projetos que tenha idealizado. Discorda de afirmações como "sinto-me em harmonia com a vida atual" e "consigo gerir o stresse do dia a dia". Além disso, reconhece que não se sente plenamente satisfeita com os recursos existentes na sua comunidade, afirmando: "Não sei muito bem o que há por perto e como posso aceder a esses serviços." A D. G. refere também que, em alguns momentos, não cuida devidamente de si própria, mencionando receios associados ao envelhecimento e à falta de energia.

Posto isto, foram identificados os seguintes diagnósticos: **Baixa Autoestima e Conhecimento sobre Serviço Comunitário Comprometido**. Tal como ao seu marido, foi fornecido à D. G. um panfleto informativo sobre os serviços comunitários disponíveis na área, bem como explicado como aceder a esses recursos. Na consulta seguinte, avaliou-se novamente este conhecimento, verificando-se que a D. G. já tinha iniciado contacto com alguns locais para explorar as opções disponíveis. Assim, foi possível modificar o diagnóstico para **Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado**.

No que diz respeito à **Baixa Autoestima**, tendo como objetivo promover uma melhor visão que a D. G. tem de si própria, aumentando a sua confiança e valorização pessoal, foram implementadas as intervenções promover a autoestima e apoiar adaptação emocional à mudança. Coe e Zamarro (2011) destacam que a perceção do envelhecimento está frequentemente associada a uma redução da autoestima, sintomas depressivos e uma visão limitada e pouco otimista do futuro. A D. G. encontra-se na fase de contemplação, o que significa que reconhece a existência de um problema, mas ainda não se sente totalmente pronta para adotar mudanças significativas. Através da Entrevista

Motivacional, foi possível iniciar uma reflexão sobre as suas necessidades e objetivos, incentivando-a a adotar pequenos passos para uma rotina mais positiva. Foi possível observar a utilização de um discurso menos autodepreciativo, manifestando pequenas mudanças na sua perceção pessoal (*"Se calhar ainda posso fazer algumas coisas úteis"*) e a aceitação da sugestão de explorar atividades que promovam o bem-estar, tendo identificado interesse em voltar a pintar e em iniciar caminhadas regulares. Foi ainda orientada para serviços de psicologia disponíveis nos serviços partilhados na ULS, ao que respondeu: "Acho que pode ser uma boa ideia, sinto que me vai ajudar a entender como posso lidar melhor com estas inseguranças e medos que sinto.". Apesar desses indicadores de progressão, considera-se que o tempo de intervenção foi insuficiente para consolidar mudanças significativas na autoestima da D. G. Deste modo, mantém-se o diagnóstico de **Baixa Autoestima**, reconhecendo a evolução observada, mas também a necessidade de reforço contínuo da intervenção para garantir progressos mais sustentáveis.

Relativamente ao foco comportamento de procura de saúde, a D. G. apresenta o Plano Nacional de Vacinação atualizado, realizando consultas anualmente com a sua equipa de saúde familiar. No que diz respeito ao seu estado de saúde, destaca-se a presença de HTA, diagnosticada há cerca de 20 anos, e DM2, há aproximadamente 15 anos. Foram avaliados diversos parâmetros clínicos, nomeadamente a pressão arterial (120/78 mmHg), o perímetro abdominal (90 cm), o peso (72 kg) e altura de (160 cm), resultaram num IMC de 28,1 kg/m², correspondente a um diagnóstico de **Excesso de Peso**. No que se refere ao consumo de substâncias, foi identificada ausência de hábitos tabágicos e de álcool. O risco de úlcera diabética foi avaliado na consulta anterior, com risco baixo e segundo os registos consultados apresenta conhecimento sobre o cuidado aos pés. O valor da Hemoglobina Glicada (HbA1c) era de 5,8. Demonstra conhecimento adequado sobre a HTA, compreendendo a sua natureza crónica e a necessidade de monitorização

regular da tensão arterial, além disso, refere saber identificar os valores considerados normotensos. Relativamente à DM2, evidencia compreensão sobre a doença e a importância do controlo metabólico para a prevenção de complicações. Demonstra conhecimento sobre a HbA1c como um dos principais indicadores do controlo glicémico, reconhecendo que valores inferiores a 6% são recomendados para um bom controlo da diabetes. Adicionalmente, refere realizar medições pontuais da glicemia capilar em jejum, de forma a monitorizar os seus níveis de glicose e identificar eventuais alterações, compreendendo que valores ideais devem situar-se entre 70-100 mg/dL antes das refeições.

Quando questionada sobre mudanças nos comportamentos de saúde desde a reforma, como alimentação, prática de exercício físico, medicação e vigilância de saúde, a D. G. afirmou que tem mantido uma dieta equilibrada, incluindo frutas e vegetais regularmente, mas reconheceu que consome alimentos mais calóricos apenas uma vez ao fim de semana ou em festas. Apesar disso, a autogestão do regime medicamentoso é eficaz, não tendo falhas no cumprimento do regime prescrito.

Relativamente à adesão ao regime de exercício, a D. G. refere que sabe que devia fazer, tal como o marido, uma hora de atividade moderada cerca de três a cinco vezes por semana, mas reconheceu que não realiza atividades regulares. Assim, surge o diagnóstico **Adesão ao regime de exercício comprometida**, tendo como objetivo a adesão ao regime de exercício e como intervenções promover comportamentos de saúde - exercício físico e apoiar decisão informada sobre estilos de vida saudáveis, recorreu-se à Entrevista Motivacional como atividade que concretiza as intervenções propostas. A D.G mostrou-se aberta à possibilidade de começar com caminhadas leves (cerca de 15 minutos), especialmente se acompanhada pelo Sr. F. Para explorar esta questão, foi usada uma balança decisional, que permitiu avaliar os benefícios e barreiras da prática de exercício físico. A D. G comprometeu-se a iniciar

caminhadas curtas de 15 minutos e explorar como se sentiu na consulta seguinte.

Além disso, a D. G. mencionou que gosta de atividades na água, foi sugerida, em parceria com a Utente, a possibilidade de integrar aulas de hidroginástica. Na consulta seguinte, relatou que já tinha iniciado caminhadas com o Sr. F. e que estas lhe proporcionavam momentos agradáveis de convívio e lazer. Demonstrou ainda interesse em experimentar aulas de hidroginástica no futuro, destacando que se sente mais motivada para incluir atividades físicas na sua rotina.

Com base na Teoria das Transições de Meleis (2010), a D. G. demonstra consciência e envolvimento na transição para a reforma. Apesar de algumas dificuldades iniciais na reorganização das rotinas e na valorização pessoal, conseguiu atribuir um significado positivo a esta nova fase, adaptando-se progressivamente e investindo em atividades promotoras de bem-estar. Paralelamente, a D. G. vivencia uma transição saúde-doença, decorrente do diagnóstico de HTA e DM2. Inicialmente, não apresentava mestria nem integração fluida da identidade relativamente à sua condição de saúde, refletida na ausência de prática de exercício físico. Contudo, após intervenção, observou-se uma mudança positiva. A utente passou a reconhecer os benefícios da atividade física, comprometeu-se com caminhadas leves e mostrou interesse em explorar outras atividades, como a hidroginástica, passando a integrar o exercício físico na sua rotina com maior motivação e sentido de propósito. Assim, verifica-se uma evolução positiva em ambas as transições (reforma e saúde-doença), com aquisição progressiva de mestria e integração fluida da identidade, traduzindo um processo de adaptação saudável que deverá continuar a ser reforçado em futuras intervenções.

4.1.2. Família Urano

A Família Urano é constituída pelo Sr. B de 69 anos e pela esposa, D. I de 66 anos. Têm três filhos, o J de 45 anos que tem 3 filhos, a M com 43 anos que tem um filho e uma filha e, por fim, a A com 30 anos, não tem filhos e casou em 2023. O Sr. B está reformado há 3 anos, no entanto ainda trabalhava com a esposa no minimercado que ambos tinham, que fecharam há cerca de 3 meses. A D. I está reformada há cerca de 3 meses. Ambos viveram em França durante cerca de 43 anos, o Sr. B trabalhava como mecânico numa fábrica de automóveis e a D. I trabalhava como ama e empregada doméstica. Em 2018 regressaram a Portugal e construíram o seu próprio negócio, um minimercado. Ambos têm como antecedentes pessoais HTA.

Realizaram-se três consultas de enfermagem, uma primeira em contexto de domicílio com ambos os membros do casal e as duas seguintes, apenas com D. I, na USF. O Genograma e a Psicofigura de Mitchell, apresentados na Figura 7, foram elaborados com base nas respostas fornecidas pelo casal a questões lineares formuladas durante as consultas.

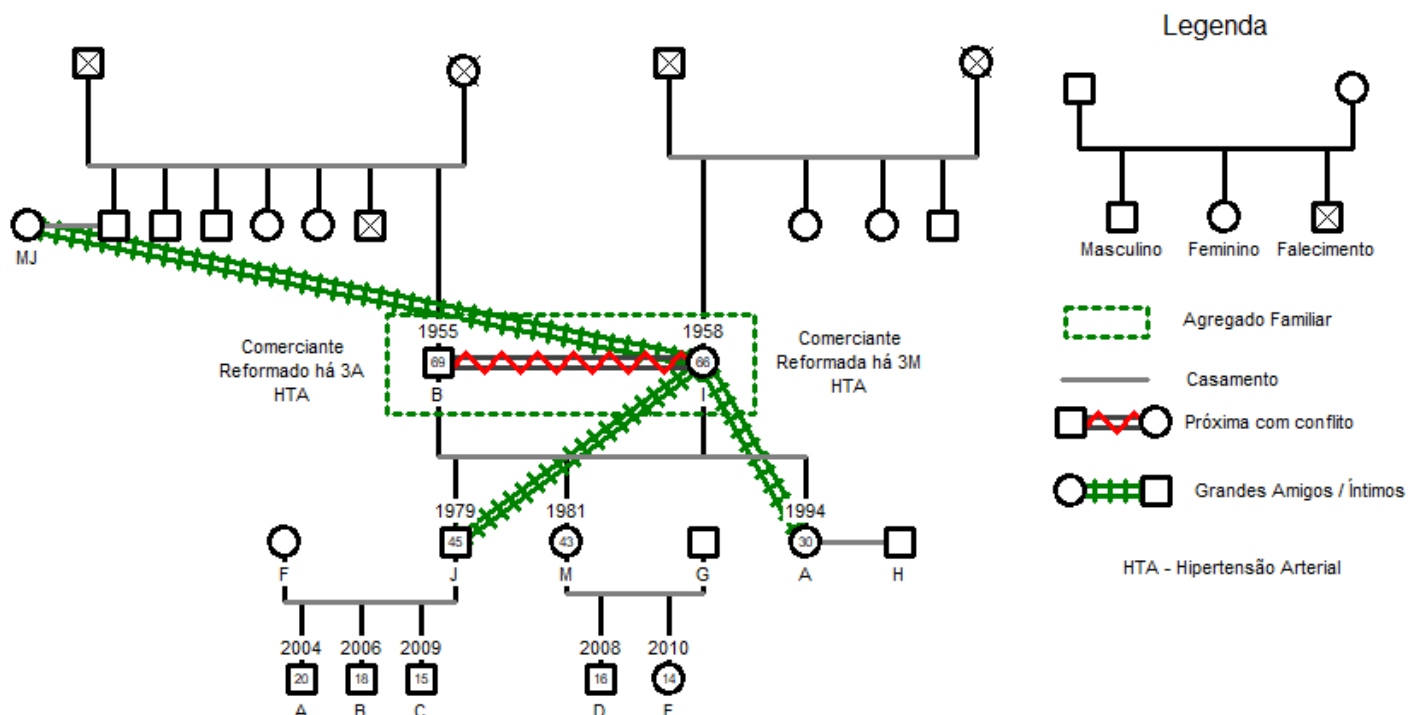


Figura 7 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família Urano

A Família Urano é do tipo nuclear, composta pelo Sr. B e pela D. I. No seu sistema familiar, podem ser identificados diferentes subsistemas, nomeadamente o subsistema conjugal, representado pelo casal, e os subsistemas individuais.

Na primeira consulta com o casal no domicílio, foi abordada a Dimensão Estrutural, a relação com a família extensa e a área de atenção da Satisfação Conjugal, nomeadamente a dimensão operativa da Relação Dinâmica. Numa segunda consulta, em contexto de USF, o Sr. B desistiu do acompanhamento e a D. I. veio sozinha. Foi possível explorar a sua opinião e satisfação em relação às restantes áreas de atenção da Satisfação Conjugal e ainda o Processo Familiar (*Coping*), de acordo com o MDAIF.

Tendo em conta a família extensa, o Sr. B. e a D. I. mantêm um contacto próximo e regular com os seus três filhos e respetivas famílias. Aos domingos, reúnem-se para almoços em família, promovendo momentos de convívio intergeracional e reforçando os laços afetivos. Durante a semana, o casal

desempenha um papel ativo no apoio aos netos, sendo responsáveis por ir buscar D. e E. à escola, fortalecendo a ligação com as gerações mais novas.

A comunicação familiar é frequente, sendo o grupo de WhatsApp um meio essencial de partilha diária de vivências e informações, permitindo manter a proximidade mesmo à distância. As chamadas telefónicas são mais comuns com os filhos A. e J., demonstrando a forte ligação existente. O casal mantém uma boa relação com os genros e a nora, promovendo um ambiente de respeito, harmonia familiar e desempenhando uma função de companhia social.

A D. I. encontra um grande apoio emocional nos filhos A. e J., que assumem um papel importante na sua rede de suporte afetivo. Além disso, tem uma relação próxima com a cunhada MJ, com quem partilha momentos de lazer, vão frequentemente tomar café durante a semana e, ocasionalmente, almoçam juntas. O casal mantém um vínculo forte com os filhos e netos, assegurando companhia social e suporte emocional, sem comprometer a independência das suas unidades familiares. A comunicação constante e os encontros regulares contribuem para um ambiente de apoio mútuo e partilha intergeracional, promovendo a coesão familiar e o bem-estar de todos os elementos.

Após a análise das relações e da natureza dos vínculos da família Urano com os sistemas mais amplos, foi elaborado o respetivo Ecomapa, representado na Figura 8.

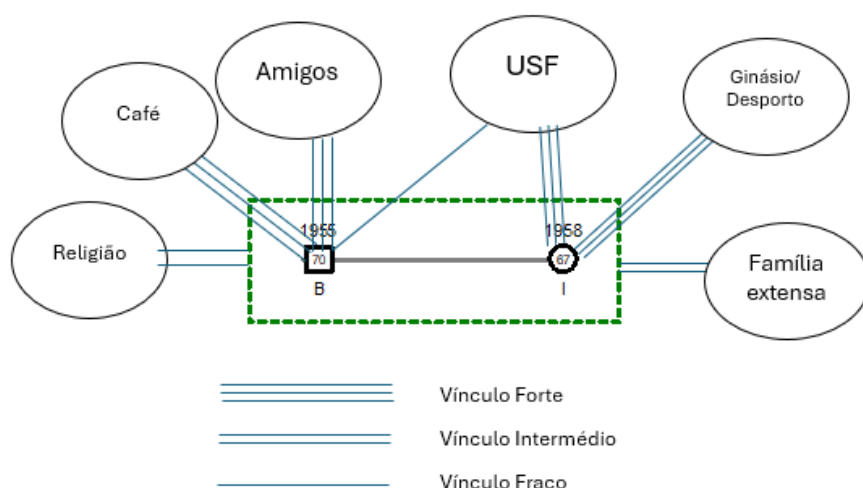


Figura 8 - Ecomapa da Família Urano

De acordo com o Ecomapa representado, a D. I. mantém um vínculo forte com a equipa da USF e com o ginásio/desporto, apresenta, ainda, um vínculo intermédio com a família extensa e a religião. Já o Sr. B. evidencia um vínculo forte com os amigos e com o café, demonstrando uma relação de proximidade e suporte social, um vínculo intermédio com a religião e fraco com a USF.

As condições socioeconómicas foram avaliadas através da Escala de Graffar Adaptada, situando a família na classe social média (pontuação 15 em 5 itens de avaliação). A fonte de rendimento do casal provém exclusivamente da reforma (grau 4), sendo que ambos planearam financeiramente esta fase da vida, permitindo-lhes uma situação económica estável e sem preocupações. Durante os anos vividos no estrangeiro, conseguiram poupar uma quantia significativa, proporcionando-lhes segurança financeira e garantindo autonomia na gestão das despesas. Quando questionados sobre a sua estabilidade financeira, a D. I. afirmou: "Conseguimos poupar ao longo dos anos para que agora possamos usufruir da reforma sem preocupações. Se surgir algum imprevisto, recorreremos à poupança que fizemos com esse objetivo." O Sr. B. reforçou esta ideia, acrescentando: "Sabemos que podemos contar com os nossos filhos se precisarmos, mas, felizmente, não tem sido necessário. Sempre nos organizámos para que esta fase da vida fosse tranquila." A família

demonstra conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as suas despesas familiares, não identificando qualquer limitação neste domínio. Foi, assim, formulado o diagnóstico **Rendimento Familiar Não Insuficiente**.

No que se concerne ao Edifício Residencial, a família reside num apartamento T4, classificado com grau 2 na Escala de Graffar Adaptada, caracterizando-se por ser espaçoso, bem conservado e adaptado às necessidades atuais. A manutenção da habitação é assegurada por uma empregada doméstica que realiza tarefas uma vez por semana, e a D. I. complementa a limpeza sempre que necessário, evidenciando um elevado cuidado com a higiene e organização do espaço. Tendo em conta que o tipo de habitação, o edifício residencial é seguro e não negligenciado, foi identificado o diagnóstico **Edifício residencial Seguro e Não Negligenciado**.

Durante a visita domiciliária, foi possível observar que o casal implementou medidas preventivas para minimizar o risco de queda associado aos tapetes. Relataram ter colocado fixadores nos tapetes de maior dimensão e optaram por remover os mais pequenos, reduzindo, assim, potenciais quedas. Relativamente ao aquecimento da habitação, verificou-se que é realizado exclusivamente através de ar condicionado, não existindo qualquer abastecimento de gás. Foi, assim, formulado o diagnóstico **Precaução de Segurança Demonstrada**. Quanto ao abastecimento de água, a família dispõe apenas de abastecimento pela rede pública, sendo assim, foi formulado o diagnóstico **Abastecimento de Água Adequado**.

No que respeita à presença de animais domésticos, a família não possui nenhum animal de estimação.

Todas as condições avaliadas foram consideradas favoráveis, não sendo necessárias intervenções no momento da avaliação. A segurança financeira, as boas condições habitacionais e a capacidade de adaptação caso surjam imprevistos, constituem forças da família, desempenhando um papel facilitador

nos processos vivenciados pela unidade familiar e pelos seus membros, individualmente.

Na primeira consulta com o casal no domicílio, foi possível observar a interação entre o mesmo, destacou-se a forma como o Sr. B interrompe a D. quando está a falar, refere várias vezes “Oh I. deixa lá isso, que a Enf não quer saber”, “tu sabes lá o que dizes...”. Entende-se que a D. I não fala com profundidade sobre a relação e sobre a sua satisfação para com a mesma.

No âmbito da satisfação conjugal, foi analisada a perceção do casal relativamente à divisão e partilha das tarefas domésticas, recorrendo a questões lineares e circulares. Quando questionado sobre a definição de responsabilidades no contexto doméstico, o Sr. B. afirmou: “Não há muito para definir, a I. sempre tratou de tudo, ela é que toma conta de tudo em casa.” Em contraste, a D. I. enfatizou a ausência de uma partilha efetiva das tarefas, referindo: “Sou eu que faço tudo. Limpo a casa, cozinho, trato da roupa, faço as compras. Ele não faz nada.” Relativamente ao grau de satisfação com a divisão das tarefas domésticas, a D. I. atribuiu um valor de 5 numa escala de 1 a 10, enquanto o Sr. B. indicou 7, evidenciando disparidades na perceção de equidade na repartição das responsabilidades. Quando questionados sobre eventuais estratégias para melhorar esta dinâmica, a D. I. demonstrou pouca expectativa de mudança, afirmando: “Acho que não há muito a fazer. Ele nunca ajudou, não vai ser agora que vai mudar.” Por sua vez, o Sr. B. reforçou a ideia de que esta divisão sempre foi aceite por ambos, afirmando: “Sempre foi assim, estamos habituados assim.” No que concerne ao impacto da transição para a reforma nas rotinas domésticas, a D. I. referiu que “nada mudou”, salientando que continua a assumir todas as tarefas, sem alterações significativas: “O que ele não fazia antes, também não faz agora. Eu continuo a fazer tudo e, se reclamo, ele diz que não tem jeito para essas coisas.” O Sr. B., por sua vez, justificou a sua posição referindo: “Ela gosta de fazer as coisas à maneira dela, eu deixo que assim seja. Eu atrapalho mais do que ajudo, se me meter.” Por fim, ao serem questionados sobre a flexibilidade para assumir as funções um

do outro em caso de imprevistos, ambos afirmaram sentir-se capazes de o fazer. O Sr. B., no entanto, relativizou essa possibilidade, comentando: "Se eu precisar, eu desenrasco-me. Sei fazer ovos e, se não me apetecer, vou ao café e como qualquer coisa."

Relativamente à avaliação da relação conjugal e à satisfação do casal com o tempo que passam juntos, foram utilizadas questões lineares e circulares, como, por exemplo, "Como consideram o vosso relacionamento enquanto casal?". O Sr. B. respondeu: "Damo-nos bem, sempre foi assim." A D. I. concordou, acrescentando: "Sim, acho que temos uma boa relação." Relativamente à satisfação com o tempo que passam juntos, numa escala de 1 a 10, a D. I. atribuiu um valor de 8, enquanto o Sr. B. indicou 9, demonstrando um grau elevado de contentamento por parte de ambos. No que se refere às mudanças ocorridas com a reforma, a D. I. destacou que agora passam mais tempo juntos e de forma mais tranquila, o que foi reforçado pelo Sr. B., ao afirmar: "Antes estávamos sempre ocupados, agora temos mais tempo juntos." Sobre a forma como ocupavam o tempo pós-laboral antes da reforma, o Sr. B. referiu que, enquanto geriam o minimercado, grande parte do tempo era consumido pelo trabalho: "Trabalhávamos até tarde e depois já estávamos cansados." A D. I. corroborou essa realidade: "Sim, o cansaço não deixava espaço para mais nada." Atualmente, ambos reconhecem que têm mais tempo disponível para estarem juntos e fortalecerem a relação. O Sr. B. expressou: "Agora podemos sair ou ficar em casa, sem pressas." A D. I. acrescentou: "Sim, temos mais tempo e isso é bom para os dois." Quando questionados sobre momentos de tempo de qualidade na última semana, a D. I. mencionou: "Fomos tomar café e demos um passeio juntos." A importância do tempo partilhado foi unanimemente reconhecida pelo casal. O Sr. B. afirmou: "É importante. Temos mais tempo para estar juntos e aproveitar." A D. I. reforçou: "Sim, depois de tanto tempo a trabalhar, agora podemos aproveitar mais." Por fim, ao serem questionados sobre atividades que gostariam de realizar juntos e que ainda não concretizaram, a D. I. expressou o desejo de viajar a dois:

"Gostava de fazer uma viagem cá dentro, só nós os dois." O Sr. B. concordou: "Sim, podíamos ir passar uns dias fora."

No que concerne à expressão de sentimentos e emoções na relação conjugal, foram utilizadas questões lineares, como, por exemplo, "Costumam conversar e expressar os vossos sentimentos e emoções?". A D. I. referiu: "Nem sempre, não falamos muito sobre isso. Eu, às vezes, digo o que sinto, mas o B. não fala muito dessas coisas." Por sua vez, o Sr. B. expressou uma visão mais reservada, afirmando: "Não vejo necessidade de falar sobre tudo. Se estiver bem, está bem. Se não estiver, passa." Quando questionados sobre eventuais mudanças ao longo dos anos na forma como expressam as emoções, a D. I. referiu que "não mudou muito", salientando que "o B. nunca foi de falar muito sobre o que sente." O Sr. B. reforçou esta ideia, mencionando: "Não vejo o que haveria de mudar. Sempre fui mais reservado e continuo a ser." No que diz respeito ao impacto da transição para a reforma nesta dinâmica, a D. I. afirmou que "agora têm mais tempo juntos", mas que isso não se traduziu em mudanças na forma como comunicam os sentimentos. O Sr. B. respondeu de forma breve: "Não, está tudo igual." Relativamente à satisfação com a forma como expressam emoções, a D. I. afirmou: "Gostava que ele falasse mais, mas já me habituei. Não é agora que vai mudar." O Sr. B., por sua vez, demonstrou aceitação do seu próprio estilo comunicacional, referindo: "Acho que está bem assim. Cada um é como é." Quando questionados sobre se costumam partilhar o que sentem ou guardar para si, a D. I. mencionou: "Eu até falo, se estiver chateada ou preocupada, digo. Mas o B. não, guarda tudo para ele." Já o Sr. B. reiterou a sua postura mais contida, afirmando: "Se tiver que falar, falo, mas não sou de andar a falar de tudo o que sinto." No que respeita à valorização do que sentem e pensam um sobre o outro, a D. I. expressou alguma frustração: "Às vezes sinto que ele não ouve o que eu digo. Fico a falar sozinha." O Sr. B., por sua vez, interpretou esta questão de forma distinta, referindo: "Ouço, mas não preciso de dar resposta para tudo. Nem tudo precisa de conversa."

Tal como evidenciado anteriormente, numa segunda consulta, o Sr. B desistiu do acompanhamento e a D. I. veio sozinha, pelo que, apenas foi possível explorar a sua opinião e satisfação em relação às restantes áreas de atenção da Satisfação Conjugal.

No que se refere à comunicação sobre as expectativas e receios de cada um, a D. I. referiu que, quando algo a inquieta, nem sempre consegue dialogar abertamente com o cônjuge. afirmou: "Eu até tento falar sobre o que me preocupa, mas o B. não é muito de conversar sobre essas coisas. Fica calado ou diz que não vale a pena pensar nisso." Relativamente às expectativas em relação à reforma, a D. I. expressou alguma frustração, mencionando que esperava uma fase mais tranquila e com mais momentos de lazer em casal: "Esperava que esta fase fosse mais tranquila, que pudéssemos aproveitar mais tempo juntos, viajar um pouco, descansar. Mas parece que está tudo igual, só que agora estamos mais tempo em casa." Quando questionada sobre se os receios relativamente à transição para a reforma tinham sido discutidos previamente, a D. I. afirmou: "Não falámos muito sobre isso antes. Fomos deixando as coisas acontecerem." No que se refere ao planeamento para a transição para a reforma, a D. I. indicou que não houve um plano estruturado, referindo: "Não planeámos nada. Fechámos o minimercado, viemos para casa e agora estamos assim, cada um no seu canto." Relativamente às expectativas e receios atuais, a D. I. expressou preocupação quanto à evolução da relação conjugal, afirmando: "O meu maior receio agora é que a nossa relação se vá desgastando ainda mais. Gostava que aproveitássemos mais este tempo juntos, mas parece que estamos cada vez mais afastados." Questionada sobre se costumam conversar acerca das expectativas e receios para o futuro, a D. I. admitiu que esse diálogo é praticamente inexistente: "Não, não falamos sobre isso. Eu tento puxar o assunto, mas ele corta logo a conversa. Às vezes penso que devíamos falar mais, mas já me habituei a este silêncio." Por fim, ao refletir sobre o que poderia fazer para ir ao encontro das expectativas do seu cônjuge, a D. I. respondeu: "Talvez pudesse ser mais paciente, esperar que ele tenha

vontade de falar. Mas às vezes sinto que já fiz tudo o que podia. Não sei se consigo fazer mais."

No que diz respeito à discordância de opinião, a D. I revelou que, quando surgem opiniões diferentes, raramente conseguem chegar a um consenso. "O B. é muito teimoso e impaciente. Ele acha sempre que tem razão, e quando tento explicar o meu ponto de vista, ele diz que eu nem sei do que estou a falar." Ao ser questionada sobre um episódio específico de discordância e como o geriram, a D. I referiu: "Há pouco tempo, quis mudar os móveis de sítio na sala. Achei que ficavam melhor de outra forma, mas ele disse logo que era uma ideia sem sentido. Não houve discussão, porque simplesmente desisti. Não vale a pena insistir quando ele já tomou uma decisão." Quando questionada se sente que a sua opinião é valorizada e respeitada, a D. I respondeu: "Nem sempre. Muitas vezes, sinto que ele não ouve realmente o que eu estou a dizer. Ele acha que só o que ele pensa é que está certo." Relativamente aos temas mais comuns de discordância, a D. I explicou: "As nossas discussões costumam ser sobre coisas pequenas, como arrumações, decisões sobre a casa ou mesmo sobre para onde ir no fim de semana. Nada de muito sério, mas mesmo assim, ele quer sempre ter a última palavra." Sobre quem cede mais frequentemente, a D. I afirmou: "Sou sempre eu. Ele nunca cede. Às vezes, para evitar mais discussões, deixo-o ter razão, mesmo que saiba que não está certo." Quando questionada se a capacidade de chegarem a um acordo poderia ser melhorada, a D. I respondeu: "Com certeza podia. Se ele aprendesse a ouvir mais e a ser menos teimoso, acho que podíamos evitar muitas destas situações." Em relação ao período após a reforma, a D. I admitiu que têm discutido mais. "Agora estamos mais tempo juntos e as pequenas coisas acabam por se notar mais. São pequenos atritos diários que antes talvez nem acontecessem porque cada um estava mais ocupado com o trabalho." Sobre como têm resolvido as discussões, a D. I respondeu: "Na verdade, não resolvemos. As coisas ficam no ar. Ele acaba por ignorar ou mudar de assunto, e eu deixo passar para evitar mais desgaste." Por fim,

questionada sobre se esta fase pode ser uma oportunidade para mudança ou se teme que as discussões aumentem, a D. I refletiu: "Tenho algum receio de que piore. Agora estamos juntos todos os dias, não há distrações como antes. Às vezes, parece que tudo pode ser motivo para um desentendimento. Gostava que conseguíssemos conversar mais e discutir menos."

No que diz respeito à comunicação no casal, a D. I partilhou que, na relação, nem sempre existe espaço para o diálogo. "Eu tento falar sobre algumas coisas, mas o B. corta logo a conversa. Ele ouve, mas raramente responde. Parece que não quer entrar em certos assuntos." Quando questionada sobre quem é o mais falador, a D. I respondeu: "Sou eu, sem dúvida. O B. é muito calado. Fala o essencial e pouco mais. Às vezes, parece que falar sobre as coisas é um esforço para ele." Na escala de 1 a 10 sobre a qualidade da comunicação, a D. I deu um 5. "Não é que não falemos, mas as conversas são muito superficiais. Não entramos em grandes detalhes nem em coisas mais profundas. Acho que podíamos falar mais e melhor." Quanto à satisfação com a forma como comunicam, a D. I admitiu que não está totalmente satisfeita. "Gostava que falássemos mais, que houvesse mais abertura para conversas sobre os nossos sentimentos ou sobre coisas que nos preocupam. Às vezes, sinto que falo sozinha." Relativamente a alterações desde a entrada na reforma, a D. I refletiu: "Mudou um pouco, sim. Como estamos mais tempo juntos, até falamos mais sobre o dia-a-dia, mas não é uma comunicação profunda. E às vezes as pequenas coisas acabam por se tornar discussões, porque estamos sempre no mesmo espaço."

Tendo em conta os dados colhidos e considerando os critérios de diagnóstico, foi identificado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação dinâmica disfuncional manifestada por Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas e Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos e Comunicação Não Eficaz manifestada por O casal não conversa sobre as expectativas e receios de**

cada um, O casal não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião e Não satisfação com o padrão de comunicação do casal.

Deste modo, com o objetivo de promover a divisão/patilha das tarefas domésticas, promover a satisfação do casal relativamente à forma como cada um expressa os seus sentimentos, promover uma comunicação mais eficaz, foram planeadas intervenções, tais como: promover a comunicação expressiva das emoções, promover a comunicação do casal, motivar para atividades em conjunto, orientar para serviços (psicologia) e planear carta terapêutica. Apenas foi possível intervir junto da D. I, uma vez que o Sr. B se recusou a comparecer à consulta e, como tal, foi introduzida à D. I a proposta da carta terapêutica como forma de exprimir as emoções. Foi solicitado que expusesse esta atividade ao marido, de forma a envolvê-lo na intervenção. Explicou-se: "Tenho uma proposta que pode complementar o trabalho que já temos vindo a desenvolver e que tem mostrado resultados positivos. Trata-se de um exercício chamado carta terapêutica, que tem como objetivo ajudar a expressar sentimentos e reflexões de forma mais estruturada e pensada. É uma oportunidade para partilhar o que valoriza na vossa relação, o que gostaria de melhorar ou até mesmo reconhecer o esforço e os gestos de cada um. O que lhe parece?" A D. I respondeu afirmativamente: "Parece-me bem, enfermeira." Foi ainda questionado se existiria a possibilidade de partilhar esta atividade com o marido e questionado sobre qual seria a expectativa da mesma em relação à receptividade por parte do Sr B, "Posso tentar Sra enfermeira, não sei é se ele se vai dar a esse trabalho". De seguida, a D. I perguntou sobre o conteúdo da carta, que foi esclarecido: "Cada um escreverá uma carta para o outro. Na carta, pode incluir o que apreciam no outro, memórias felizes, desejos para o futuro e, se achar importante, aspetos que neste momento não são do seu agrado e que pretende melhorar." A Utente compreendeu a informação transmitida e foi agendado um novo contacto para explorar os resultados dessa experiência. Concluiu-se com um reforço positivo: "Esta é uma forma de exprimir as emoções que tem aí dentro guardadas, às vezes não

conseguimos transmitir tudo aquilo que queremos por palavras e, organizar o nosso pensamento pela escrita, pode ser mais uma forma de “deitar cá para fora”, pode ainda ser uma forma de reforçarem a vossa ligação e valorizarem o que têm construído juntos.”

Na consulta seguinte (segunda), foram discutidos os resultados da atividade da carta terapêutica proposta à D. I e ao Sr. B. A D. I partilhou que, ao escrever a sua carta, conseguiu expressar emoções que tinha guardadas há muito tempo. Relatou que o processo de colocar os seus pensamentos e sentimentos no papel foi, de certa forma, libertador. "Foi bom escrever. Parece que consegui organizar melhor o que sinto e dizer coisas que, em conversa, nunca consegui expressar." A D. I explicou que utilizou a carta para falar sobre momentos felizes que viveram juntos, recordando memórias importantes da vida em casal. No entanto, também mencionou aspetos que gostaria que melhorassem na relação, como uma comunicação mais aberta e uma maior disponibilidade emocional por parte do marido. "Escrevi sobre o que valorizo nele, mas também sobre o que me magoa, como o facto de ele nunca falar sobre o que sente." Quando questionada sobre a receptividade do Sr. B à atividade, a D. I revelou que ele não quis participar. "Ele disse logo que isso não era coisa para ele, que não sabia o que havia de escrever e que era uma perda de tempo." Apesar da falta de colaboração por parte do marido, a D. I manifestou a intenção de, um dia, lhe mostrar a carta que escreveu. "Não sei se ele a vai ler, mas acho que um dia vou deixá-la num sítio onde ele a possa encontrar. Talvez assim perceba um bocadinho mais do que sinto."

Durante a consulta, a D. I partilhou repetidamente uma reflexão marcadamente emocional: *"Se fosse mais nova e soubesse o que sei hoje, não teria casado com o B. Se fosse mais nova, divorciava-me..."* Estas afirmações revelam um certo grau de frustração acumulada e a percepção de que, com o passar dos anos, adquiriu uma consciência mais clara sobre a dinâmica conjugal vivida. Ainda assim, ao longo do discurso, emergiu também um sentimento de aceitação e resiliência. A D. I reconheceu que, apesar das dificuldades,

mantém-se no casamento por diversas razões que considera fundamentais: a idade avançada de ambos, os valores familiares que deseja preservar, a importância do seu papel como modelo para os filhos e a crença religiosa que associa o casamento a um compromisso duradouro. Como afirmou: *"Enf., ao que eu vejo, o meu marido não é assim tão mau. Pode ter o seu feitio, mas é fiel e sempre me acompanhou ao longo de toda a vida. Por isso, vamos conseguindo gerir as coisas. Já são muitos anos a lidar com este feitio."* Esta partilha revela que, apesar das tensões, a D. I encontra significado, estabilidade e continuidade na relação conjugal, sustentada por princípios e experiências construídas ao longo de décadas.

Na consulta seguinte (terceira), a D. I partilhou que o Sr. B leu a sua carta terapêutica e, embora não tenha expressado abertamente os seus sentimentos, demonstrou-se ligeiramente comovido. Durante alguns dias, a D. I sentiu-o mais carinhoso e calmo, notando um esforço subtil na forma como interagiam. Contudo, com o passar do tempo, os padrões habituais de comportamento regressaram, sem uma mudança significativa e sustentada. Após reavaliação da situação, constatou-se que não foi possível modificar positivamente o estado do diagnóstico, em grande parte devido ao número insuficiente de consultas para um acompanhamento mais estruturado e consistente. Assim, a continuidade dos cuidados será assegurada pela enfermeira orientadora, garantindo que o processo não seja interrompido e que a intervenção possa ser ajustada conforme as necessidades identificadas.

Após reflexão sobre o processo, sugere-se como próxima intervenção a ser realizada com a D. I, a elaboração de uma nova carta terapêutica ou uma reflexão estruturada. Esta intervenção terá como foco principal a exploração das expectativas e satisfação conjugal, refletindo sobre como poderia melhorar a sua satisfação relativamente à sua relação conjugal. Pretende-se incentivar a identificação de comportamentos e atitudes específicos que a D. I poderia ajustar ou melhorar, com o objetivo de promover uma dinâmica mais harmoniosa na relação. Além disso, sugere-se que a D. I apresente esta

reflexão ao Sr. B, criando espaço para um diálogo aberto e respeitoso. Durante esta conversa, será fundamental que a utente exponha as suas reflexões de forma clara e tranquila, incentivando o diálogo com o marido sobre comportamentos ou atitudes que ele gostaria de ver ajustados. Além disso, pode procurar negociar pequenas mudanças que ambos possam implementar para melhorar a convivência. Esta abordagem alinha-se com o princípio da circularidade, que destaca a interdependência nas relações familiares, onde o comportamento de um membro influencia diretamente o do outro (Figueiredo, 2023d). Pretende-se ainda que, sejam os próprios elementos da família a assumir a condução do seu processo de mudança, identificando estratégias e soluções que se ajustem às suas realidades e personalidades. O objetivo final desta intervenção é que o casal promova a comunicação, crie um espaço seguro para expressar sentimentos e expectativas, e desenvolva estratégias que promovam uma convivência mais harmoniosa e satisfatória para ambos. Tal como referido por Pantoja e Martins (2020), a qualidade da comunicação interpessoal no contexto conjugal está diretamente associada à construção de relações mais saudáveis, sendo fundamental para a resolução de conflitos e para o fortalecimento do vínculo entre os parceiros. As autoras evidenciam que a escuta ativa, a empatia, a clareza na expressão de sentimentos e o respeito mútuo são competências essenciais para promover mudanças sustentadas na relação. Neste sentido, criar espaço para que a D. I possa refletir sobre as suas próprias expectativas, reforçar a sua autoconfiança e desenvolver uma comunicação mais assertiva com o parceiro constitui um passo essencial, embora exigente. A promoção de transformações no âmbito conjugal exige tempo, apoio emocional e o desenvolvimento de competências relacionais, permitindo uma adaptação gradual e positiva à nova dinâmica familiar.

Assim, o diagnóstico permanece inalterado, destacando-se a importância da continuidade dos cuidados, com especial enfoque na avaliação desta dimensão da Satisfação Conjugal, a ser acompanhada pela enfermeira de família.

A Família Urano identifica-se com a religião cristã, mantendo uma ligação forte à sua fé, que lhes serve de orientação e conforto no quotidiano. A D. I. acredita que o casamento é um compromisso sagrado, sustentado na promessa de “até que a morte nos separe”, o que reforça a sua visão do matrimónio como um vínculo indissolúvel, independentemente dos desafios enfrentados ao longo da vida. Para si, cada adversidade tem um propósito, encarando as dificuldades como oportunidades de crescimento e fortalecimento espiritual. A sua vida é pautada por valores de respeito, lealdade e compromisso, considerando a família o seu pilar central. Defende a honestidade e a empatia nas relações interpessoais e acredita que o esforço e o trabalho são essenciais para superar adversidades. Apesar dos anos vividos em França, mantém uma forte ligação às raízes culturais portuguesas, valorizando a gastronomia, as tradições na aldeia e os momentos de convívio familiar. No que respeita à saúde, reconhece a importância do acompanhamento clínico e confia na equipa de saúde familiar, participando ativamente nas consultas e cumprindo as orientações, demonstrando um forte compromisso com o seu bem-estar.

Quanto à dimensão do desenvolvimento, no que diz respeito ao Processo Familiar, foi avaliada a dimensão operativa *Coping* Familiar. No que diz respeito à forma como a família lida com os problemas, a D. I. partilhou que, geralmente, os assuntos mais delicados não são discutidos de forma muito aberta. Embora haja espaço para diálogo, o Sr. B. não é muito de falar sobre os problemas, preferindo adotar uma postura mais reservada. Segundo a D. I., ele acredita que, muitas vezes, o tempo acaba por resolver as situações por si só. Apesar disso, quando surgem desafios, a família consegue, de forma geral, abordá-los e encontrar soluções conjuntas, ainda que nem sempre aprofundem muito as conversas sobre esses temas. Relativamente à participação dos filhos, a D. I. referiu que há uma abertura saudável para ouvir as opiniões de todos. Sempre que estão juntos, os filhos expressam as suas perspetivas e essas são tidas em conta no processo de tomada de decisões. Quando questionada sobre a sua satisfação com a forma como os problemas são

discutidos, a D I confessou que, embora exista algum diálogo, gostaria que houvesse mais abertura e que os assuntos fossem abordados de forma mais direta. Ela acredita que poderiam ser mais transparentes e expressar os seus sentimentos sem receio de criar algum desconforto ou desentendimento. Quanto à procura de ajuda externa, a D I explicou que recorrem aos filhos quando é necessário e recorre a amigas, em relação a ajuda de profissionais, nunca sentiram necessidade, mas não invalida esse apoio se necessário.

Apesar das limitações na comunicação aberta, a D I destacou que, ao longo do seu percurso, a família tem demonstrado uma grande capacidade de resiliência. Um exemplo significativo foi a transição de França para Portugal, quando tiveram de começar do zero com o minimercado. Não foi uma fase fácil, mas, com esforço e cooperação, conseguiram ultrapassar os desafios juntos. Mesmo sem grandes conversas, mantiveram-se unidos e focados no objetivo comum, o que, no final, lhes permitiu alcançar estabilidade e sucesso como família. Com base nas informações recolhidas, foi identificado o diagnóstico de **Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com Coping Familiar Eficaz.**

A avaliação inicial do casal foi conduzida com ambos os elementos da Família Urano presentes, permitindo uma abordagem conjunta às suas necessidades e expectativas. No entanto, nas consultas subsequentes, apenas um dos membros compareceu, o que condicionou a possibilidade de realizar uma avaliação individual abrangente para ambos. Foi realizada uma consulta à D I, que, neste caso, está a vivenciar a transição para a reforma há 3 meses. Considerando o número reduzido de consultas, foi realizada uma avaliação da trajetória profissional e da relação da D I com a reforma, com o intuito de compreender o seu impacto e a capacidade de adaptação de cada membro a esta nova fase, recorrendo à Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010). Para tal, foram colocadas à D I algumas questões que caracterizam o seu percurso profissional, a transição entre emprego e reforma, os efeitos nas redes de apoio social e no estado de saúde. A D I iniciou a sua atividade profissional em

França como ama, onde viveu durante cerca de 43 anos. Após regressar a Portugal em 2018, geriu, juntamente com o marido, um minimercado, atividade que desempenhou até à reforma, há cerca de 3 meses. Durante este período, a D I conciliava as tarefas domésticas com a gestão do negócio, mantendo uma rotina exigente até ao encerramento do minimercado.

Quando questionada sobre o significado do trabalho na sua vida, a D I referiu que "era uma forma de contribuir para a família e sentir que estava a fazer algo útil". Em relação aos sentimentos experimentados durante a transição para a reforma, descreveu emoções mistas: "Foi bom ter mais tempo para mim, mas, ao mesmo tempo, sinto falta da rotina e de ter algo que me ocupasse." Acrescentou que ainda está a adaptar-se à nova fase, ocupando o tempo com tarefas domésticas, visitas aos filhos e netos, e passeios com o marido.

Sobre as expectativas para a reforma, a D I revelou o desejo de aproveitar esta fase para descansar e dedicar-se mais à família, mas confessou que gostava de iniciar uma atividade física, nomeadamente a que frequenta, a hidroginástica. Quando questionada sobre a existência de um plano para facilitar a transição para a reforma, admitiu que não tinha desenvolvido nenhum. Na sua opinião, a idade ideal para a reforma situa-se entre os 60 e os 65 anos, dependendo das condições físicas e emocionais da pessoa.

Relativamente à rede de apoio social, a D I afirmou que a reforma teve um impacto positivo nas interações familiares, permitindo-lhe passar mais tempo com os filhos e netos, o que considera uma fonte de grande alegria. Quando questionada sobre mudanças nos comportamentos de saúde com a reforma, afirmou que tendo mais tempo livre, procurou iniciar uma atividade física, como a prática de hidroginástica duas vezes por semana e realizando algumas caminhadas.

A D.I apresentou um score de 83 pontos na Escala de EPFAR, encontrando-se numa fase de boa adaptação à reforma. Apresenta satisfação com alguns aspetos, como o tempo disponível para a família, mas refere algumas áreas

que gostaria de melhorar, como a gestão do tempo livre e a alimentação. Demonstra uma boa perceção de autonomia e uma atitude resiliente, o que facilita o processo de adaptação. Com base nas afirmações com as quais concordou, de acordo com a Escala anteriormente mencionada, foi possível enunciar o diagnóstico de **Autoestima Positiva**. Foi identificada a necessidade de intervenção na dimensão rede de apoio, a D. I considera que os recursos na comunidade são insuficientes e não tem conhecimento como aceder aos mesmos. Foi possível enunciar o seguinte diagnóstico **Conhecimento sobre Serviço Comunitário Comprometido**. Tendo como objetivo melhorar conhecimento sobre serviço comunitário, foi realizada a intervenção ensinar sobre serviço comunitário, através do fornecimento e explicação do panfleto sobre serviço comunitário.

Na consulta seguinte (terceira), foi avaliado novamente o conhecimento sobre recursos comunitários, verificando que a D. I já possuía conhecimento sobre os mesmos explicados e até, já tinha começado a contactar locais para obter mais informações. Pelo que, foi possível alterar o diagnóstico para **Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado**.

Relativamente à área de atenção comportamento de procura de saúde: estado de vacinação, a D. I apresenta o Plano Nacional de Vacinação atualizado e realiza consultas com regularidade anual com a sua equipa de saúde familiar. Uma vez que a D. I tem como antecedente pessoal HTA há cerca de 15 anos, tive como objetivo, determinar a evolução da pressão arterial (123/74 mmHg), perímetro abdominal (92cm) o peso (79 kg) e altura (168 cm), resultando num IMC de 28,03 kg/m² sustentando um diagnóstico de **Excesso de peso**, avaliar o abuso do tabaco (0), o abuso do álcool (0) e ainda, explorar o conhecimento sobre a doença e a autogestão do regime terapêutico. Demonstra conhecimento adequado sobre a patologia, compreendendo a natureza crónica e a necessidade de monitorização regular da tensão arterial, reconhecendo os valores considerados normotensos, A D. I demonstrou conhecimento e adesão ao regime medicamentoso, cumprindo rigorosamente as prescrições médicas.

Apresentou também conhecimento e adesão ao regime de exercício, referindo que pratica hidroginástica cerca de duas vezes por semana e realiza cerca de duas caminhadas semanais.

No entanto, no que se refere ao regime dietético, evidenciou dificuldades, como partilhou: "Ai Enf., o meu problema são os salgadinhos. Tenho a noção que como demasiado e mal, mas sabe tão bem... O presunto, os enchidos... sabe que lá na aldeia temos coisas muito boas e nós somos um bom garfo. Há uns bons anos, em França, quando perdi peso, estava a ser seguida pela nutricionista e comia bem melhor e nunca tinha fome. Agora parece que até com o ar engordo.". Durante a conversa, referiu que, quando acompanhada por uma nutricionista, conseguia seguir um plano alimentar equilibrado, estruturado com refeições regulares, porções controladas e uma seleção de alimentos que promoviam saciedade e bem-estar. Demonstrou ainda conhecimento e consciência da importância da redução do consumo de sal, gorduras saturadas e alimentos processados, bem como da inclusão de hortícolas, frutas, proteínas e hidratação adequada. Contudo, sente dificuldade em retomar estas práticas sem acompanhamento, evidenciando necessidade de apoio para a adoção sustentável de um regime alimentar mais saudável.

Com base nesta análise, foi identificado o diagnóstico de **Adesão ao Regime Dietético Comprometida**. Para promover a mudança comportamental, foi utilizado o Modelo Transteórico de Mudança Comportamental (Prochaska & DiClemente, 1992) em conjunto com a Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2002). Durante a entrevista, a D. I demonstrou estar na fase de contemplação, reconhecendo a existência de dificuldades na gestão do regime dietético e manifestando consciência sobre a necessidade de mudança, embora sem ainda assumir um compromisso efetivo. Por isso, foi sugerido realizar uma balança decisional, permitindo à utente refletir sobre os prós e contras de manter os comportamentos atuais, bem como os potenciais ganhos associados à alteração dos mesmos. Esta abordagem reforçou a sua

capacidade de análise e envolvimento ativo no processo, permitindo identificar barreiras e motivações de forma clara.

Na consulta de seguimento, verificaram-se progressos significativos: a D. I já havia agendado uma consulta com o Médico de Família, com o intuito de retomar o acompanhamento nutricional, demonstrando uma evolução positiva no processo de mudança. Este comportamento poderá ser interpretado como um sinal de transição para a fase de preparação, uma vez que já existe uma intenção clara de agir num futuro próximo, com planeamento e procura de apoio especializado. Neste contexto, destaca-se que o papel do EEESF não termina com o reconhecimento da necessidade de mudança, devendo continuar a apoiar ativamente a utente na consolidação desta nova etapa, através do reforço positivo, da definição de objetivos realistas e do acompanhamento contínuo. A Entrevista Motivacional revelou-se, assim, um instrumento eficaz, não só para promover o compromisso da D. I com a mudança, como também para fortalecer a sua autonomia, autoconfiança e capacidade de ação, aspetos essenciais para a sustentabilidade das alterações comportamentais ao longo do tempo.

Com base na Teoria das Transições de Meleis (2010), a D. I. evidencia uma adaptação positiva à transição para a reforma, estando consciente e envolvida no processo, atribuindo-lhe um significado positivo. Simultaneamente, vivencia a transição saúde-doença, associada ao seu diagnóstico de HTA. Embora inicialmente apresentasse dificuldades no regime dietético, demonstrou mestria na gestão medicamentosa e na prática de exercício físico. Após intervenção do enfermeiro especialista, avançou no processo de mudança, assumindo um papel mais ativo e autónomo na gestão da sua saúde. Assim, ambas as transições revelam evolução favorável, com destaque para a importância do acompanhamento contínuo e personalizado.

4.1.3. Ganhos em Saúde para as Famílias e para os seus Membros

De acordo com a OE (2015b), os ganhos em saúde traduzem-se na melhoria do estado de saúde dos utentes, resultante das intervenções de enfermagem dirigidas aos problemas identificados. Estes ganhos são mensuráveis através de indicadores de qualidade, que permitem avaliar a eficácia das práticas de enfermagem e o impacto das intervenções na promoção da saúde e na prevenção de complicações.

Entre os indicadores-chave, destaca-se a satisfação dos utentes, que reflete não só a qualidade dos cuidados prestados, mas também a capacidade dos serviços de saúde em responder eficazmente às necessidades e expectativas dos utentes (Mendes et al., 2013). Segundo Cruz e Melleiro (2010), a implementação de sistemas de avaliação contínua da satisfação dos utentes revela-se essencial para o desenvolvimento de estratégias de gestão e melhoria da qualidade dos serviços de enfermagem, garantindo um acompanhamento mais eficaz e centrado na pessoa.

Assim, tendo em conta as necessidades identificadas no âmbito da avaliação e intervenção junto das famílias acompanhadas ao longo do estágio, este capítulo apresenta os resultados obtidos em função das intervenções realizadas. Tendo por base a matriz operativa do MDAIF, procedeu-se à avaliação transversal das três dimensões fundamentais: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Em todas as seis famílias foram avaliadas a Composição Familiar, o Tipo de Família, a Família Extensa, os Sistemas mais Amplos e a Classe Social.

No que concerne à dimensão estrutural, todas as famílias foram avaliadas nesta dimensão atingindo uma taxa de avaliação de 100%, no entanto, dado que apenas foi possível realizar duas visitas domiciliárias, a área do Edifício Residencial e da Precaução de Segurança apresentam um resultado de 33%. Nenhuma das áreas avaliadas apresenta necessidade de intervenção.

Relativamente à área Animal Doméstico, a avaliação incidiu apenas sobre as famílias que possuíam animais de estimação (dois), não tendo sido identificado nenhum um caso de negligência.

Relativamente à dimensão de desenvolvimento, o Quadro 1 apresenta os resultados obtidos nas taxas de avaliação, prevalência e ganhos em saúde.

Quadro 1 – Resultados das Taxas de Avaliação, Prevalência e Ganhos em Saúde na Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF

Dimensão de Desenvolvimento			
Foco	Indicador	Fórmula	Resultado % (n)
Dimensão desenvolvimento	Taxa de avaliação familiar	$\frac{\text{Nº de famílias avaliadas na dimensão desenvolvimento}}{\text{Nº total de famílias}} \times 100$	100 (n=6)
Satisfação Conjugal	Taxa de avaliação familiar	$\frac{\text{Nº. de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação conjugal}}{\text{Nº total de famílias com subsistema conjugal}} \times 100$	100 (n=6)
	Taxa de prevalência	$\frac{\text{Nº. de famílias com subsistema conjugal com Satisfação Conjugal não mantida}}{\text{Nº total de famílias com subsistema conjugal}} \times 100$	66 (n=4)
	Modificação positiva no estado diagnóstico	$\frac{\text{Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Satisfação Conjugal}}{\text{Nº total de famílias com Satisfação Conjugal Não mantida}} \times 100$	75 (n=3)
Satisfação Conjugal – Relação Dinâmica	Taxa de avaliação familiar	$\frac{\text{Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em relação dinâmica}}{\text{Nº total de famílias com subsistema conjugal}} \times 100$	100 (n=6)
	Taxa de prevalência	$\frac{\text{Nº. de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional}}{\text{Nº total de famílias com subsistema conjugal}} \times 100$	66 (n=4)
	Modificação positiva no estado diagnóstico	$\frac{\text{Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica}}{\text{Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional}} \times 100$	75 (n=3)
Satisfação	Taxa de avaliação	$\frac{\text{Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Comunicação}}{\text{Nº total}}$	100 (n=6)

Conjugal – Comunicação	familiar	de famílias com subsistema conjugal X 100	
	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com Comunicação não eficaz/ Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	33 (n=2)
	Modificação positiva no estado diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação /Nº total de famílias com Comunicação não eficaz x 100	50 (n=1)

Com base nos dados apresentados, na dimensão de desenvolvimento, verificou-se que todas as famílias foram avaliadas na área da satisfação conjugal, nomeadamente no que se refere à relação dinâmica e à comunicação, atingindo uma taxa de avaliação de 100%. Perante as seis famílias analisadas, 66% apresentaram uma relação dinâmica disfuncional, enquanto 33% evidenciaram dificuldades na comunicação. Nas quatro famílias com uma relação dinâmica disfuncional, três estavam relacionadas com a expressão de sentimentos e uma família com a partilha das tarefas domésticas. Foram realizadas intervenções como ritual terapêutico, a carta terapêutica e a implementação de estratégias de motivação para a redefinição da partilha das tarefas domésticas. Além disso, em 33% dos casos (duas famílias), verificou-se uma Comunicação Não Eficaz, existindo assim, a necessidade de intervir no padrão de comunicação, na partilha de receios e expectativas e no facto de não chegarem a acordo quando existe uma discrepância, tendo sido utilizadas técnicas como a conotação positiva, a metáfora, a carta terapêutica, como mencionado anteriormente. Após as intervenções realizadas, registou-se uma modificação positiva no estado de diagnóstico em três das quatro famílias, resultando na redução da taxa de prevalência da relação dinâmica disfuncional.

Relativamente à dimensão funcional, a área de atenção Processo Familiar, especificamente no que se refere ao *Coping* Familiar, foi avaliada em todas as famílias, resultando numa taxa de avaliação de 100%. Após a análise, não foram identificadas necessidades de intervenção nesta área.

No que concerne aos ganhos em saúde dos membros da família individualmente, destacaram-se dois focos da minha atenção, nomeadamente, o conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade e a autoestima. A análise do conhecimento sobre esses recursos abrangeu 75% (n=9) dos indivíduos avaliados, sendo necessária intervenção em 33% (n=3) dos casos, de forma a ensinar sobre os recursos disponíveis na comunidade, fornecer esta informação em suporte de papel e esclarecer dúvidas. Cerca de três indivíduos não foram avaliados, uma vez que foi possível realizar apenas uma consulta com o mesmo. Nas situações intervencionadas, verificou-se uma evolução positiva do estado de diagnóstico. Relativamente à autoestima, esta foi avaliada em 75% (n=9) dos indivíduos, sendo identificado um problema em 11% (n=1) dos casos. Neste membro da família, observa-se uma ligeira progressão e melhorias no estado de saúde, contudo, não foi possível reclassificar o diagnóstico inicialmente formulado. Tal facto, deve-se à natureza deste problema, que exige um acompanhamento contínuo e prolongado para que se verifiquem mudanças significativas. Como destacado por Middleton et al. (2013), a adesão a comportamentos promotores de saúde, como alterações no regime dietético ou no estilo de vida, tende a diminuir com o passar do tempo, tornando-se um desafio prolongado para os profissionais de saúde. A manutenção dessas mudanças exige suporte contínuo, acompanhamento profissional e estratégias específicas para consolidar os ganhos obtidos. Considerando o número limitado de consultas realizadas e a duração do estágio, não foi viável atingir uma evolução suficientemente consolidada que justificasse a reformulação do diagnóstico. Foram considerados diversos focos de atenção no indivíduo, alguns dos quais diretamente relacionados com a presença de doenças crónicas. Verificaram-se ganhos em saúde expressos em áreas como Adesão ao Regime de Exercício e Adesão ao Regime Dietético, evidenciando o impacto positivo de uma abordagem individualizada na promoção do bem-estar dos membros das famílias acompanhadas. De um modo geral, as intervenções implementadas contribuíram para melhorias

significativas na saúde, resultantes da identificação e priorização das necessidades emergentes ao longo das consultas.

Em síntese, os ganhos em saúde obtidos refletem a efetividade das intervenções, contribuindo para o desenvolvimento da competência "Cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção" (OE, 2018, p.19357).

No entanto, é fundamental reconhecer que, apesar de um planeamento criterioso das intervenções, nem sempre é possível alcançar mudanças imediatas no estado de saúde das famílias. A complexidade das dinâmicas familiares e individuais requer, muitas vezes, um acompanhamento prolongado e, por vezes, uma abordagem multidisciplinar. Como salientam Santana et al. (2018), os cuidados centrados na pessoa pressupõem a compreensão das necessidades únicas de cada indivíduo, promovendo uma parceria ativa entre profissionais e utentes. Epstein e Street (2011) reforçam que esta abordagem melhora a qualidade das relações e da comunicação, respeitando os valores, preferências e prioridades da pessoa. Assim, é fundamental que o desejo de promover mudanças positivas coexista com a consciência de que a transformação depende do envolvimento e disponibilidade de cada indivíduo. A consciencialização da necessidade de mudança é o primeiro passo do processo, que ocorre a ritmos diferentes, influenciado pela história, crenças e experiências de cada um. Cabe ao enfermeiro respeitar essa singularidade, assegurando um acompanhamento contínuo, pautado pela escuta ativa e pela aceitação do tempo de cada família.

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

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, o EEECESF assume um papel central na liderança e colaboração em processos de

intervenção em saúde familiar, sendo responsável por gerir, articular e mobilizar recursos nos diferentes níveis de prevenção (OE, 2018).

As suas competências centram-se em duas grandes áreas de atuação. A primeira unidade de competência destaca a colaboração interdisciplinar, assegurando referenciação adequada, orientação das famílias para um uso eficiente dos recursos e continuidade de cuidados em articulação com outras unidades ou instituições, com o devido consentimento (OE, 2018). A segunda unidade de competência foca-se na gestão dos cuidados de saúde familiar, incluindo mentoria e coaching junto das equipas, planeamento e avaliação de programas, promoção de formação contínua, prática colaborativa e investigação interprofissional. O uso de tecnologias de informação permite ainda otimizar resultados clínicos e reforçar a visibilidade da ESF (OE, 2018).

Neste subcapítulo, serão descritas e analisadas as atividades desenvolvidas ao longo do processo de aprendizagem, ilustrando a aplicação prática destas competências e evidenciando o papel do EEECESF como gestor, mobilizador e facilitador de recursos para a promoção da saúde familiar e melhoria da qualidade dos cuidados.

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

O avanço tecnológico na área da saúde, aliado à globalização da informação e ao crescente apelo ao autocuidado e à responsabilização individual, tem vindo a reforçar a exigência de intervenções mais especializadas e qualificadas. Neste contexto, as atuais orientações das políticas de saúde colocam aos profissionais o desafio de se adaptarem a uma realidade em transformação, implicando uma mudança significativa no paradigma da prestação de cuidados (Guiomar, 2021). Neste cenário, a interdisciplinaridade assume um papel central, configurando-se como um processo dinâmico que aborda os

fenómenos de forma integral, multidimensional e holística, superando a fragmentação do conhecimento (Alves et al., 2019; Cordeiro et al., 2021).

As equipas interdisciplinares de saúde são constituídas por profissionais com formações complementares, que atuam de forma coordenada e partilham objetivos comuns na avaliação, planeamento e implementação de cuidados dirigidos ao indivíduo e à família (Freitas, 2023). Esta abordagem é especialmente relevante no cuidado a famílias com membros idosos, onde a conjugação de múltiplos saberes, tanto profissionais quanto familiares, é essencial para assegurar cuidados de qualidade (Cordeiro et al., 2021).

Neste contexto, o EEECESF desempenha um papel crucial, liderando e colaborando ativamente nos processos de intervenção no âmbito da saúde familiar. Este profissional articula com outras equipas de saúde, assegurando referência para profissionais especializados, orientando a família para otimizar a qualidade e custo dos serviços, e garantindo a continuidade dos cuidados através de parcerias com outras instituições (Freitas, 2023).

Durante os Estágios de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e II, destacou-se a colaboração transversal entre as diferentes equipas USF, nomeadamente a equipa de enfermagem, médica e do secretariado clínico. O SClínico-CSP® foi a ferramenta central na documentação dos cuidados prestados, permitindo registar dados avaliativos, diagnósticos, intervenções e referências. A transmissão adequada de informação, seja escrita ou oral, revelou-se essencial para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, facilitando a coordenação entre os profissionais e promovendo uma resposta mais eficiente e integrada às necessidades das famílias (Duarte, 2014).

A colaboração com o secretariado clínico foi determinante, nomeadamente no agendamento de consultas, na obtenção de contactos alternativos e na recolha de informação contextual relevante. Adicionalmente, verificou-se uma articulação eficaz com equipas externas, como a equipa de segurança, a

equipa de limpeza e os serviços municipais, garantindo a orientação adequada das famílias nas instalações, a manutenção das condições salubres dos gabinetes e o transporte adequado para visitas domiciliárias.

No âmbito da gestão de cuidados de enfermagem, estabeleceu-se uma articulação com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados para a referenciação de consultas de psicologia quando identificada a necessidade de um membro da família. Nas restantes famílias, não foram identificadas necessidades específicas de referenciação para outros serviços de saúde.

Por outro lado, foi identificada a necessidade de informar as famílias acerca dos recursos comunitários disponíveis, uma vez que algumas desconheciam atividades promovidas pela Câmara Municipal ou a existência de universidades seniores na sua área de residência. Perante esta lacuna, foi realizada uma pesquisa aprofundada sobre os recursos comunitários existentes, culminando na elaboração de um panfleto informativo intitulado “Estou reformado(a)...E agora? Um envelhecimento ativo e preenchido” (Anexo VII). Este material foi entregue e explorado com as famílias identificadas com necessidade de melhorar o conhecimento sobre serviços disponíveis na comunidade, contribuindo para uma transição mais ativa e satisfatória para a reforma.

Em síntese, a colaboração interdisciplinar e o conhecimento dos recursos comunitários mostraram-se cruciais para a prestação de cuidados eficazes e ajustados às famílias, reafirmando o papel do EEECESF como gestor, mobilizador e facilitador no contexto da saúde familiar.

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

No domínio da saúde, os SI assumem um papel essencial, integrando diversos elementos que possibilitam a recolha, processamento, armazenamento e disseminação de informação crucial para apoiar a gestão, a coordenação e a

tomada de decisões nas organizações (Brandi & Silva, 2017; Marin, 2010). De acordo com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2018), estes sistemas visam, sobretudo, melhorar a acessibilidade e a continuidade dos cuidados, aumentar a sua qualidade e eficiência, e contribuir para uma maior satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde.

Os SI em enfermagem promovem a visibilidade da prática profissional ao facilitarem a documentação dos cuidados e a extração de indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem (Bastos et al., 2022; Nascimento et al., 2021). Contribuem ainda para a segurança do utente, reduzindo erros clínicos e assegurando a continuidade dos cuidados (Chaves & Miranda, 2023). Em Portugal, o Registo Clínico Eletrónico, implementado em 2009, visa uniformizar a documentação e garantir acesso eficiente à informação em saúde (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2009). O SClínico-CSP®, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, destaca-se como instrumento essencial na integração dos dados clínicos e na promoção de cuidados coordenados (Ministério da Saúde, 2023).

No decorrer do período de estágio, foram relatadas, pela equipa de Enfermagem da USF, dificuldades e limitações no que diz respeito à documentação dos cuidados de Enfermagem direcionados às famílias, no sistema informático SClínico-CSP®. Foi ainda identificado no Plano de Ação da USF, em 2024, a necessidade de formação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família.

Perante estes desafios, promoveu-se uma cultura organizacional centrada na formação contínua, essencial para uma documentação eficaz e alinhada com os princípios da ESF. A formação constitui um processo dinâmico que potencia o desenvolvimento global dos profissionais (Abreu, 2001). No âmbito da governação clínica, a formação em serviço destaca-se como estratégia-chave para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, sustentando-se em pilares como a aprendizagem organizacional, a responsabilização

profissional e a prática baseada na evidência (Rodrigues & Felício, 2017; Scally & Donaldson, 1998). Assim, permite aos enfermeiros atualizar competências e responder de forma ajustada às necessidades da população e aos objetivos dos CSP.

Além disso, a formação em serviço reforça a capacitação dos profissionais e viabiliza a implementação de processos estruturados, como a auditoria clínica, a normalização dos registos e a partilha de boas práticas. Estes mecanismos são fundamentais para consolidar uma cultura de excelência e responsabilização, assegurando cuidados seguros, eficazes e centrados na família (Rodrigues & Felício, 2017; Walshe & Smith, 2011). No contexto da ESF, esta formação contínua sustenta o planeamento e a execução de intervenções fundamentadas na evidência, promovendo um acompanhamento eficaz das famílias e comunidades. Segundo Dias (2004), a formação integra dimensões fundamentais como o saber, saber-fazer, saber-ser e saber-aprender, que, em conjunto, potenciam o saber-transformar. Esta capacidade de adaptação é essencial para ajustar a prática profissional às exigências em constante evolução nos serviços de saúde (Marques, 2021).

No âmbito dos estágios e face às necessidades identificadas, foi estruturado um plano formativo na USF, centrado na melhoria da documentação em ESF. Segundo Chiavenato (2005, 2014), um processo formativo eficaz envolve quatro etapas: identificação de necessidades, planeamento, execução e avaliação. Tendo em vista a dificuldade da equipa de enfermagem na utilização das funcionalidades do SClínico-CSP® para avaliação e intervenção familiar, foram desenvolvidos dois instrumentos: um questionário de diagnóstico de necessidades (Anexo VIII) e uma grelha de verificação da documentação. O questionário contempla três áreas principais: caracterização sociodemográfica e profissional, conhecimentos sobre o SClínico-CSP®, e competências teóricas e práticas na avaliação de famílias nucleares com membros idosos.

A aplicação do questionário permitiu avaliar os conhecimentos e competências da equipa de enfermagem relativamente à avaliação e intervenção familiar, segundo a matriz operatória do MDAIF. Os resultados da aplicação do questionário estão apresentados no Anexo IX. A equipa é composta por oito enfermeiras, no entanto somente cinco preencheram o questionário, as restantes enfermeiras estavam ausentes do serviço, por motivos pessoais. Dos dados recolhidos, destaca-se que apenas 20% (n=1) possui formação específica em ESF (OE, 2018). Na segunda secção, 80% (n=4) consideram a documentação de enfermagem no contexto familiar "muito importante" e 20% (n=1) "importante". Embora 80% das enfermeiras (n=4) já tenham utilizado o programa "Saúde da Família" no SClínico-CSP®, o outro elemento respondeu que nunca o abriu, justificando esta situação pela falta de competências e pela perceção de limitações no programa, como a necessidade de duplicação de registos e o uso excessivo de texto livre.

As principais dificuldades identificadas foram: ausência de parametrização do sistema, escassez de tempo, duplicação de registos, domínio insuficiente do SClínico-CSP®, intervenções limitadas, prevalência do modelo biomédico e resistência à mudança. A autoperceção das competências na avaliação familiar obteve média de 6,6 (escala de 0 a 10), com respostas entre 3 e 9; na intervenção familiar, a média foi de 5,8 (entre 3 e 7). Na terceira secção, 60% (n=3) responderam corretamente ao conceito de Saúde Familiar e todos (100%) demonstraram conhecimento do MDAIF. No entanto, nenhum elemento (100%) realizou intervenções com famílias nucleares com membros idosos, justificando com falta de conhecimento e de tempo. As áreas de atenção consideradas mais relevantes foram: papel prestador de cuidados, processo familiar e precauções de segurança.

O instrumento de verificação da documentação dos cuidados no âmbito da ESF (Anexo X) é composto por 24 critérios de avaliação, distribuídos entre 5 parâmetros gerais de registo e 19 parâmetros específicos, estes últimos subdivididos nas três dimensões do MDAIF: estrutural, de desenvolvimento e

funcional. Utilizou-se uma grelha com as categorias “Cumpre”, “Não Cumpre” e “Não Aplicável”, com espaço para observações. Foi aplicado a 10 processos clínicos, dois por cada enfermeira da USF, escolhidos por conveniência e com registos entre 15 e 18 de outubro de 2024. Os resultados pré-formação revelaram espaço significativo para melhoria na documentação dos cuidados em ESF.

Com base nos resultados da verificação da documentação e nas necessidades identificadas pela equipa de enfermagem, tanto informalmente como através do questionário, foi elaborado um plano formativo (Anexo XI) e uma sessão intitulada “Enfermagem de Saúde Familiar: documentação dos cuidados” (Anexo XII), realizada a 29 de novembro de 2024, com a participação de cinco dos oito enfermeiros (Anexo XIII). Foi distribuída uma folha de presença (Anexo XIV) e criado um Guia Prático de Registo (Anexo XV), com o objetivo de simplificar e otimizar os registos no SClínico-CSP®, estando disponível em todos os gabinetes de enfermagem para ser consultado durante as consultas de enfermagem.

Adicionalmente, implementou-se um processo de *coaching* individualizado (one-to-one coaching), conforme descrito por Grant (2003), proporcionando um acompanhamento mais direto e personalizado para melhorar as competências relacionadas com a documentação dos cuidados no sistema SClínico-CSP®.

A avaliação da formação, considerada a última etapa do processo formativo, seguiu o Modelo de Kirkpatrick, composto por quatro níveis interdependentes (Baraças, 2017; Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

- Nível 1 (Reação): Avalia o nível de satisfação dos participantes relativamente ao programa formativo. Para este efeito, foi aplicado um questionário no final da sessão (Anexo XVI), composto por perguntas de diferentes tipologias, dirigidas aos conteúdos abordados, desempenho do formador, organização da formação e métodos utilizados, com opções de resposta que variaram entre “Mau” e “Muito bom”. Os

resultados revelaram que 100% dos participantes classificaram como "Muito bom" o conteúdo programático. Relativamente à organização da ação, 90% atribuiu "Muito bom" e 10% "Bom". No que diz respeito, à prestação da formadora, aos resultados e expectativas e à avaliação global da sessão, 100% classificou-a como "Muito bom". Não foram descritas quaisquer sugestões de melhoria. Apesar da avaliação positiva, esta etapa não garante, por si só, a aprendizagem efetiva dos formandos, sendo necessário avançar para os níveis subsequentes (Baraças, 2017; Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

- Nível 2 (Aprendizagem): A aquisição de conhecimentos foi avaliada com questionários idênticos aos aplicados no diagnóstico inicial, três semanas após a formação (Baraças, 2017; Gunderman & Chan, 2015). Os resultados (Anexo XVII) demonstraram melhorias significativas, com 100% dos enfermeiros a reconhecer corretamente ambas as definições de Saúde Familiar (face aos 20% iniciais), e todos a classificarem a documentação no contexto familiar como "muito importante", refletindo o impacto positivo da ação formativa.

Em relação à utilização do programa "Saúde da Família", observou-se uma evolução positiva, com a familiarização dos enfermeiros a aumentar de 80% (n=4) para 100% (n=5), e a frequência de utilização a passar de 40% (n=2) para 80% (n=4). As razões inicialmente apontadas para a sua não utilização — como a falta de tempo e limitações do sistema — deram lugar à necessidade de consolidação de hábitos de documentação estruturada. Quanto ao questionário de verdadeiro/falso (13 afirmações sobre ESF e MDAIF), registou-se uma melhoria acentuada, com o total de respostas corretas a subir de 47 (72,3%) para 59 (90,8%) após a formação.

A formação também teve impacto na perceção de competência da equipa quanto à avaliação e intervenção familiar. A média da

autopercepção na avaliação familiar aumentou de 6,6 para 8,6, e na intervenção familiar de 5,8 para 7,8. Verificou-se ainda, uma maior diversidade na identificação das áreas de atenção prioritárias nas famílias nucleares com membros idosos, incluindo domínios anteriormente não referidos, como a satisfação conjugal e aspetos da dimensão estrutural do MDAIF.

A aplicação do questionário final evidenciou um aumento da motivação para a documentação dos cuidados no SClínico-CSP®, com uma média de 8,6 numa escala de 1 a 10. A percepção de melhoria do conhecimento sobre avaliação e intervenção familiar situou-se nos 8,4. Além disso, 80% dos enfermeiros referiram ter alterado as suas práticas, destacando a exploração do programa “Saúde da Família” e a aplicação do MDAIF como principais mudanças introduzidas.

Os resultados refletem uma evolução positiva na capacitação da equipa, demonstrando o impacto da formação na consolidação do conhecimento e na prática clínica. Contudo, reforça-se a importância da continuidade formativa e do acompanhamento na utilização do programa “Saúde da Família” como estratégia para sustentar as melhorias. Como salienta Baraças (2017), a aprendizagem adquirida não se traduz, por si só, em mudança de desempenho, justificando-se, assim, a avaliação do nível seguinte.

- Nível 3 (Comportamento): Avalia a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no contexto profissional, deverá ocorrer três, seis ou 12 meses após o término da ação (Baraças, 2017; Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006) Apesar do tempo recomendado para aplicação deste nível de avaliação, dado o curto tempo de estágio, foi realizada, sete semanas após a formação, uma nova auditoria à documentação de cuidados (Anexo XVIII). Verificaram-se melhorias na qualidade da documentação em ESF, sobretudo no registo de áreas de atenção do MDAIF. Na

dimensão estrutural, destacam-se avanços na documentação do tipo de família, precauções de segurança e presença de animal doméstico. Na dimensão de desenvolvimento, registaram-se melhorias na satisfação conjugal e papel parental, enquanto na funcional se observou um ligeiro aumento nos registos do Processo Familiar e do papel de cuidador. Apesar das melhorias, algumas foram pouco expressivas, sugerindo que a definição de objetivos individualizados poderia ter potencializado os resultados. Kirkpatrick e Kirkpatrick (2006) reforçam que a consolidação de mudanças exige tempo.

- Nível 4 (Resultados): Avalia os impactos nos objetivos organizacionais e é considerado o mais complexo de todo o processo (Baraças, 2017; Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). Embora se pretendesse aferir os efeitos da formação na prática clínica, constatou-se uma limitação importante: os indicadores dos CSP não refletem adequadamente os ganhos decorrentes da aplicação do MDAIF e da utilização do programa “Saúde da Família”. Esta ausência inviabilizou uma análise robusta. Contudo, propõem-se alguns indicadores que poderão colmatar esta lacuna, tais como: taxa de famílias com o programa “Saúde em Família” associado; taxa de consultas de enfermagem no domicílio; percentagem de diagnósticos familiares registados; variação da funcionalidade familiar (ex.: APGAR familiar pré e pós-intervenção); Taxa de redução da sobrecarga do cuidador familiar.

Em síntese, a formação constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento das competências da equipa de enfermagem, sobretudo na avaliação e intervenção familiar e na utilização do programa “Saúde da Família” no SClínico-CSP®. Apesar das limitações temporais que condicionaram um acompanhamento mais individualizado, registaram-se melhorias evidentes no desempenho, com mudanças significativas nas práticas clínicas e nas atitudes das profissionais.

5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo apresenta uma análise crítico-reflexiva sobre o percurso de aprendizagem desenvolvido nos “Estágios de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e II”, evidenciando as competências adquiridas. A reflexão é sustentada nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, delineadas no Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro (OE, 2019a) e nas competências específicas do EEECESF, conforme descrito no Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho (OE, 2018).

Para enquadrar esta análise, importa clarificar o conceito de competência. Fleury e Fleury (2001) definem-na como a capacidade de mobilizar, integrar e aplicar conhecimentos, recursos e habilidades que geram valor económico e social. Gouveia (2012) reforça esta visão, sublinhando que a competência implica aplicar saberes, atitudes e capacidades em contextos específicos, orientando-se para a resolução de problemas e adaptação a novas situações. Assim, a competência vai além do domínio teórico, exigindo a sua operacionalização em contextos reais. A OE conceptualiza as competências comuns do enfermeiro especialista como um conjunto de dimensões que abrangem “a educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (OE, 2019a, p. 4744).

A realização dos estágios proporcionou um percurso formativo que aliou teoria e prática, permitindo aplicar os saberes adquiridos em contextos reais e através da investigação desenvolvida. Este processo favoreceu o desenvolvimento de competências assentes numa abordagem reflexiva, essencial na prestação de cuidados especializados em saúde familiar. Para Schön (2000), a prática reflexiva é fundamental na aquisição de competências profissionais, integrando três níveis – reflexão sobre a ação, na ação e sobre a reflexão – que facilitam a

análise crítica, a tomada de decisões e a superação de desafios. Benner (2001) reforça que a excelência no cuidar se atinge com a experiência acumulada e a exposição contínua a situações clínicas, sendo a prática reflexiva um pilar para a progressão desde o nível principiante até ao perito e é sustentada pela prática reflexiva, permitindo que os enfermeiros internalizem o conhecimento adquirido ao longo de experiências clínicas reais.

A aprendizagem experienciada ao longo do estágio permitiu consolidar uma prática sustentada na reflexão sistemática, promovendo o empoderamento e a autonomia das famílias. Para Benner (2001), o desenvolvimento de competências ultrapassa a aplicação técnica do conhecimento, exigindo uma atuação adaptativa em contextos complexos e desafiantes, atributo essencial do EEECESF. A prática clínica na USF centrou-se na avaliação e intervenção junto de famílias em transições normativas e não normativas, reconhecendo a sua complexidade enquanto sistema dinâmico. A abordagem sistémica, com base nos princípios de globalidade, equifinalidade e auto-organização (Figueiredo, 2012), permitiu uma intervenção centrada na capacitação familiar, mobilizando recursos e forças para responder às suas necessidades.

O enfermeiro especialista, independentemente da sua área de atuação, deve deter um conjunto de competências transversais, essenciais em qualquer contexto de cuidados. Estas incluem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2018).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, evidenciou-se a proteção dos direitos das famílias, assegurando a confidencialidade e a segurança da informação clínica. As intervenções respeitaram valores, crenças e costumes, promovendo uma abordagem ética e culturalmente sensível. A qualidade e segurança dos cuidados foram garantidas por uma avaliação rigorosa das necessidades, sustentada em evidência científica e pela sistematização das intervenções. A colaboração interdisciplinar foi promovida

sempre que necessário, assegurando respostas integradas e ajustadas. A tomada de decisão baseou-se no conhecimento atualizado e nos princípios do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015a).

A melhoria contínua da qualidade destacou-se pela utilização de indicadores e instrumentos de avaliação que garantiram cuidados seguros, eficazes e equitativos. Neste contexto, o planeamento e execução de uma formação sobre a documentação em ESF, dirigida à equipa de enfermagem da USF, constituiu um marco relevante. Esta iniciativa partiu da identificação de lacunas na prática clínica e visou o reforço de competências no registo e análise de dados no módulo “Saúde da Família” do SClínico-CSP®. Todo o processo foi estruturado segundo as etapas propostas por Chiavenato (2014): diagnóstico de necessidades, planeamento estratégico, implementação e avaliação de resultados, refletindo uma abordagem sistemática orientada para a melhoria da prática.

No domínio da gestão de cuidados, foi desempenhado um papel preponderante na adequação dos recursos disponíveis às necessidades das famílias, garantindo uma prestação de cuidados segura e eficiente. A articulação com equipas multidisciplinares enriqueceu a tomada de decisão, promovendo intervenções partilhadas e contextualizadas. A avaliação e intervenção familiar basearam-se no MDAIF (Figueiredo, 2012), enquanto a avaliação individual foi guiada pela Teoria das Transições de Meleis (2010). Estes modelos permitiram estruturar o processo de enfermagem, orientando os cuidados para ganhos em saúde tanto ao nível do sistema familiar como dos seus subsistemas.

Por fim, a reflexão sobre o impacto das próprias ações na relação terapêutica com as famílias e nas interações multiprofissionais foi um eixo central deste percurso formativo. A autoanálise favoreceu o reconhecimento de recursos e limitações, permitindo antecipar desafios e reforçar a capacidade de adaptação e resolução de problemas. Sustentado na prática reflexiva e na busca pela excelência no cuidar, este processo impulsionou o desenvolvimento contínuo

das competências do EEECESF e uma intervenção eficaz, centrada nas necessidades familiares.

No decurso do estágio, foram realizadas diversas atividades que contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas do EEECESF descritas no Regulamento nº 428/2018: “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018, p.19357-19358). As experiências vivenciadas permitiram aplicar conhecimentos teóricos na prática clínica, promovendo a capacitação das famílias e a liderança em intervenções específicas de saúde familiar (OE, 2018)

A. Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

As secções seguintes apresentam e analisam as atividades realizadas, evidenciando o seu contributo para a consolidação da competência do EEECESF e respetivas unidades de competência, conforme estabelecido no Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho (OE, 2018, p.19357-19358).

A.1. Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas

Durante o estágio, a interação com as famílias revelou-se profícua em múltiplas dimensões, permitindo o estabelecimento de laços de empatia essenciais para o sucesso terapêutico e assim, obter ganhos em saúde. Nas consultas realizadas às famílias e aos seus membros, manifestei sempre disponibilidade e abertura para abordar as suas preocupações e opiniões sobre a saúde familiar e individual. Além disso, procurei flexibilizar os horários das consultas, permitindo que as famílias escolhessem os momentos mais convenientes, dentro das limitações do serviço.

A relação terapêutica foi estabelecida com base no respeito pelos valores, crenças e desejos das famílias, promovendo a co-construção dos planos de cuidados. Estes foram delineados em articulação com os membros familiares, garantindo o alinhamento com as suas perspetivas e vontades. Atendendo às especificidades de cada família, ajustaram-se diferentes técnicas de intervenção familiar e individual, como a metáfora, a prescrição paradoxal, o ritual terapêutico, a carta terapêutica, a conotação positiva e a entrevista motivacional. Foram aplicadas diversas técnicas de avaliação e intervenção familiar, incluindo perguntas lineares, circulares, de escala, hipotéticas e reflexivas, bem como técnicas específicas. Estas estratégias permitiram personalizar a avaliação e a intervenção, potenciando ganhos em saúde. A escuta ativa e a empatia revelaram-se essenciais na abordagem de temas sensíveis. A realização de algumas consultas no domicílio proporcionou um ambiente de privacidade e conforto, facilitando a análise da dinâmica familiar e a elaboração conjunta de planos de cuidados alinhados com as expectativas das famílias.

A.2. Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família

Inicialmente, procedeu-se à análise dos processos clínicos familiares e individuais através do SClínico-CSP®, complementada por informações da equipa de saúde familiar. Esta abordagem permitiu obter uma visão abrangente do estado de saúde das famílias e dos seus membros.

Foram reunidas informações sobre a história familiar e as tendências transgeracionais junto das famílias, fundamentais para a elaboração do Genograma, Psicofigura de Mitchell e Ecomapa. Observaram-se também padrões transgeracionais de doenças e comportamentos, bem como as necessidades atuais das famílias e dos seus membros, considerando o seu contexto ambiental e identificando possíveis fatores de risco.

A avaliação baseou-se na matriz operativa do MDAIF, contemplando as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional. Foram analisadas áreas

como rendimento familiar com recurso à Escala de Graffar Adaptada, condições habitacionais, segurança, abastecimento de água, presença de animais domésticos, satisfação conjugal e processo familiar. Este processo integrou dados decorrentes da observação e informações obtidas a partir da comunicação verbal e não verbal entre os membros da família, proporcionando uma compreensão detalhada do seu estado de saúde.

Foram identificadas crenças e aspetos culturais relevantes para facilitar as mudanças durante transições complexas. McCubbin e McCubbin (1993) referem que o ajustamento familiar é influenciado pelos recursos internos, redes de apoio e crenças partilhadas, que moldam a resposta ao stresse e promovem a resiliência. Em algumas famílias, crenças culturais ou religiosas influenciavam a perceção de eventos como o divórcio ou a divisão de tarefas entre géneros. Analisaram-se os significados atribuídos às experiências passadas e à transição atual, bem como os vínculos familiares, os subsistemas e as interações com a família alargada e outros sistemas sociais. Esta abordagem permitiu identificar pontos fortes e áreas de melhoria, considerando experiências prévias e a situação atual. Com base nesta avaliação, formularam-se diagnósticos relativos às dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, segundo os critérios do MDAIF, bem como diagnósticos de enfermagem individuais para os membros das famílias.

A avaliação individual foi assente na Teoria das Transições de Afaf Meleis, nomeadamente a consciencialização e o envolvimento em relação às transições e foi utilizada a EPFAR como instrumentos de avaliação individual.

A.3. Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas

Com o decorrer do estágio, tornou-se fundamental integrar conhecimentos de diversas áreas além da enfermagem, como psicologia e sociologia, para compreender e intervir eficazmente nas condições de saúde e doença das famílias e dos seus membros. Esta abordagem interdisciplinar, sustentada por

evidências científicas, permitiu avaliar múltiplas áreas de atenção, crenças e recursos familiares, facilitando a compreensão das inter-relações entre os indivíduos, a família, a saúde e o ambiente. A colaboração entre diferentes disciplinas enriqueceu o raciocínio clínico e promoveu uma tomada de decisão mais informada, essencial para lidar com situações complexas.

Considerou-se sempre a etapa do ciclo vital familiar e individual durante a avaliação e intervenção, reconhecendo a sua influência na forma como as famílias e os seus membros enfrentam desafios ao longo da vida.

O *feedback* das famílias e dos seus membros às intervenções de enfermagem foram acompanhadas durante as consultas, em conformidade com os objetivos traçados. Sempre que, durante a avaliação, emergiram novas necessidades, estabeleceu-se, em conjunto com as famílias e os seus elementos, novos objetivos e estratégias de intervenção, assegurando uma abordagem colaborativa e centrada nas particularidades de cada núcleo familiar.

A.4. Desenvolve a prática de Enfermeiro de Família baseada na evidência científica

A evidência científica constitui o alicerce fundamental para a tomada de decisões e atuação do EEECESF, garantindo que a prática clínica seja sustentada pelo conhecimento mais atualizado e validado. A incorporação da melhor evidência disponível possibilita uma abordagem sistemática e fundamentada, promovendo intervenções seguras, eficazes e adaptadas às necessidades específicas das famílias.

A integração da melhor evidência científica, da experiência do enfermeiro e das preferências das famílias constitui a base da prática baseada na evidência, considerada atualmente um alicerce essencial para assegurar cuidados de saúde eficazes, seguros e de elevada qualidade (Paul et al., 2016; Sousa et al., 2018). Esta abordagem, amplamente valorizada na enfermagem contemporânea, visa maximizar os ganhos em saúde ao articular, de forma

coerente, o conhecimento atualizado com a prática clínica diária (Sousa et al., 2018).

Para tal, procedeu-se inicialmente ao enquadramento teórico da temática, contextualizando os conceitos-chave, a escolha de modelos teóricos e evidências científicas relevantes, de forma a fundamentar a prática e a orientar a análise dos dados obtidos.

A utilização do referencial teórico MDAIF, juntamente com a Teoria das Transições para a perspetiva individual, permitiu uma abordagem sistemática e crítica, promovendo uma avaliação e intervenção familiar mais eficazes. Juntamente com as famílias, foram analisadas as implicações da transição para a reforma na dinâmica familiar, no binómio saúde/doença e nos fatores ambientais, sempre com base na evidência científica. A transferência e a transferibilidade do conhecimento adquirido ao longo do mestrado para a prática clínica foi fundamental para o desenvolvimento de competências específicas em ESF.

A.5. Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas

Foi adotada uma comunicação aberta e construtiva, que favoreceu a definição partilhada de objetivos com as famílias e os seus membros, orientando-se para o seu bem-estar. As intervenções de enfermagem em saúde familiar foram planeadas para capacitar as famílias face à transição para a reforma, promovendo mudanças co-evolutivas e valorizando os seus recursos. Com base numa abordagem sistémica e colaborativa, sustentada nos princípios de circularidade e neutralidade, aplicaram-se estratégias motivacionais, como o reforço positivo e os elogios, potenciando o compromisso e o bem-estar familiar. Esta metodologia permitiu analisar os padrões de funcionamento familiar e identificar alternativas promotoras de mudança.

A entrevista motivacional foi utilizada nas intervenções individuais, visando aumentar a motivação intrínseca dos indivíduos para a mudança. As respostas

das famílias às intervenções de ESF foram avaliadas numa perspectiva biopsicossocial, considerando as dimensões física, afetiva, espiritual e cognitiva, abordando o ser humano de forma holística. Em colaboração com as famílias, foram desenvolvidas estratégias para resolver conflitos e gerir emoções difíceis, com o intuito de mitigar os efeitos negativos no funcionamento familiar.

A.6. Facilita a resposta da família em situação de transição complexa

Durante as consultas, as famílias foram incentivadas a partilhar experiências, preocupações e conquistas associadas a transições anteriormente vividas, o que permitiu identificar forças, dificuldades e oportunidades de crescimento. A elaboração do Ecomapa possibilitou analisar a interação entre indivíduo, família, comunidade e sistema de saúde, clarificando as influências mútuas no processo de mudança.

Em colaboração com as famílias, exploraram-se estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identificaram-se novos métodos para alcançar os objetivos definidos, avaliando os recursos necessários para atender às necessidades de saúde de seus membros. Foi ainda realizado *feedback* positivo sobre as pequenas metas alcançadas.

Todos os dados recolhidos e intervenções efetuadas foram registados nos processos clínicos familiares e individuais, contemplando as áreas de atenção prioritárias ao bem-estar coletivo e individual, garantindo a continuidade dos cuidados pelos profissionais que acompanham estas famílias.

A.7. Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de ESF

Durante o estágio, procurei aperfeiçoar a prática profissional com base nas orientações da enfermeira orientadora e das docentes, realizando avaliações e autoavaliações contínuas, com vista à melhoria do desempenho e eficácia das intervenções, sempre alinhadas aos objetivos definidos. Os cuidados de

enfermagem prestados foram sustentados na prática baseada na evidência. No âmbito do desenvolvimento pessoal e profissional, participei em ações formativas na área da ESF, nomeadamente no “3.º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo” (27 de setembro de 2024, com a duração de 8 horas – Anexo XIX), bem como no “International Congress of Family Health (ICFH’25)” (7 de fevereiro de 2025, com duração de dois dias – Anexo XX), com a apresentação de um póster. Estas experiências contribuíram para a aquisição e consolidação de competências em comunicação científica, pensamento crítico e análise reflexiva das intervenções realizadas junto das famílias, promovendo uma aprendizagem contínua e o intercâmbio de saberes com outros profissionais.

A incorporação de diversos conceitos e teorias no domínio da ESF, aliada à participação em eventos científicos, promoveu um envolvimento aprofundado na prática da ESF, possibilitando um desenvolvimento contínuo a nível pessoal, profissional e académico. A partilha de conhecimento e experiência durante o processo formativo na USF também contribuiu para uma participação ativa e crítica em ESF.

A.8. Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

Após a implementação das intervenções de enfermagem no âmbito da ESF, foram dinamizados momentos de avaliação da satisfação das famílias relativamente aos cuidados prestados e à relação estabelecida com a enfermeira. Através de questões abertas, procurou-se estimular as famílias a partilhar as suas perspetivas acerca da relevância das intervenções efetuadas. Estas tiveram a oportunidade de expressar as suas perceções, evidenciando reconhecimento e contentamento face à interação desenvolvida com a enfermeira, tanto ao longo do acompanhamento como após a conclusão do estágio.

Todo o processo assistencial, desde a recolha de informação até à avaliação dos resultados, foi devidamente registado no processo familiar e individual no SClínico-CSP®. A efetividade dos cuidados de enfermagem foi analisada, possibilitando a identificação dos ganhos em saúde decorrentes das intervenções implementadas. Sempre que necessário, foram formulados novos diagnósticos e redefinidas estratégias de atuação, ajustando-se o plano de cuidados de forma colaborativa, em consonância com os objetivos delineados pelas famílias. Este acompanhamento contínuo assegurou uma resposta adequada e personalizada às necessidades e expectativas das famílias e seus subsistemas.

B. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF

As atividades desenvolvidas para atender à competência mencionada, bem como a cada uma das suas unidades de competência, serão apresentadas nas secções seguintes, de acordo com o disposto no Regulamento. n.º 428/2018 de 16 de julho (OE, 2018, p.19358-19359).

B.1. Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

A colaboração interdisciplinar foi fundamental na resposta às necessidades das famílias. Com o consentimento informado, realizaram-se referenciações para profissionais da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, nomeadamente psicólogos, com o objetivo de reforçar as competências familiares e assegurar um apoio abrangente. Embora não tenham sido necessárias outras referenciações, estava previsto o encaminhamento para assistentes sociais ou equipas da Unidade de Cuidados na Comunidade, sempre em articulação com a vontade das famílias.

Adicionalmente, foram disponibilizadas informações, tanto verbais como escritas, sobre os recursos comunitários acessíveis, relevantes para dar resposta às necessidades específicas de cada família. Esta orientação incluiu a distribuição de materiais informativos, nomeadamente panfletos, detalhando os

serviços comunitários disponíveis, facilitando assim o acesso das famílias a esses recursos.

A colaboração interdisciplinar e a articulação com os recursos comunitários constituem componentes fundamentais da Estratégia de Saúde da Família, contribuindo para a capacitação das famílias e para a promoção da sua saúde e bem-estar.

B.2. Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

Com vista à melhoria da qualidade dos cuidados em saúde familiar, foram desenvolvidas iniciativas de mentoria e *coaching* para a equipa de enfermagem, centradas na otimização dos registos no sistema SClínico-CSP®. Implementou-se a formação “Enfermagem de Saúde Familiar: documentação dos cuidados”, focada no programa “Saúde da Família”, e elaborou-se um guia prático de registo, acessível nos gabinetes de enfermagem. Paralelamente, foi disponibilizado apoio individualizado para esclarecimento de dúvidas. A avaliação do impacto revelou melhorias significativas na qualidade da documentação, reforçando a visibilidade das intervenções e promovendo a excelência dos cuidados prestados.

No futuro, enquanto enfermeira especialista no contexto de uma USF, poderei não só fomentar o crescimento profissional dos meus pares, mas também desempenhar um papel ativo na melhoria contínua da qualidade organizacional. Paralelamente, tanto à equipa de enfermagem como às famílias foi transmitida uma visão abrangente da ESF, integrando os diferentes níveis de prevenção e ampliando a esfera de atuação do EEECESF.

A realização deste estágio permitiu o desenvolvimento de competências fundamentais ao exercício do EEECESF, como a avaliação e intervenção familiar, a resolução de problemas e o estabelecimento de relações interpessoais eficazes. O planeamento e gestão das entrevistas familiares reforçaram as capacidades comunicacionais e a compreensão sistémica das

dinâmicas familiares. A comunicação terapêutica criou um ambiente de confiança, facilitando a ligação das famílias aos serviços de saúde. Neste contexto, a ESF deve adotar uma abordagem centrada na família, promovendo cuidados integrados e de qualidade (Silva et al., 2011). A prática reflexiva, por sua vez, constitui um eixo essencial na formação em enfermagem, contribuindo para a segurança e eficácia dos cuidados (Paiva & Silva, 2024).

A conjugação dos conhecimentos prévios ao estágio, da evidência científica, do treino contínuo e da motivação pessoal possibilitou uma prática segura e centrada nas necessidades das famílias, promovendo ganhos em saúde sensíveis à ESF. Esta abordagem reflexiva revelou-se essencial para uma assistência compassiva e ajustada às especificidades familiares. A intervenção individualizada no contexto familiar exigiu reconhecer o indivíduo na sua singularidade, integrando as influências recíprocas entre os membros. Compreender e atuar sobre estas dinâmicas implicou uma visão sistémica, sensível à complexidade das relações intrafamiliares. A reflexão sobre a prática com famílias exigiu competências técnicas e relacionais, favorecendo a intervenção colaborativa e contribuindo para a consolidação das competências essenciais ao exercício do papel de EEECESF.

A realização deste mestrado constituiu uma transformação profunda na minha prática em ESF, não apenas ao nível técnico-científico, mas, sobretudo, na forma como compreendo e vivencio a intervenção junto das famílias. Este percurso desafiou crenças previamente estabelecidas, promoveu a reflexão crítica sobre abordagens utilizadas e permitiu desenvolver um olhar mais holístico e integrado sobre cada pessoa no contexto do seu sistema familiar e comunitário.

No início da minha prática, o foco incidia essencialmente no indivíduo e na sua condição clínica, procurando aliviar sintomas e promover a adesão terapêutica. No entanto, ao longo deste percurso formativo, percebi que os problemas de saúde não surgem isoladamente, mas estão profundamente entrelaçados nas

dinâmicas familiares, nas emoções, papéis e transições vividas por cada membro. O mestrado representou, assim, um ponto de viragem, ao proporcionar ferramentas para compreender e intervir de forma mais abrangente, sensível e sistémica.

Hoje, reconheço cada pessoa como parte de um sistema familiar que influencia e é influenciado, e a consulta tornou-se um espaço de escuta, partilha e co-construção de soluções. Aprendi a valorizar o diálogo, a explorar medos e expectativas, e a integrar a família no processo de cuidado. A prática reflexiva tornou-se um pilar essencial, permitindo maior empatia, flexibilidade e respeito pela individualidade de cada núcleo familiar.

A transição para a reforma, por exemplo, deixou de ser vista apenas como uma etapa cronológica e passou a ser compreendida como um processo emocional e relacional, que exige atenção e suporte adequados. Aprofundar este olhar mudou a forma como exerço a enfermagem. Mais do que cuidar, tornou-se claro que o meu papel é facilitar mudanças, promover o *empowerment* e criar um espaço seguro para o crescimento e adaptação das famílias. Este mestrado ensinou-me que é na escuta ativa, na presença empática e na relação terapêutica que reside a essência da ESF.

6. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu a sistematização e análise crítica do percurso formativo realizado nas Unidades Curriculares de Estágio de Natureza Profissional, no âmbito do 4.º MECESF. Esta experiência consolidou competências comuns e especializadas na prática da ESF, articulando teoria e prática clínica, com a família como unidade central de cuidados. No Módulo I, caracterizou-se o contexto clínico, incluindo a estrutura organizacional da USF, os recursos disponíveis e o perfil da população assistida. Analisou-se ainda o ficheiro da Enfermeira orientadora.

No Módulo I, caracterizou-se o contexto clínico, incluindo a estrutura organizacional da USF, os recursos disponíveis e o perfil da população assistida. Analisou-se ainda o ficheiro da Enfermeira orientadora. O Módulo II centrou-se na avaliação das famílias, com base no MDAIF (Figueiredo, 2012), permitindo recolher dados essenciais sobre dimensões estruturais, funcionais e de desenvolvimento, fundamentais para implementar intervenções de enfermagem focadas na adaptação à reforma. A Teoria das Transições (Meleis, 2010) foi crucial para compreender este processo e orientar intervenções promotoras de saúde.

Os resultados mostraram que a reforma altera dinâmicas familiares, exigindo estratégias de adaptação distintas conforme os recursos das famílias. As principais dificuldades identificadas foram a redefinição de papéis, redistribuição de tarefas e gestão das novas rotinas. A perceção de equidade na divisão das responsabilidades mostrou-se essencial para o bem-estar emocional e satisfação conjugal, reforçando a importância de intervenções nesta área. A relação terapêutica construída nas consultas, tanto no domicílio como na USF, foi determinante, embora a ausência de visita domiciliária a quatro famílias tenha limitado a avaliação global e a identificação de riscos ambientais, evidenciando a importância desta prática.

Metodologicamente, destacou-se a relevância de integrar referenciais teóricos robustos na prática clínica. A aplicação do MDAIF e da Teoria das Transições permitiu uma abordagem centrada na capacitação familiar. A integração do conhecimento científico na decisão clínica revelou-se essencial para a eficácia das intervenções e para uma prática baseada na evidência. Apesar dos progressos, persistiram desafios como a resistência à mudança e a manutenção de padrões familiares enraizados. A limitação temporal dificultou o acompanhamento contínuo e individualizado.

Embora grande parte das intervenções implementadas tenha resultado em modificações positivas nos diagnósticos formulados, persistiram desafios como a resistência à mudança e a dificuldade em alterar padrões de funcionamento familiar enraizados. A limitação de tempo para acompanhamento contínuo constituiu uma barreira à implementação de um suporte mais alargado e individualizado.

No que respeita à competência da liderança, foi possível constatar uma menor robustez no seu desenvolvimento e dificuldade na sua aplicação prática, possivelmente por esta competência ser abordada tardiamente no estágio. Recomenda-se, assim, que o seu planeamento se inicie no Módulo I, garantindo uma preparação atempada e estruturada. Adicionalmente, o estudo de 60 famílias, embora enriquecedor, revelou-se extenso e exigente, uma redução da amostra permitiria não só a possibilidade de trabalhar com profundidade outras famílias como também mais tempo para desenvolver competências de liderança.

A documentação dos cuidados surgiu como um dos maiores desafios. O sistema SClínico-CSP®, embora essencial, não contempla intervenções específicas da ESF, como o mapeamento de redes de apoio ou a avaliação da satisfação conjugal, comprometendo a visibilidade e eficácia da prática. Torna-se urgente adaptar estes sistemas às necessidades da ESF, assegurando registos mais completos e representativos.

Nesse sentido, reconhece-se que o erro refletido assumiu-se como motor de aprendizagem. A literatura confirma que a análise crítica do erro favorece o desenvolvimento de competências clínicas e emocionais (Narciss & Alemdag, 2025; Jucá, 2023), promovendo uma prática reflexiva, ética e baseada na evidência.

Perante os desafios identificados, emergem algumas recomendações que poderão contribuir para o avanço da ESF, como a criação de indicadores de desempenho específicos para os cuidados à família e o investimento em formação contínua, capacitando os profissionais para os desafios da transição para a reforma e outras etapas do CVF.

Em suma, este percurso foi decisivo para a consolidação de competências comuns e específicas, promovendo uma prática crítica e reflexiva em ESF. A construção da identidade profissional alicerça-se num compromisso com cuidados de excelência, ajustados às transformações contínuas das realidades familiares.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Formasau.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2009). RSE - Registo de Saúde Eletrónico.
- Afonso, J. A. (2018). *Relação conjugal ao longo do ciclo de vida: Satisfação, comunicação, motivação, coesão e adaptabilidade* (Tese de doutoramento, ISPA – Instituto Universitário). <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6846/1/TES%20AFON-J1.pdf>
- Ahlberg, M., Frisman, G., Berterö, C., & Ågren, S. (2019). Family health conversations create awareness of family functioning. *Nursing in Critical Care*, 25(2), 102–108.
- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, F., Dantas, M. J., & Figueiredo, M. F. (2023). Cartas terapêuticas. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (Subcap. 41.2.7, pp. 449–452). Lidel.
- Alves, F., Medeiros, K., Santos, E., Araújo, G., Santos, L., Souto, R., Lúcio, F., Borba, A., & Jardim, V. (2019). A interdisciplinaridade como estratégia de ensino e aprendizagem. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240192>
- Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a Escala de Graffar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Antunes, M. H., Soares, D. H. P., & Moré, C. L. O. O. (2015). Repercussões da Aposentadoria na Dinâmica Relacional Familiar na Perspectiva do

- Casal. *Psico*, 46(1), 432-441. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.19495>
- Apouey, B. (2020). Conditions of existence and subjective perceptions of retirement: Quantitative evidence from France. *Ageing and Society*, 42(3), 564. <https://doi.org/10.1017/s0144686x20001002>
- Araújo, O., Sousa, L., Vieira, T., & Sequeira, C. (2021). Envelhecimento e comunicação: Desafios para os(as) enfermeiros(as). In M. Almeida, J. Tavares & J. Ferreira (Eds.), *Competência em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado* (pp. 43-63). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Aron, A., Norman, C. C., Aron, E. N., McKenna, C., & Heyman, R. E. (2000). Couples' shared participation in novel and arousing activities and experienced relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 273–284. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.273>
- Baraças, A. R. C. (2017). *Avaliação da formação segundo o modelo de Kirkpatrick* [Tese de doutoramento, Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/14473/1/DM-ARCB-2017.pdf>
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi.
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Moraes, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – A família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81–95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.

- Bertalanffy, L. von. (2006). *Teoria geral dos sistemas* (2ª ed.). Vozes.
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) (2025). <https://bicsp.min-saude.pt/>
- Birchler, G. R., Weiss, R. L., & Vincent, J. P. (1975). Multimethod analysis of social reinforcement exchange between maritally distressed and nondistressed spouse and stranger dyads. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(2), 349–360. <https://doi.org/10.1037/h0076280>
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701-712. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Bispo, E. (2016). *Enfermeiro de saúde familiar e a comunicação: Transição para a parentalidade* [Tese de doutoramento, Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório Científico do IPSantarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/2704>
- Boden, J. S., Fisher, J. L., & Niehuis, S. (2010). Predicting marital adjustment from young adults' initial levels and changes in emotional intimacy over time: A 25-year longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 17, 121–134. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9078-7>
- Bowen, M. (1993). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Brandi, L. S. N., & Silva, A. M. (2017). Contribuições para estudo comparado Brasil e Portugal: gestão de sistemas e tecnologias da informação. *Prisma.com*, 33, p. 3-32. <https://doi.org/10.21747/16463153/33a1>
- Bratun, U., Asaba, E., & Zurc, J. (2022). Motives of retirement-aged workers and the importance of doing, being, becoming, and belonging: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Occupational*

Science, 30(1), 420-437.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2022.2057574>

Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veriati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>

Brunello, G., & Rocco, L. (2016). *Is childcare bad for the mental health of grandparents? Evidence from SHARE* (IZA Discussion Paper No. 10022). IZA – Institute of Labor Economics.
<https://www.iza.org/publications/dp/10022/is-childcare-bad-for-the-mental-health-of-grandparents-evidence-from-share>

Carstensen, L. L., Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10(1), 140–149.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.10.1.140>

Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo vital de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (M. A. V. Veronese, Trad.). Artmed. (Obra original publicada em 1989)

Chaves, M. M. P., & de Miranda, J. L. (2023). Sistemas de informação em saúde: Desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3), e11712. <https://doi.org/10.25248/reas.e11712.2023>

Chiavenato, I. (2005). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações* (2ª ed.). Editora Campus.

Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações* (4ª ed.). Manole.
<https://biblioteca.uniscied.edu.mz/bitstream/123456789/2347/1/Idalberto-Chiavenato-Gestao-de-Pessoas-o-Novo-Papel.pdf>

- Coe, N., & Zamarro, G. (2011). Retirement effects on health in Europe. *Journal of Health Economics*, 30(1), 77-86.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.11.002>
- Cordeiro, R., Arco, H. R., & Carvalho, J. (2021). Trabalho interdisciplinar no cuidado à pessoa idosa, família e/ou cuidador informal. In Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (Ed.), *[Título do livro, se aplicável]* (pp. xx-xx). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cordova, J. V, Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional skilfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skilfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218 – 235.
<https://doi.org/10.1521/jscp.24.2.218.62270>
- Costa, C., & Mosmann, C. (2020). Comunicação conjugal negativa e aberta: Modelo interdependente de efeito ator/parceiro no ajustamento conjugal. *Ciencias Psicológicas*, 14(2), e2283.
<https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2283>
- Cruz, W. B. S., & Melleiro, M. M. (2010). Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 147-153. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100021>
- Davidson, M. (2009). *Culture shock, learning shock and re-entry shock* [Relatório de investigação]. University of Nottingham.
<https://www.nottingham.ac.uk/pesl/internationalisation/docs/Internationalisation-Culture-shock-learning-shock.pdf>
- Davis, M. H., & Oathout, H. A. (1987). Maintenance of satisfaction in romantic relationships: Empathy and relational competence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 397–410.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.2.397>

- Dias, G. (2004). *Educação ambiental: Princípios e práticas* (9.^a ed.). Gaia Editora.
- Domingues, C. R. (2023). *Reforma e Envelhecimento Ativo: Estudo sobre Boas Práticas no Concelho de Mira* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Politécnico de Coimbra). Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44747/1/CATARINA_DOMINGUES.pdf
- Driver, J. L., & Gottman, J. M. (2004). Daily marital interactions and positive affect during marital conflict among newlywed couples. *Family Process*, 43(3), 301–314.
- Duarte, S. L. (2014). *Partilha de dados na prestação de cuidados de saúde: Análise têmporo-espacial* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Institucional da Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/6410/1/3380_6777.pdf
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5.^a ed.). Lippincott.
- Duvall, E. M., & Miller, B. C. (1985). *Marriage and family development* (6.^a ed.). Harper & Row.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Eurostat. (2021). *Estrutura populacional e envelhecimento*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt&oldid=409492

- Fernandes, O. M. (1995). *Família e emigração* [Dissertação de mestrado não publicada]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Ferre-Grau, C. (2023). Entrevista familiar sistémica. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (cap. 8, subcap. 8.3, pp. 80–82). Lidel.
- Ferreira, M. M., Santos, J. M., Sampaio, F., Moreira, M. T., Nogueira, A., Guerra, M., & Brito, I. S. (2023). Estilos de vida dos estudantes do ensino superior: Contributos para a promoção da saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22022. <https://doi.org/10.12707/RVI22022>
- Ferreira, S. M. G. (2022). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em saúde familiar* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde, Politécnico de Leiria]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://online.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/7990/1/Relatório%20Final%20de%20Estágio%202022%2006%2001.pdf>
- Figueira, D. A. M., Haddad, M. C. L., Gvozdz, R., & Pissinatti, P. S. C. (2017). A tomada de decisão da aposentadoria influenciada pelas relações familiares e laborais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(2), 207–215. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160127>
- Figueiredo, A., Martins, R., Andrade, A., Albuquerque, C., & Martins, C. (2018). Investment in personal life in institutionalized elderly. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 7–15. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.24>
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,

Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<https://hdl.handle.net/10216/20569>

Figueiredo, M. (2022). *Modalidades de Intervenção Familiar Sistémica: Intervenção Familiar Sistémica*. Lusodidacta.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2023a). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Cap. 38, pp. 383–391). Lidel.

Figueiredo, M. H. (2023b). Os fundamentos do pensamento sistémico. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Cap. 8, pp. 68–69). Lidel.

Figueiredo, M. H. (2023c). Ecomapa. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Cap. 37, pp. 350–352). Lidel.

Figueiredo, M. H. (2023d). Princípios da entrevista familiar sistémica. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Cap. 40, pp. 407–416). Lidel.

Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023a). Conotação positiva. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Cap. 41, pp. 438–439). Lidel.

Figueiredo, M. H., & Dias, A. (2023b). Rituais terapêuticos. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Cap. 41, pp. 443–444). Lidel.

Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023a). Genograma e psicofigura de Mitchell. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Cap. 37, pp. 344–346). Lidel.

- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023b). Escala de Graffar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (Cap. 37, pp. 353–356). Lidel.
- Figueiredo, M., Martins, M., Silva, L. & Oliveira, P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 11- 22.
- Fonseca, A. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Fonseca, A. (2018). *Boas práticas de ageing in place: Divulgar para valorizar – Guia de boas práticas em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Freitas, C. (2023). Trabalho em equipa na saúde. *Açoriano Oriental*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28716/30_04_2023-21883-p%C3%A1gina-1-geral.pdf
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2023). *Esperança de vida aos 65 anos: Total e por sexo (base: triénio a partir de 2001)*. [https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-419](https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-419)
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024a). *Pirâmide etária de Portugal: de 1974 a 2022*. <https://www.pordata.pt/pt/resumos/digest/cinco-decadas-de-democracia>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024b). *Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição*. <https://www.pordata.pt/portugal/agregados+domesticos+privados+total+e+por+tipo+de+composicao-19-1186>
- Gaspar, L. (2015). *Envelhecimento e transição-adaptação à reforma: Um estudo de caso* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório IPVC.

https://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1803/1/Laura_Gaspar.pdf

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2024 report*. <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>

Gordon, C. L., & Baucom, D. H. (2009). Examining the individual within marriage: Personal strengths and relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 16(3), 421–435. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01231.x>

Gottman, J., & Silver, N. (2001). *Os 7 princípios do casamento*. Pergaminho.

Grant, A. M. (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31(3), 253–263. <https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.3.253>

Guerreiro, C. S. R. (2018). *Transições para a reforma: Uma abordagem biográfica* [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/12206>

Guiomar, C. G. (2021). *Relatório de ensino clínico – Integração à vida profissional* [Relatório de estágio, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico da Guarda.

Gunderman, R. B., & Chan, S. (2015). Kirkpatrick's Evaluation of Educational Programs and its Relevance to Academic Radiology. *Academic Radiology*, 22(10), 1323-1325. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2015.07.005>

- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2a ed.). Lusociência.
- Hartman, A. (1995). Diagrammatic assessment of family relationships. *Families in Society*, 76(2), 111.
- Helms, H. M., Walls, J. K., Crouter, A. C., & McHale, S. M. (2010). Provider role attitudes, marital satisfaction, role overload and housework: A dyadic approach. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 568-577.
<https://doi.org/10.1037/a0020637>
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de Enfermagem: Programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 31-40.
<https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Hill, R. (1986). Life cycle stages for single parent families: Of family development theory. *Family Relations*, 35(1), 19-29.
<https://doi.org/10.2307/584278>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Huston, T. L., & Vangelisti, A. L. (1991). Socioemotional behavior and satisfaction in marital relationships: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(5), 721-733.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.5.721>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Proporção da população residente com 18 e mais anos com excesso de peso ou obesidade (%) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo 127 e Tipologia de áreas urbanas; Quinquenal*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010212&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*.

https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística. (2023a). *Índice de dependência total (N.º) por local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2024); Decenal*.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012282&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística. (2023b). *Projeção de população residente em Portugal*.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Pensões e participação no mercado de trabalho* – 2023.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646023229&DESTAQUESmodo=2

Internacional Council of Nurses. (2020). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>

International Family Nursing Association. (2023). *Practice Models for Nursing Practice with Families*. <https://internationalfamilynursing.org/resources-for-family%20nursing/practice/practice-models/>

Jablonski, B. (2010). A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 262-275. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200004>

Jong, P., & Berg, I. K. (2013). *Interviewing for solutions* (4th ed.). Brooks/Cole, Cengage Learning. <https://books.google.st/books?id=PeguLgEACAAJ>

- Jordão, T. (2019). *A sistémica familiar no cuidado de enfermagem centrado na família – Impacto de um programa de formação* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4854>
- Jucá, R. S. (2023). O estudo do erro: Contributos para o trabalho docente do professor de matemática. *Revista Eletrônica de Educação Matemática*, 18(2), 1–14. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revemat/article/download/82634/48515/322310>
- Kaakinen, J. R., & Hanson, S. M. H. (2010). Theoretical foundations for the nursing of families. In J. R. Kaakinen, D. P. Coelho, R. Steele, & M. Robinson, *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (pp. 63-102). FA Davis.
- Kaakinen, J. R., Coelho, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (5ª ed.). FA Davis.
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating training programs: The four levels* (3rd ed.). Berrett-Koehler Publishers.
- Knowles, S. J. (2004). *Marital satisfaction, shared leisure, and leisure satisfaction in married couples with adolescents* [Master's thesis, Oklahoma State University].
- Leeds-Hurwitz, W. (2021). *Metacomunicação* (No. 25). Center for Intercultural Dialogue. <http://centerforinterculturaldialogue.org>
- Leopold, T., & Skopek, J. (2016). Retirement and changes in housework: A panel study of dual earner couples (SOEPpapers No. 837). German Institute for Economic Research (DIW Berlin). https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.532869.de/diw_sp0837.pdf

- Loureiro, H. (2011). *Cuidar na entrada na reforma: Uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias* [Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. https://ria.ua.pt/handle/10773/4159?locale=pt_PT
- Loureiro, H. (2016). Qualidade de vida na aposentação: Que desafios? *Sinais Vitais: Enfermagem em Revista*, 121, 41–44. http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV121_s.pdf
- Loureiro, H. (2023). Famílias e transição para a aposentação. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (cap.19, pp.194-199). Lidel.
- Loureiro, H. M. A. M., Mendes, A. M. O. C., Fernandes, A. A., Camarneiro, A. P. F., Fonseca, A. M. G., Veríssimo, M. T., Carvalho, M. M., Silva, M. A. M., Rodrigues, R. M. C., Pedreiro, A. T. M., & Ângelo, M. (2014a). *A transição para a reforma em reformados portugueses*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. https://www.researchgate.net/publication/268148582_A_Transicao_par_a_a_Reforma_em_Reformados_Portugueses
- Loureiro, H. M. A. M., Mendes, A. M. O. C., Fernandes, A. A., Camarneiro, A. P. F., Fonseca, A. M. G., Veríssimo, M. T., Carvalho, M. M., Silva, M. A. M., Rodrigues, R. M. C., Pedreiro, A. T. M., & Ângelo, M. (2014b). *A transição para a reforma em casais portugueses*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2523&id_revista=32&id_edicao=81
- Loureiro, H. M. A. M., Mendes, A. M. O. C., Fernandes, A. A., Camarneiro, A. P. F., Fonseca, A. M. G., Veríssimo, M. T., Carvalho, M. M., Silva, M. A. M., Rodrigues, R. M. C., Pedreiro, A. T. M., & Ângelo, M. (2015a). *Construção de um programa promotor do envelhecimento ativo: O*

protótipo do programa REATIVA. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

https://rr.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2524&id_revista=32&id_edicao=82

Loureiro, H. M. A. M., Mendes, A. M. O. C., Fernandes, A. A., Camarneiro, A. P. F., Fonseca, A. M. G., Veríssimo, M. T., Carvalho, M. M., Silva, M. A. M., Rodrigues, R. M. C., Pedreiro, A. T. M., & Ângelo, M. (2015b). *REATIVA: Programa promotor de um envelhecimento ativo*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2542&id_revista=32&id_edicao=86

Machón, M., Larrañaga, I., Dorronsoro, M., Vrotsou, K., & Vergara, I. (2017). Health-related quality of life and associated factors in functionally independent older people. *BMC geriatrics*, 17(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0410-3>

Macinko, J., & Mendonça, C. S. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>

Mackenzie, L., DuToit, S., McGrath, M., Fang, Y., & Loton, C. (2024). An online, self-report version of the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST-SR) to identify fall-related hazards in the homes of older people. *Home Health Care Management & Practice*, 36(2), 112–119. <https://doi.org/10.1177/10848223231208025>

Marau, J. (2007). O desenho infantil e o círculo familiar de Thrower em medicina geral e família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23(3), 319-325.

- Marin, H. (2010). Sistemas de informação em saúde: Considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1). <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4>
- Marques, M. (2021). *A importância da formação na qualidade dos cuidados prestados no serviço de urgência básica* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76449>
- Martins, A. R. R. (2018). *Revisão sistemática do ciclo vital da família* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório ISMT. <https://repositorio.ismt.pt/items/d9e8aa10-74af-4728-8ac3-91c1552ad6b3>
- Masanet, M. J., Sousa, H., Sá, L., & Tavares, M. (2014). *Trabalho, desigualdades sociais e saúde: Contributos de um estudo com profissionais dos cuidados de saúde primários*. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/80065>
- McCubbin, M., & McCubbin, H. (1993). Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In C. B. Danielson, B. Hamel-Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families, health & illness: Perspectives on coping and intervention* (pp. 21–63). Mosby-Year Book.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- 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. In *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (p. 281). Porto: ESEP.
- Mendes, A., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com insuficiência cardíaca: Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem, Série III*, 1(1), 7–16.
- Mendes, F., Mantovani, M. F., Gemito, M. L. G. P., & Lopes, M. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 17-25. <https://doi.org/10.12707/RIII1281>
- Middleton, K. R., Anton, S. D., & Perri, M. G. (2013). Long-term adherence to health behavior change. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 7(6), 395–404. <https://doi.org/10.1177/1559827613488867>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (3rd ed). Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: Helping people change and grow* (4rd ed). Guilford Press.
- Ministério da Justiça. (1977). Decreto-Lei n.º 496/77. Diário da República n.º 273/1977, 1.º Suplemento, Série I de 1977-11-25, 2818(1) –2818(50). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/496-1977-300030>
- Ministério da Saúde. (2009). *História do Serviço Nacional do Serviço Nacional de Saúde*. <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/os-ministerios/ms/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx>
- Ministério da Saúde. (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014. Diário da República, Série I – N.º 149. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

- Ministério da Saúde. (2018). Despacho n.º 1225/2018. Diário da República, Série I, n.º 18. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1225-2018-114627297>
- Ministério da Saúde. (2023). Sistema de informação das administrações regionais de saúde: Bilhete de identidade de indicadores de monitorização e contratualização.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2022). Portaria n.º 292/2022, de 9 de dezembro. Diário da República, n.º 236/2022, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/292-2022-204502330>
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2023). Portaria n.º 414/2023, de 7 de dezembro. Diário da República, n.º 236/2023, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/414-2023-225397118>
- Minuchin, S. & Fischman, H. (2007). *Técnicas de Terapia Familiar*. Artmeds Editora.
- Miranda-Duro, M. C., Nieto-Riveiro, L., Concheiro-Moscoso, P., Groba, B., Carracedo-Vázquez, M., Pousada, T., & Pereira, J. (2021). Mixed Study on the Impact of a TechnologyBased Retirement Preparation Program: Tech-Retired. Protocol Study. *International Journal of Qualitative Methods*, 20 , 1–9. <https://doi.org/10.1177/16094069211003437>
- Mitchell, B. A., & Lovegreen, L. D. (2009). The empty nest syndrome in midlife families: A multimethod exploration of parental gender differences and cultural dynamics. *Journal of Family Issues*, 30(12), 1651-1670. <https://doi.org/10.1177/0192513X09339020>
- Murteiro, A., & Figueiredo, M. (2023). *Prescrições Paradoxais*. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 440-442). Lidel.

- Narciss, S., & Alemdag, E. (2024). Learning from errors and failure in educational contexts: New insights and future directions for research and practice. *The British Journal of Educational Psychology*, 95(1), 197–218. <https://doi.org/10.1111/bjep.12716>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-1232021262.40802020>
- Noller, P., Feeney, J., & Ward, C. (2014). Determinants of marital quality: A partial test of Lewis and Spanier's model. *Journal of Family Studies*, 3(2), 226–251. <https://doi.org/10.5172/jfs.3.2.226>
- Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós – Gerontologia*, 20(4), 49–71. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71>
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. Family Social Science, University of Minnesota.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legisla%20caoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/PQCEE%20SaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*. NORPRINT Artes Gráficas.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descritivos_PQCER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Regulamento da formação profissional da Ordem dos Enfermeiros: Versão 1*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Diário da República, 2.ª série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2ª Série, nº 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019. *Diário da República*: 2ª série, nº184. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 da mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posicao-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-saude-familiar.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022). *Promoção do envelhecimento saudável e bem-sucedido*.

https://www.ordemdos psicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_comunidadeprovelhecimento_selo_documento.pdf

Organização das Nações Unidas. (2017). *World population ageing 2017*. Department of Economic and Social Affairs: Population Division. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa/pd/files/files/documents/2020/May/un_2017_worldpopulationageing_report.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Relatório mundial de saúde primária: Agora mais do que nunca*. https://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2023). Cuidados de saúde primários. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base*. Washington, DC. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://doi.org/10.37774/9789275726587>

Paiva, A. C. O., & Silva, L. K. (2024). A prática reflexiva de enfermeiros residentes no processo ensino-aprendizagem em hospitais de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(4), e20230540. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0540pt>

Pantoja, J. S., & Martins, M. G. T. (2020). *Habilidades de comunicação interpessoal entre casais: Contribuições da terapia cognitivo-comportamental*. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 5(10), 138–164. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/comunicacao-interpessoal>

Paul, F., Connor, L., McCabe, M., & Ziniel, S. (2016). The development and content validity testing of the Quick-EBP-VIK: A survey instrument measuring nurses' values, knowledge and implementation of evidence-

- based practice. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(5), 118–127. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n5p118>
- Pedreiro, A., Loureiro, L. M. J., Loureiro, M. I. G., & Loureiro, H. M. A. M. (2021). Escala de posicionamento face à adaptação à reforma: Avaliação da validade e fiabilidade. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20191. <https://doi.org/10.12707/RV20191>
- Peixoto, M. J., & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13(2), 372-388. <http://hdl.handle.net/10400.26/36214>
- Pinheiro-Carozzo, N., Silva, I., Murta, S., & Gato, J. (2020). *Intervenções familiares para prevenir comportamentos de risco na adolescência: Possibilidades a partir da Teoria Familiar Sistémica. Pensando Famílias*, 24(1), 207–223.
- Pinto, J. M., Montinho, L. M. S., & Gonçalves, P. R. C. (2008). O doente queimado e a dinâmica familiar: O impacto da doença na família. *Revista Referência*, 11(2), 69–76.
- Pires, D. F. (2020). Prevenção primordial, envelhecimento ativo e reforma faseada: Um triângulo saudável? *Gazeta Médica*, 1(7). <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/download/275/186/1844>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2007). Decreto-Lei n.º 298/2007. Diário da República, Série I, n.º 161, 5587-5596. <https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2007). Resolução do Conselho de Ministros 60/2007. Diário da República, Série I, n.º 80/2007 – 24 de abril. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/60-2007-520864>

- Presidência do Conselho de Ministros. (2021). Decreto-Lei n.º 113/2021. Diário da República, Série I, n.º 219. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023a). Decreto-Lei n.º 103/2023. Diário da República, Série I, N.º 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023b). Decreto Lei nº 102/2023. Diário da República nº 215/2023 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2024). Decreto-Lei n.º 81/2024. Diário da República, Série I, n.º 212, 4-6. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2024-894487441>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28(1), 183–218.
- Rasheed, J. M., Rasheed, M. N., & Marley, J. A. (2011). *Family therapy: Models and techniques*. Sage Publications.
- Rauer, A. J., & Volling, B. L. (2005). The Role of Husbands' and Wives' Emotional Expressivity in the Marital Relationship. *Sex Roles: A Journal of Research*, 52(9-10), 577–587. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-3726-6>
- Rebelo, B. P. A. (2021). *Reformados e modos de relação com a reforma* (Tese de doutoramento, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa). Repositório do Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/23081>
- Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. (4ª ed). Edições Afrontamento.

- Ribeiro, D. (2020). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar nos Cuidados de Saúde Primários. *Pensar Enfermagem*, 24(1), 1-15.
<https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/download/178/183>
- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023). Reenquadramento. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (capítulo 41, Subcapítulo 41.2.1, pp. 436-437). Lidel.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2018). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lidel.
- Rocha, A., Silva, A., Araújo, C., Peneda, L., Felícia, P., Gonçalves, S., Quesado, A., & Ferreira, A. (2020). Fatores que Influenciam a Transição Saudável para a Reforma: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 79-89.
<https://doi.org/10.37914/rjis.v3i1.72>
- Rodrigues, A., & Felício, M. M. (2017). *Governança Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: Perguntas e Respostas Essenciais*. Grupo Técnico Nacional da Governança Clínica e de Saúde.
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governança%20Clinca%20e%20de%20Saúde.pdf>
- Rodrigues, N. C., Monteiro, T. M., Barbosa, D. A., & Guedes, M. V. C. (2020). Risco de quedas em idosos: Revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(6), e200076.
<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200076>
- Ruppanner, L. (2008). Fairness and housework: A cross-national comparison. *Journal of Comparative Family Studies*, 39(4), 509-526.
<https://doi.org/10.3138/jcfs.39.4.509>

- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Santos, A. F. C. S. B. (2018). *A transição da vida ativa para a reforma* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade Técnica de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/16705/1/Trabalho%20final%20de%20tese%20-%20Ana%20Filipa%20Santos.pdf>
- Santos, E. J. (2019). *Da Avaliação Familiar Ao Processo De Enfermagem À Família – Construção De Um Programa De Desenvolvimento De Competências* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria). <http://hdl.handle.net/10400.8/4709>.
- Santos, M. C. P. (2011). *Paradoxo da divisão desigual do trabalho doméstico e satisfação no relacionamento* [Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL)]. Repositório ISCTE-IUL. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4130/6/Tese_02-09-11.pdf
- São José, J., & Teixeira, A. R. (2014). Envelhecimento ativo: Contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, 49(210), 28–54. <https://doi.org/10.31447/AS00032573.2014210.02>
- Sardinha, A., Falcone, L., & Ferreira, M. C. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 395-402. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300013>
- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317(7150), 61-65.

- Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: Um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Artmed.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS]. (2018). Sobre os sistemas de informação. <https://www.spms.min-saude.pt/sobre-os-sistemas-de-informacao/>
- Shiba, K., Kondo, N., Kondo, K., & Kawachi, I. (2017). Retirement and mental health: Does social participation mitigate the association? A fixed-effects longitudinal analysis. *BMC Public Health*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4427-0>
- Silva, I. F. P. (2017). *A arte do voluntariado: Processo de transição da “vida ativa” para a reforma. “A experiência dos voluntários da Entrajuda e do Banco Alimentar de Lisboa”* (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10437/8750>
- Silva, M. C. L. S. R., Silva, L., & Bousso, R. S. (2011). A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 674–679. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200031>
- Silva, M. M., Kraus, T., & Figueiredo, M. H. (2023). Ciclo vital da família. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (cap. 15, pp. 151-158). Lidel.
- Silva, R. (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do Enfermeiro de Família*. (Relatório de estágio, Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar). Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto-Douro, Instituto Politécnico de Bragança.

- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Sohier, L., Van Ootegem, L., & Verhofstadt, E. (2021). Well-being during the transition from work to retirement. *Journal of Happiness Studies*, 22(1), 263-286. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00228-6>
- Sousa, F. G., Figueiredo, M. D., & Erdmann, A. L. (2010). *Instrumentos para avaliação e intervenção na família: Um estudo descritivo*. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 11(1), 60–63. <http://hdl.handle.net/10400.26/33604>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação de questões de pesquisa na prática baseada em evidências. *Revista Investigação em Enfermagem*, S2(23), 31-39. <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1287>
- Souza, L., Leal, M., Bezerra, A., Silva, I., Souza, L., & Santo, A. (2020). Fatores de postergação da aposentadoria de idosos: Revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(10), 3889-3900. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.25702018>
- Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de família. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (cap.11, subcap.11.1, pp.92-95). Lidel.
- Stevens, J. A., & Burns, E. (2015). *A CDC compendium of effective fall interventions: What works for community-dwelling older adults* (3rd ed.). National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/falls/pdf/cdc_falls_compendium-2015-a.pdf

- Stitt, R. E. (2016). Marital Satisfaction After Retirement. *Psychology Today*.
<https://www.psychologytoday.com/us/blog/walking-in-wisdom/202409/marital-satisfaction-after-retirement>
- Szinovacz, M. E., DeViney, S., & Davey, A. (2001). Influences of family obligations and relationships on retirement: variations by gender, race, and marital status. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(1), S20-S27.
<http://dx.doi.org/10.1093/geronb/56.1.S20>
- Taniguchi, H. (2006). Men's and Women's Volunteering: Gender Differences in the Effects of Employment and Family Characteristics. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 35, 83-101.
<https://doi.org/10.1177/0899764005282481>
- Varge, S. M. (2023). *O envelhecimento ativo e a transição para a reforma: Representações, projetos e expectativas: Um estudo de caso na Universidade do Porto* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Letras da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/154074>
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 50(1), 102963.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>
- Voorpostel, M., Van der Lippe, T., & Gershuny, J. (2010). Spending time together: Changes over four decades in leisure time spent with a spouse. *Journal of Leisure Research*, 42(2), 243–265.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.472.6279&rep=rep1&type=pdf>
- Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of*

Social Welfare, 21(s1), S117-S130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x>

Walshe, K., & Smith, J. (2011). *Healthcare management*. McGraw-Hill Education.

Wang, C. D., Hayslip Jr, B., Sun, Q., & Zhu, W. (2019). Grandparents as the primary care providers for their grandchildren: A cross-cultural comparison of Chinese and US samples. *The International Journal of Aging and Human Development*, 0(0), 1–25. <http://doi.org/10.1177/0091415018824722>

Watzlawick, P., Bealvin, J., & Jackson, D. (2002). *Pragmática da comunicação humana*. Editora Cultrix.

Wolin, S. J., & Bennett, L. A. (1984). Family rituals. *Family Process*, 23(3), 401–420. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1984.00401.x>

World Health Organization. (2015). *Ageing and health: Fact sheet no. 404*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

World Health Organization. (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43811>

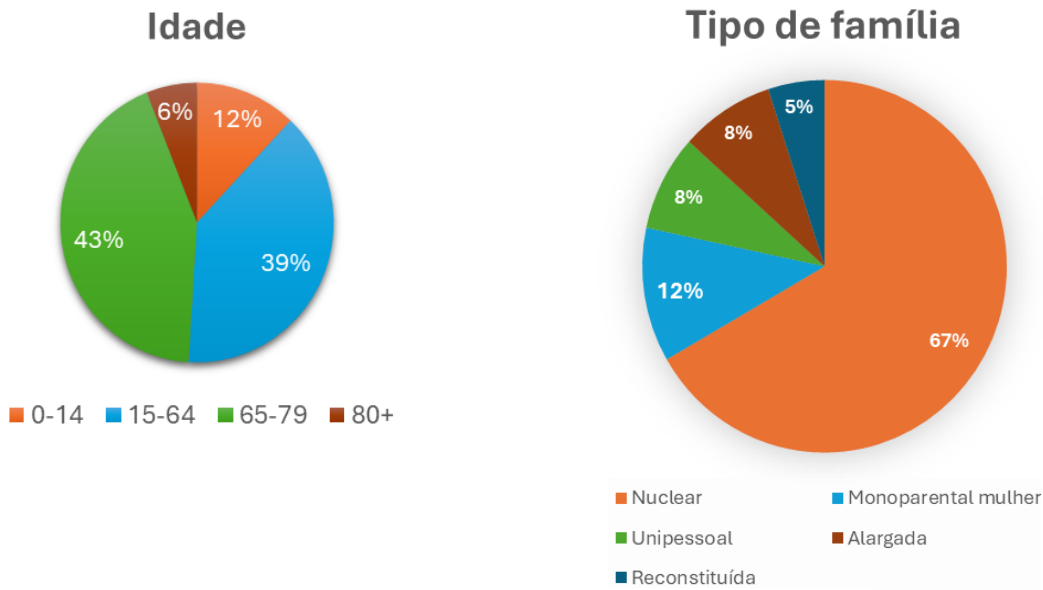
World Health Organization. (2021). *Step safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course*. Geneva: WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340962/9789240021914-eng.pdf?sequence=1>

Wright, M. L. & Leahey M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F.A. Davis

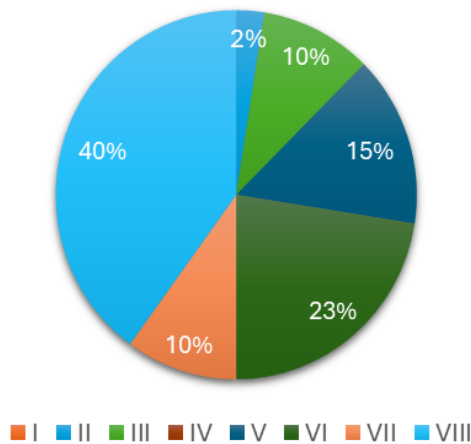
- Zanatta, E., & Arpini, D. (2017). Conhecendo a imagem, o papel e a relação avó-neto: A perspectiva de avós maternas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 17(1), 343–363.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812017000100019&script=sci_abstract
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva (Erechim)*, 36(136), 133-142.
https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_314.pdf

ANEXOS

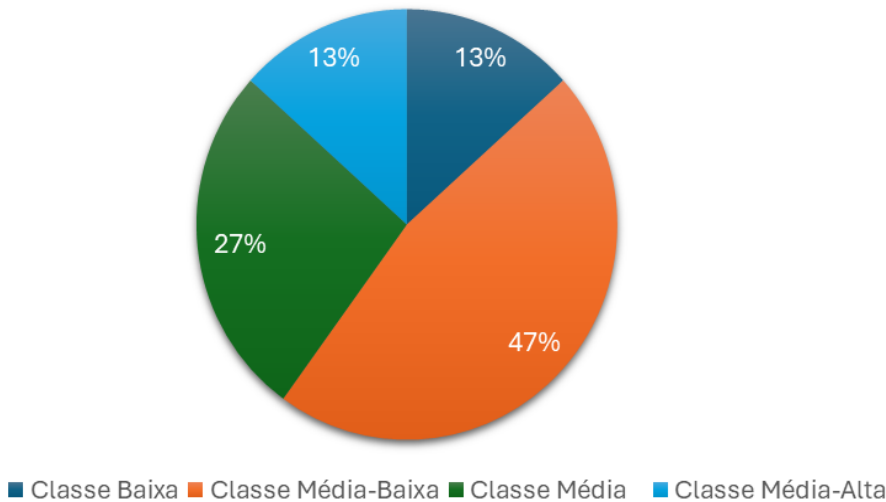
ANEXO I - Dados sobre a caracterização das 60 famílias



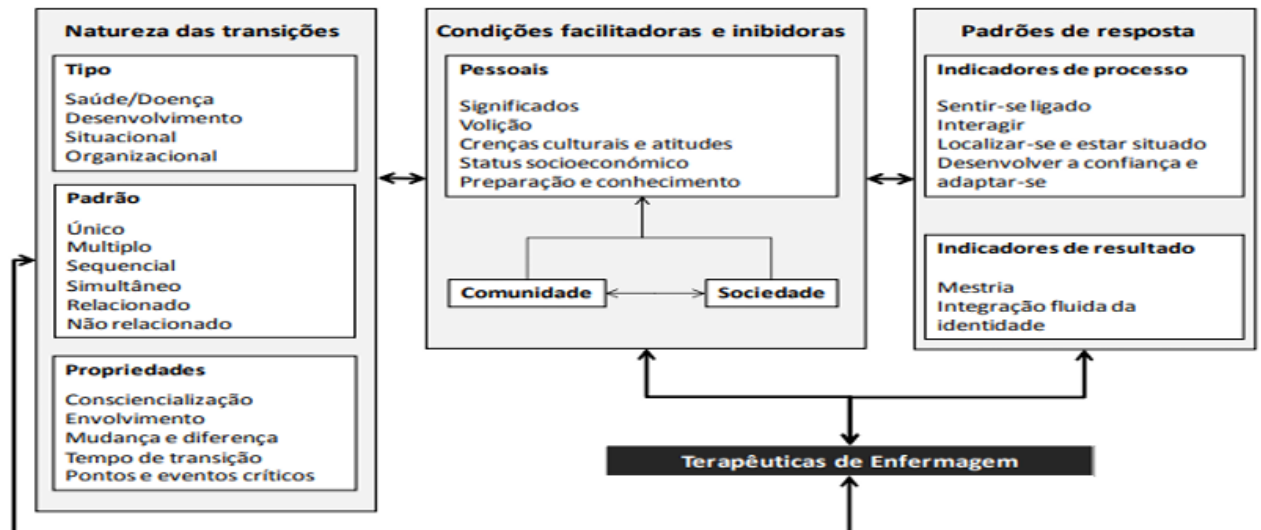
Etapa do ciclo vital (Duvall)



Classe social (Escala de Graffar Adaptada)



ANEXO II - Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance



Fonte: Adaptado de Meleis, 2010, p.56

ANEXO III – Família Mercúrio

A Família Mercúrio é constituída pelo Sr J de 67 anos e pela esposa, D. A de 66 anos. Tem um filho S. de 31 anos e outro filho D, que morreu com 8 meses. O Sr J está reformado há 6 meses, trabalhava como empresário numa empresa de transportes internacionais. A D.A é professora do ensino secundário, mas já submeteu o pedido de reforma, encontrando-se a aguardar pela mesma. O Sr J. tem como antecedentes HTA e a D. A tem DPOC.

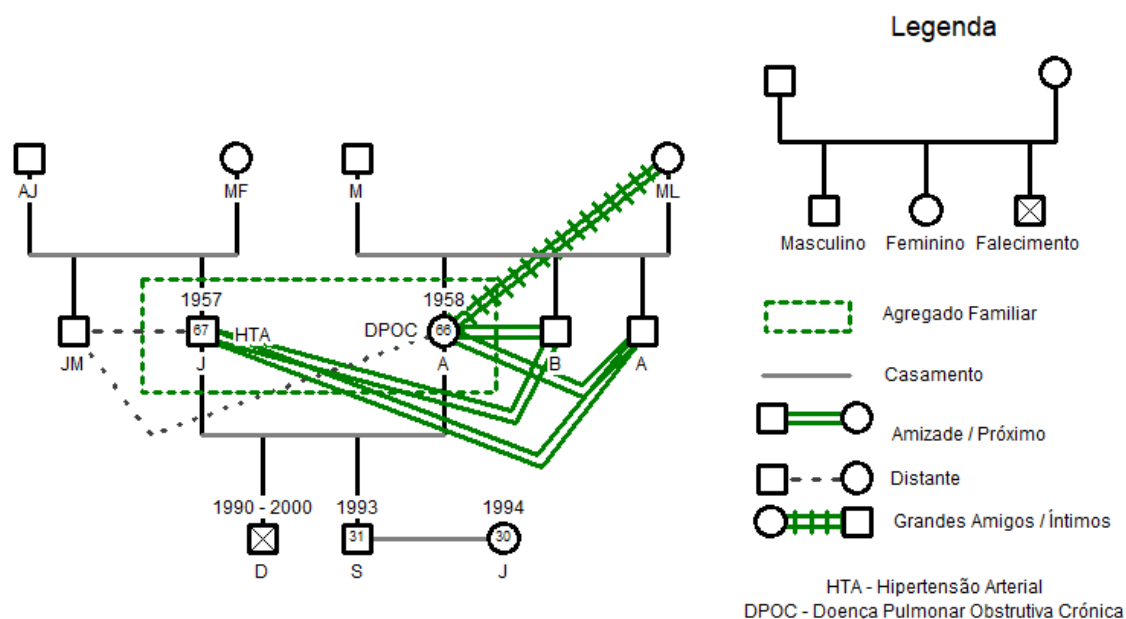


Figura 1 - Genograma da Família Mercúrio

O Genograma da Família Mercúrio está representado na Figura 1. Esta família é classificada como nuclear, integrando o subsistema conjugal, Sr. J e a D. A e cada um dos subsistemas individuais.

Em relação à família extensa, o casal mantém contacto pessoal e telefónico diário ou semanal com o filho e a nora. Existe um contacto pessoal semanal com os pais da D. A, quinzenal com os irmãos da D.A e mensal com os pais do Sr. J. Segundo a D.A “quase todos os domingos juntamo-nos em casa que era dos meus pais, vai o meu filho e a namorada, os meus irmãos e cunhados/as, uma vez por mês vamos a casa dos pais do J.”, sendo que esta dinâmica promove funções de companhia social. O irmão do Sr. J encontra-se a trabalhar fora do país, pelo que, se encontram com este nas festividades ou em férias.

O filho e a nora, os pais de ambos e os irmãos da D.A desempenham um papel fundamental na companhia social, o filho e os pais do Sr. J desempenham a função de

apoio emocional para o Sr. J e o filho e pais da D.A a mesma função para a própria. Como guia cognitivo e conselhos e ajuda material e de serviço descrevem que o filho também os suporta nessa medida e vice-versa.

A dinâmica familiar caracteriza-se por um equilíbrio entre proximidade e respeito pela independência, evidenciando uma relação harmoniosa e funcional. O casal mantém um vínculo próximo com o filho e a nora, reconhecendo e valorizando a autonomia da sua nova unidade familiar, sem impor dependência ou interferências. Esta relação assenta numa base de respeito mútuo e suporte incondicional, em que a disponibilidade para prestar auxílio é recíproca, sendo ativada sempre que necessário, sem comprometer a individualidade e a organização familiar de cada um.

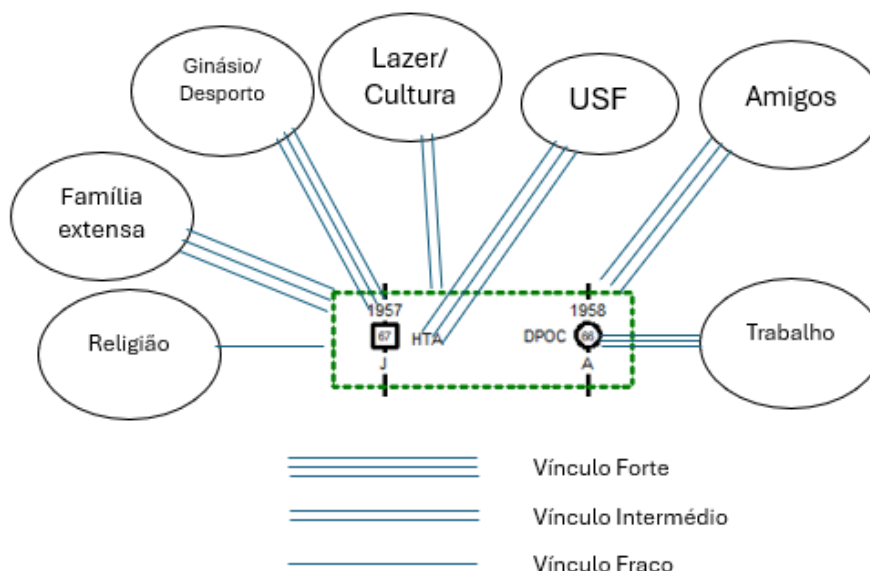


Figura 2 – Ecomapa da Família Mercúrio

De acordo com o Ecomapa representado (figura 2), o casal demonstra um vínculo muito forte com a família extensa, conforme já evidenciado no Genograma, com os amigos e um vínculo intermédio com atividades de lazer e cultura e um vínculo fraco para com a religião. O Sr. J apresenta um vínculo forte com o desporto e com a USF e a D. A com o seu trabalho.

DIMENSÃO ESTRUTURAL

No âmbito da dimensão estrutural do MDAIF, foram analisadas as áreas de atenção relacionadas com o Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precaução de Segurança, o Abastecimento de Água e a presença de Animal Doméstico.

As condições socioeconómicas da família foram analisadas através da aplicação da Escala de Graffar Adaptado, que posicionou a família na classe social média alta, com uma pontuação

total de 11 em cinco itens avaliados. Ambos os membros exerceram profissões classificadas no grau 2 e possuem escolaridade correspondente a licenciatura e mestrado, enquadrando-se no grau 1 de instrução. A principal fonte de rendimento é vencimentos certos, também classificada no grau 3, uma vez que a D.A se ainda se encontra a trabalhar. O tipo de habitação no grau 2 (casa bastante espaçosa e confortável) e o local de residência no grau 3 (zona intermédia).

O rendimento familiar, como já referido anteriormente, encontra-se classificado no grau 3 da Escala de Graffar, uma vez que o Sr. J se encontra reformado e a D.A aguarda entrada na reforma, pelo que ainda recebe salário como professora no ensino secundário. A fonte mais alta de rendimento é da D.A com rendimentos certos. Referem que conseguiram juntar dinheiro para usufruir na reforma, em caso de necessidade e ainda que, os rendimentos na reforma são os esperados e não são área que gere preocupação. Caso surja um imprevisto, para além da poupança, tem o filho a quem recorrer e o contrário também se verifica, sendo considerado como **Rendimento Familiar Não Insuficiente**.

Relativamente ao Edifício Residencial, este foi caracterizado como espaçoso e confortável, obtendo 2 pontos na Escala de Graffar. Trata-se de uma casa espaçosa situada numa zona urbana afastada do centro da cidade, no entanto, bem conservada, dispõe de três quartos e um escritório, uma cozinha, uma lavandaria, uma casa de banho completa, duas casas de banho de serviço, uma sala de estar/jantar, garagem para dois carros e terraço. A casa apresenta elevados padrões de higiene e organização, a família tem empregada doméstica cerca de 1x por semana e limpa e arruma sempre que necessário, este cuidado reflete uma gestão habitacional adequada, permitindo concluir que a família reside num **Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado**.

O **Abastecimento de Água** é realizado por rede pública, assim como o tratamento de resíduos, sendo ambos considerados adequados.

No que concerne à área de **Precaução de Segurança**, verificou-se que existem tapetes na sala, cozinha, quartos e casas de banho. Existem escadas na entrada da moradia e para o 2º piso. A família refere que, no futuro, quando surgir alguma limitação na mobilidade tencionam retirar tapetes mais pequenos ou que possibilitem uma queda. Apresentam um quarto pequeno (escritório neste momento), referem que se no futuro não conseguirem subir escadas, tem um quarto para usufruir no rés do chão. Apresentam aquecimento central e lareira na sala, mas referem que apenas serve de “adorno” neste momento e ausência de Abastecimento de gás. Foi, assim, formulado o diagnóstico **Precaução de Segurança Demonstrada**.

A família tem um cão com cerca de 5A, que se encontra desparasitado e vacinado. Fazem a desparasitação cerca de 3x por ano, o que sugere **Animal Doméstico Não Negligenciado**.

Todos os diagnósticos realizados nesta dimensão apresentaram um juízo positivo, não sendo necessárias intervenções no momento da avaliação. Estas condições foram identificadas como

forças da família, desempenhando um papel facilitador nos processos vivenciados pela unidade familiar e pelos seus membros, individualmente.

DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

No âmbito da dimensão de desenvolvimento, procedeu-se à avaliação da área de atenção Satisfação Conjugal, com enfoque nas dimensões operativas relacionadas com a dinâmica relacional e os processos de comunicação entre o casal. No âmbito da satisfação conjugal, foi avaliada a satisfação do casal relativamente à divisão e partilha das tarefas domésticas, com recurso a questões lineares e circulares. Quando questionados sobre a satisfação com a divisão atual, ambos os elementos referiram estar confortáveis com a dinâmica estabelecida. A D. A afirmou: "Sou eu que faço a maior parte das tarefas em casa, o meu marido ajuda a meter e levantar a mesa, leva o lixo, vai mais ele passear o cão. Também me ajuda a arrumar algumas coisas quando estão fora do sítio se for preciso. Como temos empregada, acaba por me libertar de muitas tarefas, mas estamos bem assim, não alterava nada. Se eu ficar doente, ele consegue desenrascar-se na cozinha." Já o Sr. J corroborou: "Normalmente é a esposa que trata da casa, temos empregada o que facilita um bocadinho. Eu ajudo a meter a mesa, levo o lixo quando vou passear o cão. Acho que sempre funcionamos assim e estamos bem como está, não alterava nada. Se a A ficar doente ou incapaz, eu consigo desenrascar-me na cozinha e em casa, não será problema. Acho que desde que entrei na reforma, está tudo igual."

Relativamente às mudanças nas rotinas domésticas com a transição para a reforma, o casal mencionou que esta fase não trouxe alterações significativas. Ambos destacaram que a divisão de tarefas é funcional e que as responsabilidades são complementadas pela presença de uma empregada, o que contribui para a manutenção do equilíbrio na gestão das atividades diárias. Quando interrogados sobre a flexibilidade em assumir as funções do outro em caso de imprevistos, ambos demonstraram confiança. A D. A salientou que o Sr. J seria capaz de se adaptar e assumir algumas tarefas, enquanto este reforçou a sua capacidade de se desenrascar, caso fosse necessário.

No que concerne à satisfação do casal relativamente ao tempo que passam juntos, foi realizada uma avaliação através de uma questão de escala, onde foi solicitado que atribuísem uma pontuação de 1 a 10. O Sr. J atribuiu a pontuação máxima, referindo: "O tempo que estamos juntos para já mantém-se igual, porque a A ainda trabalha, mas estamos bem assim. Quando conseguir a reforma, vamos dedicar-nos às nossas viagens provavelmente. Daria um 10, temos realmente uma boa relação e estou satisfeito com o tempo que passamos juntos." Já a D. A, ao atribuir a pontuação de 9, afirmou: "Acho que temos uma boa relação, provavelmente quando eu me reformar teremos mais tempo para estar juntos, mas para já estamos bem e habituados a esta rotina. Gostamos muito de viajar e passear e quando estivermos os dois reformados vai ser esse o nosso maior foco. Daria um 9, estou bastante

satisfeita com o tempo que passamos juntos. Na semana passada fomos os dois jantar fora, tentamos ir 1x por semana, ou de 15 em 15 dias."

Apesar de a D. A ainda estar a trabalhar, ambos demonstraram satisfação com o presente e veem de forma positiva o futuro, prevendo que a reforma da D. A trará mais oportunidades para partilharem momentos em conjunto, sobretudo dedicados a viagens e passeios.

No âmbito da satisfação conjugal relativamente à expressão de sentimentos e emoções, foi realizada uma análise aprofundada utilizando questões lineares e circulares. A avaliação incluiu a exploração das práticas de partilha emocional em momentos de felicidade ou adversidade, mudanças ocorridas na forma de expressão ao longo da relação e os possíveis impactos da transição para a reforma. Adicionalmente, foram analisadas as dinâmicas relacionadas com a retenção ou partilha de emoções e a perceção de valorização dos sentimentos e pensamentos de cada um. A D. A destacou: "Conversamos bastante sobre os nossos receios e sentimentos, o J. é um ótimo ouvinte e ajuda-me bastante. Está sempre preocupado comigo. Também estou sempre disponível quando ele precisa, se bem que eu falo e partilho mais, mas acho que sempre foi assim." Por sua vez, o Sr. J acrescentou: "Partilhamos sempre os nossos pensamentos e sentimentos. A A. fala mais do que eu, mas sempre fui assim e sei que, se precisar, ela me ouve e apoia sempre. Não alterava nada na nossa relação." Desta análise conclui-se que o casal demonstra satisfação com a forma como expressam e recebem os sentimentos no contexto da relação conjugal. Apesar das diferenças, com a D. A a verbalizar com mais frequência e o Sr. J a adotar uma postura mais reservada, ambos percebem estas interações como ajustadas às suas necessidades individuais.

Relativamente à comunicação no casal, foi avaliado se ambos conversam sobre as suas expectativas e receios, como gerem as discordâncias e se estão satisfeitos com a qualidade da sua comunicação. Para tal, foram utilizadas questões lineares, circulares, reflexivas e de escala. Sobre a partilha de expectativas e receios, foi questionado se costumam conversar acerca do que os preocupa e das formas de ultrapassar as dificuldades, se discutem as suas expectativas para o futuro e se acreditam que deveriam abordar mais esses assuntos. O Sr. J afirmou que "quando temos alguma preocupação, sim, conversamos sobre o assunto. É algo que temos feito desde sempre. Tentamos perceber o que cada um sente e o que podemos fazer para lidar com isso." D. A concordou, reforçando que "sempre fomos bons em falar um com o outro sobre o que nos preocupa. Às vezes até partilhamos receios que, depois de falados, percebemos que não eram tão complicados quanto pensávamos." No que diz respeito às expectativas, ambos se mostraram otimistas em relação ao futuro. O Sr. J referiu: "Tínhamos algumas expectativas de poder descansar mais, aproveitar os netos e fazer pequenas viagens. Queríamos uma vida mais tranquila, depois de tantos anos a trabalhar. Eu tinha um pouco de receio de deixar o trabalho, porque sempre fui muito ativo, mas adaptámo-nos bem." Já D. A destacou que "as nossas expectativas estão mais ligadas a manter a saúde,

ficar perto dos filhos e continuar a ter energia para fazer as coisas que gostamos." Ambos reconheceram a importância de conversar mais sobre o futuro, com D. A a referir que procura incluir o marido nas decisões da casa e noutras áreas, e o Sr. J afirmou que se esforça por perguntar à esposa sobre as suas preferências e projetos para a manter envolvida e apoiada.

No que concerne à discordância de opinião, foi avaliado se conseguem chegar a consensos, quais os temas mais comuns de discordância e se sentem que a sua opinião é valorizada. O Sr. J explicou que "quando temos opiniões diferentes, conseguimos chegar a um consenso, mesmo que demore um pouco. Sempre procuramos respeitar e aceitar a opinião um do outro, porque valorizamos o equilíbrio na relação." D. A corroborou, destacando que "as nossas discordâncias acontecem, geralmente, em temas como finanças, organização da casa ou como aproveitar o tempo juntos. Mas, no final, conseguimos ouvir-nos e encontrar um meio-termo que seja justo para ambos." Ambos concordaram que não sentem que um deles ceda mais frequentemente do que o outro, salientando o respeito mútuo como fundamental para evitar ressentimentos. Apesar de estarem mais tempo juntos desde a reforma, não consideram que as discussões tenham aumentado significativamente. Segundo o Sr. J, "o facto de estarmos mais tempo juntos tem sido mais positivo do que problemático. Qualquer desacordo que surge, resolvemos com diálogo e paciência." D. A reforçou essa ideia, afirmando que "tentamos aproveitar o facto de estarmos mais tempo juntos para fortalecer a nossa relação, aprendendo a respeitar ainda mais as diferenças de cada um."

Foi avaliado o padrão de comunicação do casal, tendo sido questionado se consideram que existe espaço para o diálogo, como qualificam a comunicação numa escala de 1 a 10 e se esta mudou após a reforma. Ambos classificaram a comunicação com uma pontuação de 8, demonstrando satisfação geral. O Sr. J mencionou que "sentimos que há espaço para o diálogo na nossa relação. Sempre tivemos essa base de conversar um com o outro, seja sobre assuntos do dia a dia ou questões mais importantes." D. A concordou, acrescentando que "é algo que sempre cultivamos. É claro que, como em qualquer relação, há momentos em que um de nós está mais cansado ou menos disponível para falar, mas no geral o diálogo é bom e aberto." Quanto à dinâmica de comunicação, D. A reconheceu ser a mais faladora do casal, enquanto o Sr. J afirmou que isso o ajuda a expressar-se mais, criando um equilíbrio. Após a reforma, ambos consideram que a comunicação melhorou devido ao aumento do tempo que passam juntos, o que trouxe maior proximidade e oportunidades para conversar. Contudo, D. A mencionou que "às vezes temos de nos lembrar de dar espaço um ao outro, especialmente quando estamos em desacordo."

Tendo em conta os dados colhidos, foi identificado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Mantida por Relação dinâmica Não disfuncional, Comunicação Eficaz, Interação Sexual Adequada e Relação Sexual Não Comprometida.**

DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente: Não

Procedeu-se à análise das crenças da família, enquanto elemento estruturante do seu funcionamento e da forma como percebe e enfrenta os desafios do quotidiano. No que respeita à dimensão religiosa, os elementos da família identificam-se como católicos, embora não sejam praticantes. Realizaram os principais sacramentos, como o casamento pela igreja e o batismo dos filhos, mas não mantêm o hábito de frequentar regularmente a missa, participando apenas em celebrações religiosas pontuais, como as festividades. Em termos de crenças espirituais, ambos demonstram fé em Deus e expressam a sua crença na reencarnação, salientando que estas convicções não interferem negativamente na vivência do dia a dia, mas funcionam como uma base de tranquilidade e confiança pessoal. Relativamente aos valores que orientam o seu modo de vida e as suas relações, destacam a importância da humildade, honestidade, educação e confiança, princípios que procuraram transmitir aos filhos ao longo do processo educativo e nas interações familiares. No plano das crenças culturais, referem participar nas festas da cidade e valorizar tradições como a celebração da Páscoa e do Natal, momentos vivenciados em união familiar, reforçando o sentimento de pertença e a identidade cultural. Quanto à perceção sobre os profissionais de saúde, manifestam uma atitude de respeito e confiança, reconhecendo o papel fundamental da equipa na promoção do seu bem-estar, salientando o acolhimento e a qualidade da relação estabelecida com os elementos da USF.

Quanto à dimensão funcional, no que diz respeito ao **Processo Familiar**, foi avaliada a dimensão operativa **Coping Familiar**. Através de questões lineares, circulares e reflexivas, explorou-se a forma como o casal lida com os desafios e problemas que surgem no quotidiano familiar. Quando questionados sobre como resolvem os problemas que surgem e se costumam discuti-los em família, o Sr. J afirmou: "Quando surgem problemas, o nosso hábito é conversar sobre eles em família. Sempre tentamos manter uma abordagem de diálogo e partilha, especialmente em momentos mais complicados", ao que D. A acrescentou: "Sim, é verdade. Gostamos de discutir os problemas em conjunto, mas tentamos fazê-lo de forma calma e respeitosa, dando espaço para que cada um partilhe o que sente. Nem sempre é fácil, mas é algo que valorizamos."

Quando inquiridos sobre a consideração das opiniões de todos os membros da família nas discussões, o Sr. J destacou: "A opinião de todos é tida em conta, sim. Mesmo com o nosso filho, S, sempre procurámos ouvir o que ele tinha a dizer, quando era mais novo." De forma linear, foi também questionado ao casal se estão satisfeitos com a forma como discutem os problemas e se gostariam que fosse de outra forma. Ambos relataram estar satisfeitos, com D. A referindo: "Estamos relativamente bem satisfeitos com a forma como discutimos os problemas, nem tudo é perfeito, mas chegamos a consenso."

Relativamente ao recurso a ajuda externa para solucionar problemas, o Sr. J partilhou: "Recorremos, por exemplo, durante o luto pela perda do nosso filho, tivemos apoio de um psicólogo, o que nos ajudou muito a enfrentar essa dor." A D. A reforçou: "Ao longo do nosso percurso, conseguimos superar os desafios que surgiram. A perda do nosso filho foi, sem dúvida, o evento mais difícil que enfrentamos. Foi uma fase muito dura, mas juntos conseguimos encontrar força para seguir em frente, apoiando-nos mutuamente e no nosso filho, S, que era ainda pequeno na altura.". Referem que nos dias de hoje, contam com o apoio do filho também.

Por último, ao serem questionados sobre a sua visão global do *Coping* Familiar, o Sr. J concluiu: "Para nós, essa experiência mostrou-nos o quanto é importante manter a união e o diálogo, mesmo nas situações mais difíceis. Sempre acreditámos que juntos somos mais fortes para enfrentar o que vier." Concluímos assim, que a Família apresenta **Coping Familiar Eficaz**.

Plano de cuidados Individual

A avaliação inicial do casal foi conduzida com ambos os elementos da Família Urano presentes, permitindo uma abordagem conjunta às suas necessidades e expectativas. No entanto, nas consultas subsequentes, apenas um dos membros compareceu, o que condicionou a possibilidade de realizar uma avaliação individual abrangente para ambos. Foi realizada uma consulta ao Sr. J, que, neste caso, está a vivenciar a transição para a reforma há 6 meses. Considerando o número reduzido de consultas, foi realizada uma avaliação da trajetória profissional e da relação do indivíduo com a reforma, com o intuito de compreender o seu impacto e a capacidade de adaptação de cada membro a esta nova fase, recorrendo à Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000). Para tal, foram colocadas ao Sr. J algumas questões que caracterizam o seu percurso profissional, a transição entre emprego e reforma, os efeitos nas redes de apoio social e no estado de saúde.

O Sr. J iniciou atividade profissional com 18 anos e trabalhou cerca de 30 anos como empresário de uma empresa multinacional. Por mútuo acordo com a empresa, saiu da mesma com 55 anos, no entanto, esteve a trabalhar na câmara municipal até à idade da reforma, os 65 anos. Está há cerca de 6 meses reformado.

Quando questionado sobre o significado do trabalho na sua vida, o Sr. J referiu que "significava estar ocupado e ter responsabilidades". Em relação aos sentimentos experimentados durante a transição para a reforma, o mesmo descreveu uma mistura de emoções, afirmando que "foi positivo, senti-me livre e sem ninguém a mandar em mim. No entanto, também me senti meio perdido; tinha uma vida muito ativa e, de repente, não tinha nada para fazer". Com o tempo, adaptou-se, ocupando-se com caminhadas, encontros com amigos e tarefas pendentes em casa.

Sobre as expectativas para a reforma, o Sr. J revelou o desejo de aproveitar mais a vida, realizar viagens com a esposa e até inscrever-se em cursos de restauro ou bricolage, mas ainda não tinha procurado sobre o assunto. Questionado sobre a existência de um plano para facilitar a transição para a reforma, admitiu que não havia desenvolvido nenhum. Na sua opinião, a idade ideal para a reforma situa-se nos 60 anos, o que, segundo ele, poderia também contribuir para a redução da taxa de desemprego.

Relativamente à rede de apoio social, ao ser questionado sobre eventuais impactos da reforma nas interações familiares e com amigos, respondeu que não sentiu alterações. Quando questionado sobre mudanças nos comportamentos de saúde com a reforma, como a alimentação, a prática de exercício, a medicação e a vigilância de saúde, este afirmou que manteve os bons hábitos já praticados, apenas intensificando as caminhadas, dado o tempo livre.

Tendo por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), constata-se que o Sr. J está plenamente consciente e envolvido no processo de transição para a reforma, atribuindo-lhe um significado positivo e demonstrando satisfação com as mudanças que esta transição proporcionou. Procurou manter-se ativo e preencher o seu dia-a-dia com atividades que lhe proporcionam satisfação, o que reflete uma adaptação à reforma ocorrida de forma facilitadora.

Passando à aplicação da EPFAR de Loureiro (2015):

Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

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

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

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

Nº	Afirmação	1	2	3	4
1	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a			X	
2	Consigo identificar objetivos para a minha vida atual				X
3	Consigo identificar objetivos para a minha vida futura				X
4	Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado			X	
5	Sinto-me em harmonia com a vida atual			X	
6	Sinto que passei a ter mais tempo para os meus afazeres				X

7	O tempo que disponho é utilizado de forma útil			X	
8	Consigo gerir o stresse no dia-a-dia				X
9	Sinto apoio da minha família				X
10	Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes		X		
11	Sei como aceder aos recursos da minha comunidade				X
12	Sinto que tenho o apoio necessário quando necessito				X
13	Realizo um planeamento mensal dos meus gastos			X	
14	Sei gerir o meu dinheiro				X
15	Consigo estabelecer prioridades nas compras que realizo				X
16	Sei resistir à pressão da publicidade do consumo				X
17	Gosto de mim tal como eu sou			X	
18	Sinto-me bem			X	
19	Cuido de mim			X	
20	Tenho medo de envelhecer			X	
21	Estou satisfeito com a minha relação conjugal				X
22	Quando decido em casal consigo mais e melhor				X
23	Na minha relação há diálogo e partilha				X
24	Sinto-me bem sexualmente			X	
25	Sinto que posso contar com os meus filhos				X
26	Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos				X
27	Sinto que os meus netos contam comigo (não tem netos)				
28	Os meus netos fazem-me feliz (não tem netos)				

O Sr. J apresentou um score de 92pts com um máximo de 104pts (não apresenta netos, pelo que, as duas últimas questões não eram aplicáveis) na Escala de EPFAR, sendo que não apresenta qualquer necessidade de intervenção, uma vez que apresenta **Autoestima elevada e Conhecimento sobre Serviço Comunitário** Demonstrado.

Relativamente à área de atenção ao comportamento de procura de saúde: estado de vacinação, o Sr. J apresenta o Plano Nacional de Vacinação atualizado e realiza consultas regulares com a sua equipa de saúde familiar anualmente. Uma vez que o Sr. J tem como antecedente HTA teve como objetivo determinar evolução da pressão sanguínea

(125/72mmHg), o perímetro abdominal (94 cm), o peso (79 kg), a altura (178 cm), perfazendo um IMC de 24,93 kg/m², considerado normal), explorar uso de tabaco (0), uso de álcool (1 copo de vinho maduro ao jantar) e ainda, explorar a autogestão do regime terapêutico: relativamente à prática de exercício físico, o Sr. J realiza caminhadas de 1 a 1h30, cerca de 4 a 5x por semana, pretende inscrever-se no ginásio num futuro próximo. Em relação ao regime alimentar, o utente refere que tem uma dieta equilibrada, evita fritos e alimentos gordurosos, procura incluir diariamente fruta e legumes e ingere cerca de 1 a 2L de água por dia. Tendo em conta o regime medicamentoso, o Utente toma a medicação prescrita corretamente, sem falhas, é possível depreender uma autogestão do regime terapêutico eficaz.

ANEXO IV – Família Vénus

A Família Vénus é constituída pelo Sr E de 66 anos e pela esposa, D. A de 64 anos. Tem dois filhos D. de 35 anos e F de 31 anos. O Sr J está reformado há 3 meses, trabalhava como administrativo na Polícia Judiciária. A D.A é assistente social. O Sr J. tem como antecedentes HTA e a D. A teve um cancro da mama em 2005.

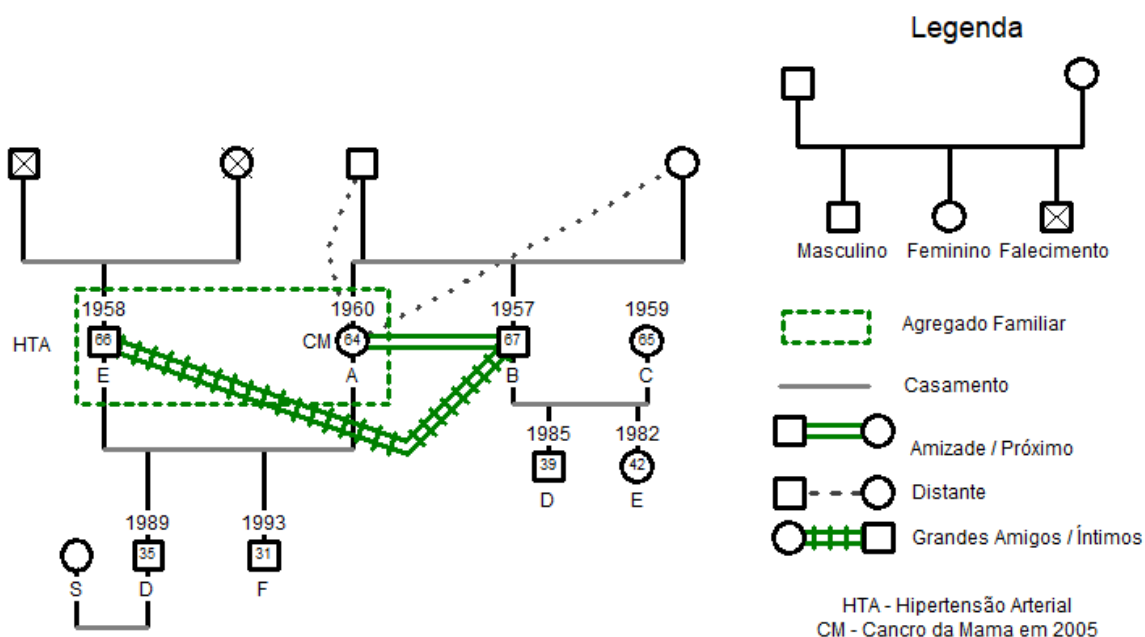


Figura 1 – Genograma da Família Vénus

O Genograma da Família Vénus está representado na Figura 1. Esta família é classificada como nuclear, integrando o subsistema conjugal, Sr. E e a D. A e cada um dos subsistemas individuais.

Tendo em conta a família extensa, ambos têm contacto pessoal e semanal com os filhos e com a nora, a D. A. afirma “todos os domingos eles vêm todos comer lá casa, o F. às vezes vai lá jantar à semana também e costume falar com os meus filhos praticamente todos os dias ao telefone”, considerando que todos eles exercem função de companhia social, os filhos apresentam apoio emocional. Costumam estar com o Sr. B, a D. C e com os filhos cerca de duas a três vezes por mês, o Sr B e a D. C apresentam uma função de companhia social e apoio emocional.

A relação do casal com a família extensa é marcada por proximidade, respeito e equilíbrio, refletindo uma dinâmica harmoniosa e de suporte mútuo. Embora mantenham um contacto regular e afetuoso com os filhos e a nora, respeitam a sua independência e reconhecem a importância da sua autonomia enquanto unidade familiar. Esta ligação assenta num vínculo de companheirismo e apoio emocional, no qual a presença e a disponibilidade são naturais, sem

impor dependência ou interferências. Assim, os momentos partilhados em família surgem como oportunidades de reforço dos laços afetivos, promovendo um ambiente de convivência saudável e respeitador da individualidade de cada um.

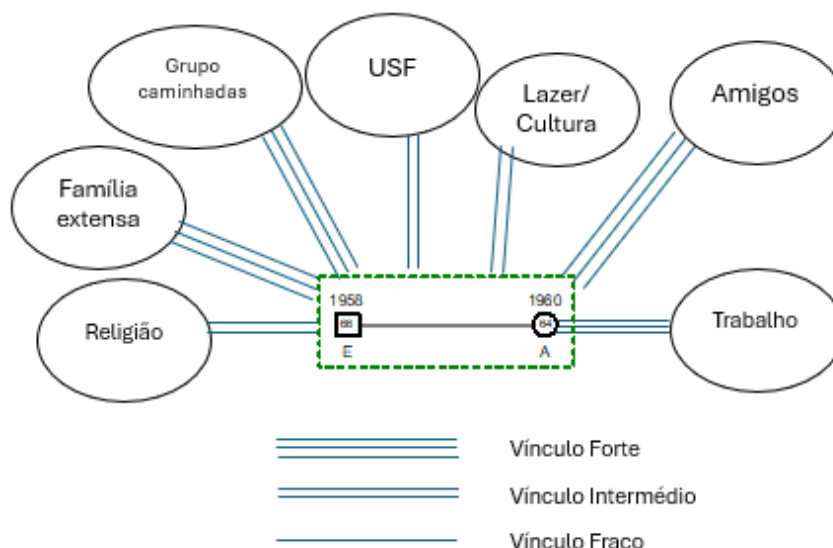


Figura 2 – Ecomapa da Família Vénus

De acordo com o Ecomapa representado (Figura 2), o casal demonstra um vínculo forte com a família extensa, conforme já evidenciado no Genograma, bem como com o grupo de caminhadas, o que reforça a importância da socialização e do suporte familiar no seu quotidiano. O mesmo se verifica na relação com os amigos, sugerindo uma rede social presente, mas não predominante. Ambos apresentam também um vínculo intermédio com a USF, evidenciando um envolvimento significativo com os CSP. No que respeita às atividades de lazer e cultura, o casal apresenta um vínculo intermédio, indicando que, apesar de participarem nessas atividades, estas não assumem um papel central na sua rotina. Relativamente à esfera profissional, a D. A. mantém um vínculo forte com o trabalho, o que demonstra que esta dimensão continua a ser relevante na sua vida. No que se refere à espiritualidade, o casal apresenta um vínculo fraco com a religião, sugerindo que esta não desempenha um papel estruturante no seu suporte emocional e social. Desta forma, a análise do Ecomapa revela que o casal dispõe de redes de suporte diversificadas, com um envolvimento significativo com a família, a comunidade e os cuidados de saúde, promovendo o seu bem-estar emocional e social.

DIMENSÃO ESTRUTURAL

No âmbito da dimensão estrutural do MDAIF, foram analisadas as áreas de atenção relacionadas com o rendimento familiar, o abastecimento de água e a existência de animais domésticos. Através da aplicação da Escala de Graffar Adaptado, a Família Júpiter foi classificada na classe social média, com uma pontuação total de 7, obtida em três parâmetros

avaliados. Importa salientar que, devido à impossibilidade de realizar visita domiciliária, não foi possível recolher informação suficiente sobre o tipo de habitação e o local de residência, o que limitou a classificação completa de todos os itens da escala. A profissão exercida pela D. A. corresponde ao grau 2, enquanto o nível de escolaridade do Sr. E e da D. A. foi enquadrado nos graus 3 e 2, respetivamente. No que diz respeito ao rendimento familiar, a principal fonte de sustento é atualmente o salário da D. A., que se encontra em exercício de funções como Assistente Social, enquanto o Sr. E está já reformado. Esta realidade situa o rendimento familiar no grau 3 da escala. Ambos os membros da família consideram que os rendimentos mensais são adequados às suas despesas habituais, dispondo ainda de poupanças que poderão ser utilizadas em caso de necessidade. Demonstram, assim, competência na gestão do orçamento familiar e na planificação das despesas em função dos recursos disponíveis. Tendo em conta os dados colhidos, foi formulado o seguinte diagnóstico: Rendimento Familiar Não Insuficiente. Relativamente ao abastecimento de água e ao sistema de gestão de resíduos, este é assegurado pela rede pública, o que permite considerar a situação como adequada. No que se refere à presença de animais domésticos, a família não possui qualquer animal de estimação, pelo que esta área não exigiu avaliação diagnóstica.

DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

No âmbito da dimensão de desenvolvimento do MDAIF, foi avaliada a área de atenção relativa à Satisfação Conjugal, considerando-se as dimensões operativas centradas na dinâmica relacional e nos processos de comunicação do casal.

No que respeita à avaliação da dimensão operativa relativa à relação dinâmica do casal, especificamente no que se refere à satisfação com a divisão e partilha das tarefas domésticas, foram utilizadas questões lineares e circulares como estratégia exploratória. Através da questão “Costumam definir tarefas domésticas para cada um?”, foi possível compreender a perceção dos membros do casal sobre o equilíbrio na distribuição das responsabilidades do lar, particularmente após a transição para a reforma. O Sr. E referiu: “Desde que me reformei acho que tenho ajudado mais em casa, claro que a maior parte das tarefas é a A. a fazer, é ela que cozinha, trata das roupas e assim, eu ajudo mais com a louça, com o lixo e se tiver de cozinhar também me desenrasco. O meu filho também ajuda. Estamos satisfeitos com a forma como distribuímos as tarefas, sempre nos entendemos bem assim. Se ela eventualmente não conseguisse fazer nada em casa, lá a teria de substituir e conseguia tratar do assunto, juntamente com o F.” Esta resposta demonstra não só uma participação ativa do Sr. E nas tarefas domésticas, mas também uma perceção de justiça e cooperação familiar, especialmente no contexto da reforma. A D. A. complementou: “Eu faço a maior parte das tarefas em casa, trato das refeições, da roupa, das limpezas, mas eles também vão ajudando, tanto o pai como o filho, sempre fizemos assim e estamos bem com isso. Agora que ele está reformado até me deixa a casa mais em ordem no dia a dia. Se o E não for capaz, eu consigo

fazer tudo, mas se eu não conseguir, ele desenrasca-se com o filho também.” Esta resposta evidencia um padrão previamente estabelecido de organização doméstica, sustentado por uma dinâmica familiar funcional e adaptativa.

Relativamente à satisfação com o tempo que passam juntos, foi utilizada uma questão de escala, solicitando ao casal que atribuisse uma pontuação de 1 a 10. Ambos atribuíram o valor de 8, refletindo uma percepção globalmente positiva, embora reconhecendo espaço para crescimento nesta área. O Sr. E partilhou: “Acho que temos uma relação boa e de longa data. Passámos por muita coisa juntos, e a nossa ligação é sólida, embora possa ter altos e baixos. Quando éramos mais novos e os filhos eram pequenos, talvez estivéssemos mais envolvidos no dia-a-dia deles e com menos tempo para nós. Agora as coisas mudaram”. A D. A acrescentou: “Concordo. Temos uma relação estável, mas como em qualquer casamento longo, já tivemos as nossas fases. Estamos juntos há muitos anos e sabemos respeitar as diferenças. O nosso foco mudou ao longo dos anos. Antes era o trabalho e os filhos, agora somos nós dois e acho que isso é bom”. A transição para a reforma parece ter trazido consigo maior disponibilidade temporal, o que permitiu ao casal redescobrir momentos de partilha e cumplicidade. O Sr. E reconheceu: “Passamos mais tempo juntos agora, mas talvez ainda nos falte fazer algumas coisas diferentes ou novas”. A D. A destacou: “Temos mais tempo juntos desde que ele se reformou, mas ainda estamos a encontrar um novo ritmo”. Ambos evidenciam vontade de fortalecer a relação conjugal através de novas experiências e atividades conjuntas. Foram partilhados exemplos concretos de momentos de proximidade, como referido pelo Sr. E: “Fizemos um passeio a pé à beira-mar juntos no sábado, algo que não fazíamos há algum tempo. Passámos por muito juntos e acho que é uma boa fase para nos reconectarmos”. A D. A reforçou a importância destes momentos: “Sim, foi bom para conversar sem interrupções. Tentamos ver um filme em casa também, mas acabámos por adormecer. Para mim é uma prioridade o tempo que passamos juntos. Depois de tudo o que já vivemos, é importante para mim que ele esteja presente e que partilhemos momentos a dois”. No que se refere a projetos futuros, ambos expressaram desejos alinhados, revelando interesse em partilhar novas experiências após a entrada na reforma da D. A. O Sr. E afirmou: “Gostamos muito de fazer trilhos, mas não temos tido tempo para fazer os caminhos até Santiago do início ao fim, sem ser por etapas, assim que a A. se reformar vamos tratar disso”. A D. A completou: “Concordo, temos de fazer os caminhos como deve ser. Também gostava de experimentar uma aula de dança, acho que já o consegui convencer”.

No que diz respeito à avaliação da dimensão da satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos, foram utilizadas questões lineares e circulares, tal como: “Costumam conversar e expressar os vossos sentimentos e emoções? Quando estão felizes ou quando estão tristes?”, ao que o Sr. E respondeu: “Conversamos sobre muitas coisas, mas acho que nem sempre falamos tanto sobre os nossos sentimentos. Quando estamos felizes, é mais fácil partilhar. Quando estamos tristes, acho que ficamos mais reservados. Eu, pelo

menos, tenho dificuldade em falar sobre isso." A D. A acrescentou: "Sim, conversamos, mas acho que sou eu quem expressa mais o que sente. Quando estou preocupada ou chateada, gosto de desabafar com o E. Ele é mais calado, mas consigo perceber quando algo o incomoda, mesmo que ele não diga." Quando questionados sobre se o modo como expressam as emoções sofreu alterações ao longo dos anos de relacionamento e quais os motivos que apontam para essas mudanças, o Sr. E afirmou: "Acho que sim, mudou ao longo dos anos. Antes, quando os filhos eram pequenos, estávamos mais ocupados com o dia a dia e talvez não tivéssemos tanto tempo para falar sobre estas coisas. Agora que estamos mais tempo juntos, tentamos conversar mais, mas ainda há momentos em que guardo para mim o que sinto." A D. A confirmou: "É verdade, mudou. Antes falávamos mais sobre o que era prático: os filhos, o trabalho, a casa. Agora falamos mais sobre nós, mas também acho que há espaço para melhorar. A reforma trouxe-nos mais tempo, e isso pode ajudar." Relativamente à questão "Sentem-se satisfeitos com a forma como expressam os sentimentos?", o Sr. E respondeu: "Não sei se estou completamente satisfeito. Acho que podia expressar melhor o que sinto, sei que preciso melhorar esta parte. Às vezes fico com receio de criar discussões ou de preocupar a A. sem necessidade." A D. A partilhou: "Também acho que podia melhorar. Sinto que, às vezes, o E. guarda coisas para ele e isso impede que tenhamos conversas mais profundas sobre o que realmente sentimos." Foi ainda colocada a questão: "Costumam guardar para vocês o que sentem num determinado momento ou partilham?". O Sr. E afirmou: "Eu costumo guardar as coisas para mim, sim. É algo que faço sem pensar muito. Acho que tenho medo de parecer vulnerável ou de criar preocupações desnecessárias." Por sua vez, a D. A respondeu: "Eu partilho, não gosto de guardar. Acho que falar ajuda-me a organizar o que sinto. Mas percebo que o E. tenha outro ritmo para estas coisas." Por fim, relativamente à questão: "Sentem-se valorizados sobre o que sentem e pensam?", o Sr. E afirmou: "Acho que a A. valoriza o que eu penso, mesmo que eu não diga tudo. E sei que ela se preocupa comigo. Talvez eu não mostre tanto, mas valorizo muito o que ela sente e pensa." A D. A respondeu: "Sinto-me valorizada, sim. O E. demonstra o que sente de formas mais subtis, mas eu sei que ele se importa. Acho que ele também se sente valorizado, mesmo que não diga muito"

No que concerne a comunicação entre o casal, concretamente em relação às expectativas e receios, foram colocadas questões lineares, tais como: "Quando existe algo que vos preocupa, conversam sobre o assunto?". O Sr. E respondeu: "Sim, falamos sempre que algo nos preocupa. É importante resolver as coisas juntos." A D. A complementou: "Sim, conversamos abertamente sobre as nossas preocupações e tentamos encontrar soluções juntos. Mesmo com a minha rotina de trabalho, fazemos questão de manter esse espaço para diálogo." Relativamente às expectativas em relação à reforma, o Sr. E comentou: "Eu esperava ter mais tempo para mim e para nós. Até agora, tem sido positivo e estou a aproveitar bem esta nova fase." Quando questionados se já expressavam os seus receios acerca da transição para a reforma, a D. A disse: "Sim, falámos sobre isso antes e tentámos preparar-nos para as

mudanças. Eu ainda não estou nessa fase, mas vou vendo a adaptação dele." O Sr. E confirmou: "Sim, tivemos conversas sobre os desafios e as oportunidades desta fase. Sabíamos que seria um período de adaptação, mas acho que estamos a gerir bem." Quando questionados sobre se desenvolveram um plano para a transição para a reforma, ambos admitiram que não houve um planeamento formal, mas a adaptação tem sido positiva. A D. A comentou: "Acho que vamos ajustando à medida que as coisas acontecem. Com o meu trabalho, ele vai-se ocupando com outras atividades e isso ajuda." O Sr. E acrescentou: "Sim, estamos a encontrar um bom ritmo no dia a dia, mesmo que eu tenha mais tempo livre do que a A." Quanto às expectativas e receios atuais, o Sr. E. referiu "Acho que não temos grandes receios, tudo tem corrido bem". Por fim, relativamente à questão "Têm conversado sobre as expectativas e receios de cada um acerca do futuro? Acham que deveriam conversar mais sobre isso?", o Sr. E afirmou: "Sim, falamos sobre o futuro e sobre o que gostaríamos de fazer. Acho que é importante continuar assim." A D. A comentou: "Sim, temos tido essas conversas e são muito importantes. Permitem-nos alinhar os nossos objetivos e planear melhor a próxima fase, quando eu também me reformar." Quando questionados sobre o que poderiam fazer para atender às expectativas um do outro, a D. A respondeu: "Acho que é continuar a ouvir e a apoiar, mesmo que tenhamos ritmos diferentes por causa do meu trabalho."

No que se refere à discordância de opiniões no seio do casal, foram utilizadas questões lineares e circulares com o intuito de compreender a forma como lidam com divergências, a valorização mútua das perspetivas e a influência da reforma neste domínio. Quando questionados sobre a capacidade para alcançar consensos, o Sr. E afirmou: "Sim, geralmente conseguimos chegar a um consenso. Nem sempre é imediato, mas tentamos conversar até encontrarmos um meio-termo que funcione para ambos". A D. A corroborou esta ideia, acrescentando: "Concordo, conseguimos chegar a um consenso, mas às vezes um de nós tem de ceder um pouco mais. O importante é que, no final, conseguimos resolver as coisas". Para explorar situações concretas, foi solicitado ao casal que descrevesse um episódio de discordância recente. O Sr. E relatou: "Há pouco tempo, discordámos sobre comprar um eletrodoméstico novo. Eu achava que ainda podíamos usar o que tínhamos, mas a A. queria substituí-lo porque já não estava a funcionar bem. Depois de conversarmos, concordámos que fazia sentido investir num novo, mas optámos por esperar pela próxima promoção". A D. A acrescentou: "Exatamente, acabámos por decidir juntos. Acho que foi uma boa solução e evitou que ficássemos com algo que nos causava problemas no dia a dia". Quando questionados sobre se sentem que as suas opiniões são valorizadas mesmo quando são diferentes, ambos responderam afirmativamente. O Sr. E sublinhou: "Sinto que a A. valoriza o que eu penso, mesmo que às vezes tenhamos perspetivas diferentes", ao que D. A acrescentou: "Sim, também sinto que o E. ouve o que digo e tenta considerar a minha opinião antes de chegarmos a uma decisão". As discordâncias surgem, maioritariamente, em aspetos do quotidiano, sem grande impacto na dinâmica conjugal. O Sr. E reconheceu: "São coisas do

dia a dia, nada que cause grandes conflitos”, com a D. A a concordar. No entanto, foi identificado que a D. A tende a ceder com mais frequência: “Sim, talvez eu ceda mais vezes, mas sei que o E. também tenta ser mais flexível quando percebe que algo é realmente importante para mim”. O Sr. E confirmou esta percepção: “Acho que a A. acaba por ceder mais vezes do que eu. Reconheço que, às vezes, sou teimoso, mas estou a tentar melhorar”. Relativamente à capacidade de negociação, ambos reconhecem que existe sempre margem para melhoria, embora considerem que, atualmente, a comunicação é eficaz. O Sr. E afirmou: “Acho que sempre podemos melhorar. Quanto mais conversarmos, mais fácil será chegar a um entendimento”, e a D. A complementou: “Concordo, mas acho que estamos num bom caminho. Sabemos respeitar as diferenças e trabalhar juntos para encontrar soluções”. No que diz respeito ao impacto da reforma na gestão das diferenças, o Sr. E referiu: “Não diria que discutimos mais, mas talvez algumas diferenças fiquem mais evidentes porque passamos mais tempo juntos”. A D. A acrescentou: “Sim, é natural. Agora partilhamos mais momentos e, por vezes, pequenos hábitos que antes não notávamos podem gerar conversas mais intensas, mas nada sério”.

Em relação à satisfação com o padrão de comunicação do casal, foram utilizadas questões lineares, circulares e de escala, tal como: “Sentem que na vossa relação existe espaço para o diálogo?”, ao que o Sr. E respondeu: “Sim, acho que há sempre espaço para falarmos sobre o que nos preocupa ou sobre o dia a dia.” A D. A complementou: “Concordo, sempre tivemos facilidade em conversar e manter um diálogo aberto.” Relativamente à questão “Quem é o mais falador?”, o Sr. E afirmou: “A A. fala mais do que eu. Gosta de conversar sobre tudo e é boa em iniciar os diálogos.” A D. A acrescentou: “Sim, acho que sou mais faladora, mas o E. participa bem nas conversas quando o assunto o interessa.” Quando questionados sobre “Como qualificam a vossa comunicação numa escala de 1 a 10, em que 1 é má e 10 excelente?”, o Sr. E respondeu: “Eu diria um 8. Acho que nos comunicamos bem, mas sempre há espaço para melhorar.” A D. A concordou, referindo: “Também colocaria um 8. Estamos bem, mas podemos trabalhar em melhorar certos aspetos.” Relativamente à questão “Estão satisfeitos com a forma como comunicam como casal?”, o Sr. E comentou: “Sim, estou satisfeito. Acho que conseguimos falar sobre o que é importante.” A D. A acrescentou: “Também estou satisfeita. Sempre conseguimos resolver as coisas através do diálogo.” Quando questionados sobre “Desde a entrada na reforma, ocorreu alguma alteração na forma como comunicam?”, o Sr. E afirmou: “Acho que não, talvez agora falemos mais porque temos mais tempo juntos, mas nada demais.” a D. A concordou.

Com base nos dados colhidos, foi identificado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação dinâmica disfuncional manifestada por Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos**

Deste modo, com o objetivo de promover a satisfação do casal relativamente à forma como cada um expressa os seus sentimentos, foram planeadas intervenções, tais como promover a comunicação expressiva das emoções; promover a comunicação do casal; planejar rituais familiares e motivar para atividades em conjunto. Figueiredo e Dias (2023) defendem que os rituais familiares são caracterizados por uma ação ou uma série de ações nas quais todos os membros da família são levados a participar. A prescrição de um ritual visa criar regras que substituam subtilmente as regras prévias. Todas as famílias possuem rituais no seu quotidiano que se manifestam implícita ou explicitamente e que são cruciais para o seu funcionamento, promovendo o sentimento de pertença dos seus membros e, subsequentemente, a coesão familiar. Os rituais familiares estão associados a maior proximidade familiar e conjugal e devem responder às necessidades de mudança da família ao longo do tempo, sendo considerados como atos protetores para as famílias em momentos de crise e stress quando providenciam estabilidade durante esses períodos ao longo do ciclo de vida familiar e conjugal (Crespo, 2007, como citado em Azevedo, 2018).

Foi abordada a importância dos rituais familiares e conjugais como elementos essenciais para fortalecer a coesão e a satisfação na relação, especialmente em momentos de transição como a reforma. Explicou-se ao casal que os rituais têm um papel simbólico e emocional importante, sendo caracterizados por ações repetitivas e significativas, que promovem o sentimento de pertença e a transmissão de valores familiares (Azevedo, 2018; Figueiredo e Dias, 2023). Além disso, foi destacado que os rituais podem ser uma oportunidade para criar regras e fortalecer a conexão conjugal, ajustando-se às necessidades da família ao longo do ciclo de vida.

Foi proposta ao casal a introdução de um ritual terapêutico como forma de aumentar a proximidade e a satisfação conjugal, tendo em conta o desejo da D. A de retomar momentos que lhe trazem boas memórias, como os piqueniques no parque, que há muito tempo não realizam. Explicou-se que este ritual poderia ser um momento de conexão, longe das preocupações do dia a dia, permitindo-lhes fortalecer o vínculo e partilhar experiências de forma descontraída e significativa. A proposta foi apresentada da seguinte forma: "Sabemos que os rituais familiares têm um papel fundamental na promoção da coesão e da satisfação conjugal, e por isso quero sugerir algo que possa trazer mais momentos de qualidade para a vossa relação. A D. A mencionou que tem saudades dos tempos em que faziam piqueniques no parque, e acho que seria uma excelente oportunidade para retomarem essa prática, agora com mais tempo disponível. Podem escolher um dia por semana ou por mês para fazerem um piquenique juntos, aproveitando para conversar, partilhar memórias e criar experiências." O Sr. E reagiu positivamente à ideia, comentando: "Acho que é uma boa ideia. Não fazemos isso há muito tempo, mas lembro-me de que eram momentos muito agradáveis." A D. A também mostrou entusiasmo, acrescentando: "Gostava muito de retomar esses piqueniques. Eram momentos só nossos, longe das preocupações do dia a dia. Seria ótimo voltar a fazer isso." Foi explicado que este ritual pode servir como um espaço protegido para fortalecer a comunicação

e partilhar emoções, num ambiente descontraído e significativo. Além disso, foi reforçado que este tipo de atividade pode ajudar o casal a criar memórias enquanto resgata momentos felizes do passado, contribuindo para o aumento da satisfação conjugal.

Por fim, incentivou-se o casal a planear o primeiro piquenique juntos, escolhendo um local e um dia que seja especial para ambos. Reforçou-se a importância da repetição do ritual, destacando que, para que ele tenha impacto na relação, deve ser vivido com frequência e de forma significativa para ambos. Foi ainda solicitado ao casal que, na consulta seguinte, partilhassem a sua experiência e os sentimentos associados à realização desta atividade.

Na consulta seguinte, onde esteve presente apenas o Sr. E, este partilhou a experiência do piquenique realizado com a D. A. Com um sorriso, afirmou: "Foi uma ideia excelente, já não fazíamos algo assim há muito tempo. Escolhemos um parque bonito e, apesar de ser algo simples, foi muito especial." Explicou que aproveitaram o momento para conversar sem pressas, algo que considerou diferente da rotina habitual: "Falámos sobre coisas do passado, recordámos momentos bons e até começámos a planear outras coisas que gostaríamos de fazer juntos, como a viagem que temos em mente." O Sr. E reconheceu o impacto positivo do ritual: "Percebi que precisamos de fazer isto mais vezes. Acho que nos ajuda a estar mais conectados e a valorizar o tempo que temos juntos." Finalizou com entusiasmo, afirmando que já começaram a planear o próximo piquenique, reforçando a importância de manter momentos semelhantes na sua rotina conjugal.

Durante a consulta, foi abordada a dificuldade do Sr. E em expressar os seus sentimentos, algo que ele reconheceu: "Sei que sou mais reservado. Às vezes penso em dizer algo, mas acabo por guardar para mim. Não sei bem como começar essas conversas." Com base nessa partilha, foi sugerida uma abordagem prática e gradual para facilitar a expressão dos seus sentimentos, incluindo a utilização de bilhetes simples para comunicar à D. A. pequenos gestos de apreço e valorização. A proposta foi apresentada: "Sr. E, uma ideia que pode ajudá-lo a começar é escrever pequenos bilhetes para a D. A, como um post-it na casa de banho ou na cozinha. Pode ser algo simples, como 'Obrigado por tudo o que fazes por nós' ou 'Gosto muito do teu jantar de ontem'. Pequenas mensagens assim podem fazer uma grande diferença."

Além disso, foi sugerido que o Sr. E preparasse um pequeno-almoço especial para os dois num sábado de manhã, criando um momento de partilha e reflexão conjunta: "Pode aproveitar um momento mais calmo, como o pequeno-almoço de sábado, para estarem juntos. É uma oportunidade para partilharem como foi a semana, falarem sobre o que apreciaram ou o que gostariam de melhorar. Pode começar com algo simples, como perguntar à D. A o que a fez mais feliz durante a semana." O Sr. E mostrou-se receptivo às ideias, embora com alguma timidez: "Nunca pensei em fazer isso, mas parece-me uma boa forma de começar. Acho que pode ajudar a melhorar a nossa comunicação." Para reforçar a consistência das

iniciativas, foi sugerido que o Sr. E registre os momentos em que utiliza os bilhetes ou organiza partilhas como o pequeno-almoço, de forma a refletir sobre o impacto dessas ações e promover a continuidade deste tipo de gestos na relação. Perante os resultados alcançados é possível alterar o diagnóstico inicialmente formulado para **Satisfação Conjugal Mantida relacionada com Relação Dinâmica Funcional**.

DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente: Não

No âmbito da avaliação das crenças da Família Vénus, verificou-se que, no plano religioso, os elementos da família se identificam com a religião católica, valorizando a fé em Deus e os princípios da Igreja como fundamentos orientadores da sua vivência quotidiana. No que respeita aos valores familiares, evidenciam a importância do amor, do respeito mútuo, da cooperação e da harmonia, considerando-os essenciais para a construção de relações saudáveis e decisões partilhadas. Relativamente às crenças culturais, mantêm vivas as tradições associadas ao contexto rural onde residem, com especial destaque para festividades locais e momentos de convívio familiar, os quais fortalecem os vínculos afetivos e a identidade cultural. No que concerne às crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde, a família manifesta uma postura de confiança e valorização, reconhecendo a importância do acompanhamento, especialmente em situações de maior vulnerabilidade, como foi o caso do período de doença da D. A., evidenciando uma perceção positiva da relação terapêutica estabelecida com a equipa de saúde.

Na consulta seguinte, tal como referido anteriormente, apenas veio o Sr. E, a D. A não conseguiu comparecer. No que diz respeito ao *Coping* Familiar, no Processo Familiar, foram utilizadas questões lineares, circulares e reflexivas, tal como: "Como costumam resolver os problemas que surgem? Costumam discutir os problemas em família?", ao que o Sr. E respondeu: "Geralmente, resolvemos os problemas conversando. Gostamos de sentar e discutir o que está a acontecer para encontrar uma solução juntos. Quando necessário, contamos com o apoio dos nossos filhos para ajudar nas decisões." Relativamente à questão "A opinião de todos é tida em conta, quando discutem os problemas em família?", o Sr. E afirmou: "Sim, acho que todos têm espaço para dar a sua opinião. Durante os momentos mais difíceis, como a doença da minha esposa, tentamos envolver a família para que todos se sentissem parte das decisões e para nos apoiarmos mutuamente." Quando questionado sobre "Sente-se satisfeito com a forma como discutem os problemas? Gostaria que fosse de outra forma? Qual?", o Sr. E referiu: "Sim, estou satisfeito. Acho que conseguimos falar de forma tranquila e respeitosa. Sinto que, apesar dos desafios, conseguimos manter a comunicação aberta e encontrar soluções juntos." Relativamente à questão "Costumam recorrer a outras pessoas/recursos fora da família para vos ajudar a solucionar os problemas?", o Sr. E respondeu: "Sim, já recorremos a ajuda externa em momentos difíceis. Quando a minha

esposa foi diagnosticada com cancro da mama, tivemos o apoio da equipa médica e de outros profissionais de saúde, o que foi fundamental para nos ajudar a enfrentar essa fase." Por fim, à questão "Ao longo do vosso percurso enquanto família têm conseguido resolver e ultrapassar os problemas e situações difíceis que surgem? Deem um exemplo de uma situação.", o Sr. E partilhou: "Sim, conseguimos ultrapassar os desafios juntos. Um dos momentos mais difíceis que enfrentámos foi a doença da minha esposa. Foi um período muito exigente, mas, com o apoio da família e da equipa de saúde, conseguimos superar. Hoje, olhamos para trás com orgulho pela força que tivemos enquanto família.". Formulamos, assim, o diagnóstico de **Coping Familiar Eficaz**.

Plano de cuidados Individual Sr. E

A avaliação inicial do casal foi conduzida com ambos os elementos da Família Urano presentes, permitindo uma abordagem conjunta às suas necessidades e expectativas. No entanto, nas consultas subsequentes, apenas um dos membros compareceu, o que condicionou a possibilidade de realizar uma avaliação individual abrangente para ambos. Foi realizada uma consulta ao Sr. E, que, neste caso, está a vivenciar a transição para a reforma há 3 meses. Considerando o número reduzido de consultas, foi realizada uma avaliação da trajetória profissional e da relação do indivíduo com a reforma, com o intuito de compreender o seu impacto e a capacidade de adaptação a esta nova fase, recorrendo à Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000). Para tal, foram colocadas ao Sr. E algumas questões que caracterizam o seu percurso profissional, a transição entre emprego e reforma, os efeitos nas redes de apoio social e no estado de saúde.

O Sr. E iniciou a sua vida profissional aos 18 anos e, aos 27, ingressou como administrativo na Polícia Judiciária, onde permaneceu até à reforma, aos 66 anos. Atualmente, está reformado há cerca de 3 meses.

Quando questionado sobre o significado do trabalho na sua vida, o Sr. E referiu que "significava estabilidade, responsabilidades e também um propósito diário." Em relação aos sentimentos experimentados durante a transição para a reforma, descreveu uma mistura de emoções, afirmando: "Foi positivo porque agora tenho mais tempo para mim e para fazer o que gosto, mas às vezes sinto que me falta uma rotina mais *estruturada*." Com o tempo, adaptou-se, ocupando-se com caminhadas, cultivo na casa da aldeia e planeamento de atividades futuras com a esposa.

Sobre as expectativas para a reforma, o Sr. E revelou o desejo de realizar os Caminhos de Santiago completos, algo que planeia fazer com a esposa quando esta também se reformar. Além disso, gosta de manter-se ativo através do cultivo na casa da aldeia e de caminhadas regulares. Questionado sobre a existência de um plano para facilitar a transição para a

reforma, admitiu que não houve um planeamento formal, mas sente que está a adaptar-se bem.

Relativamente à rede de apoio social, ao ser questionado sobre eventuais impactos da reforma nas interações familiares e com amigos, respondeu que não sentiu alterações significativas. Destacou que continua a manter um bom contacto com a família e a socializar com amigos.

Tendo por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), constata-se que o Sr. E está consciente e envolvido no processo de transição para a reforma, atribuindo-lhe um significado positivo e demonstrando satisfação com as mudanças que esta transição proporcionou. Procurou manter-se ativo e preencher o seu dia-a-dia com atividades que lhe proporcionam prazer e bem-estar, o que reflete uma adaptação à reforma ocorrida de forma facilitadora.

Passando à aplicação da EPFAR de Loureiro (2015):

Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

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

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

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

Nº	Afirmação	1	2	3	4
1	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a				X
2	Consigo identificar objetivos para a minha vida atual				X
3	Consigo identificar objetivos para a minha vida futura				X
4	Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado				X
5	Sinto-me em harmonia com a vida atual				X
6	Sinto que passei a ter mais tempo para os meus afazeres				X
7	O tempo que disponho é utilizado de forma útil			X	
8	Consigo gerir o stresse no dia-a-dia			X	
9	Sinto apoio da minha família				X
10	Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes			X	
11	Sei como aceder aos recursos da minha comunidade			X	

12	Sinto que tenho o apoio necessário quando necessito				X
13	Realizo um planeamento mensal dos meus gastos			X	
14	Sei gerir o meu dinheiro				X
15	Consigo estabelecer prioridades nas compras que realizo				X
16	Sei resistir à pressão da publicidade do consumo				X
17	Gosto de mim tal como eu sou			X	
18	Sinto-me bem			X	
19	Cuido de mim			X	
20	Tenho medo de envelhecer			X	
21	Estou satisfeito com a minha relação conjugal				X
22	Quando decido em casal consigo mais e melhor				X
23	Na minha relação há diálogo e partilha				X
24	Sinto-me bem sexualmente			X	
25	Sinto que posso contar com os meus filhos				X
26	Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos				X
27	Sinto que os meus netos contam comigo				
28	Os meus netos fazem-me feliz				

O Sr. E apresentou um score de 94pts com um máximo de 104pts (o Sr. E ainda não tem netos, pelo que, a alínea 27 e 28 não foram avaliadas) na Escala de EPFAR, sendo que não apresenta qualquer necessidade de intervenção, uma vez que apresenta **Autoestima positiva e Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado**.

Relativamente à área de atenção ao comportamento de procura de saúde: estado de vacinação, o Sr. E apresenta o Plano Nacional de Vacinação atualizado e realiza consultas regulares com a sua equipa de saúde familiar anualmente. Uma vez que o Sr. J tem como antecedente HTA tive como objetivo determinar evolução da pressão sanguínea (132/82 mmHg), o perímetro abdominal (93cm), a altura (185cm), o peso(84kg), resultando num IMC de 24,54 kg/m², dentro dos parâmetros considerados normais, explorar uso de tabaco (0), uso de álcool (1 copo de vinho maduro ao almoço e jantar) e ainda, explorar a autogestão do regime terapêutico: relativamente à prática de exercício físico, o Sr. J realiza caminhadas de 1 a 1h30, cerca de 4 a 5x por semana. Em relação ao regime alimentar, o utente refere que tem uma dieta equilibrada, evita fritos e alimentos gordurosos, procura incluir diariamente fruta e legumes e ingere cerca de 1 a 2L de água por dia. Tendo em conta o regime medicamentoso, o

Utente toma a medicação prescrita corretamente, sem falhas, é possível depreender uma autogestão do regime terapêutico eficaz.

ANEXO V – Família Marte

A Família Marte é constituída pelo Sr B de 69 anos e pela esposa, D. AM de 68 anos. Têm uma filha S. de 35 anos e uma neta J. de 8 anos. O Sr B. está reformado há 3 anos, trabalhava como operário no Jardim Zoológico. A D.AM está reformada há 2 anos, era empregada doméstica. O Sr B. tem como antecedentes HTA e a D. AM tem HTA e DM.

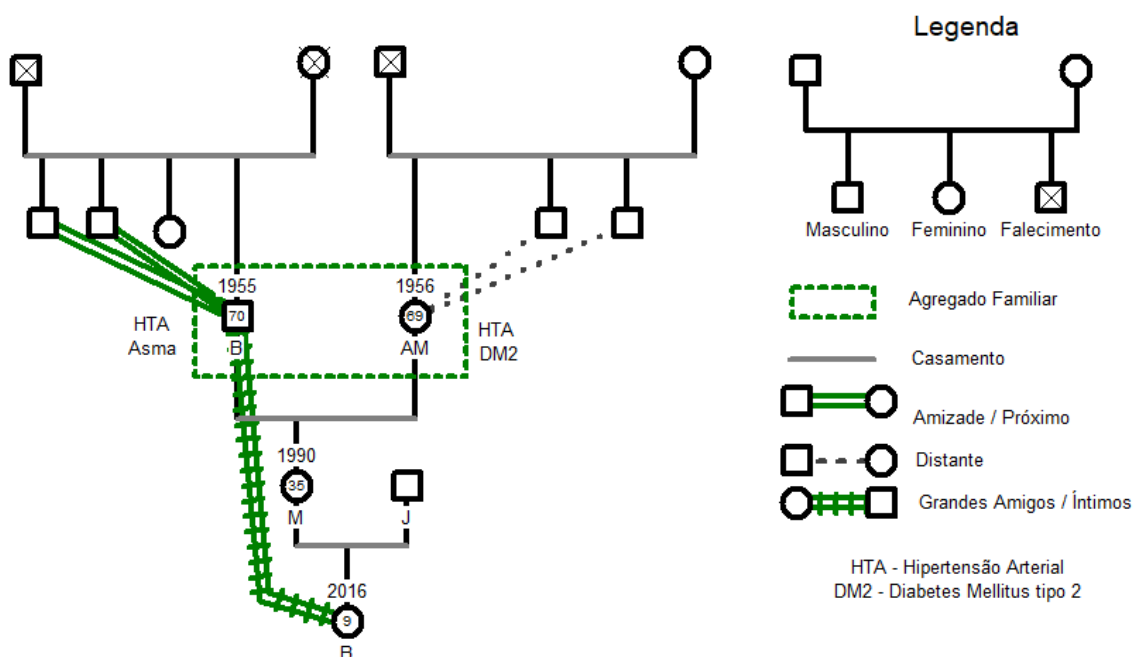


Figura 1 – Genograma da Família Marte

O Genograma da Família Marte está representado na Figura 1. Esta família é classificada como nuclear, integrando o subsistema conjugal, Sr. B e a D. AM e cada um dos subsistemas individuais.

Tendo em conta a família extensa, o Sr. B e a D. AM mantêm um contacto diário com a filha, S., e a neta, J., reforçando os laços familiares através de chamadas telefónicas e visitas frequentes. A D. AM refere: "Falo com a S praticamente todos os dias, nem que seja para perguntar pela escola da J. ou para ela saber como estamos. A J também gosta de falar comigo ao telefone e conta-me tudo o que aconteceu no dia." O Sr. B acrescenta: "A J. está sempre entusiasmada quando vem cá a casa. Costumamos passear juntos, e isso traz-nos muita alegria." Já o contacto com o genro ocorre principalmente aos fins de semana, quando a família se reúne para almoços ou convívios. A filha, S, e a neta, J, desempenham um papel central no apoio emocional e na companhia social dos pais, enquanto o genro contribui para momentos de convívio e integração familiar ao fim de semana. Esta dinâmica regular fortalece a coesão familiar e promove o bem-estar do casal.

A dinâmica familiar do casal evidencia um equilíbrio entre proximidade e autonomia, caracterizando-se por um vínculo afetivo forte e funcional com a filha e a neta. O contacto diário e as visitas frequentes reforçam a coesão familiar e o apoio emocional, sem comprometer a independência de cada um. A presença do genro nos encontros semanais contribui para a integração e harmonia familiar, promovendo momentos de partilha e convívio. Esta relação assenta num suporte mútuo e incondicional, garantindo bem-estar ao casal, sem impor dependência ou interferências.

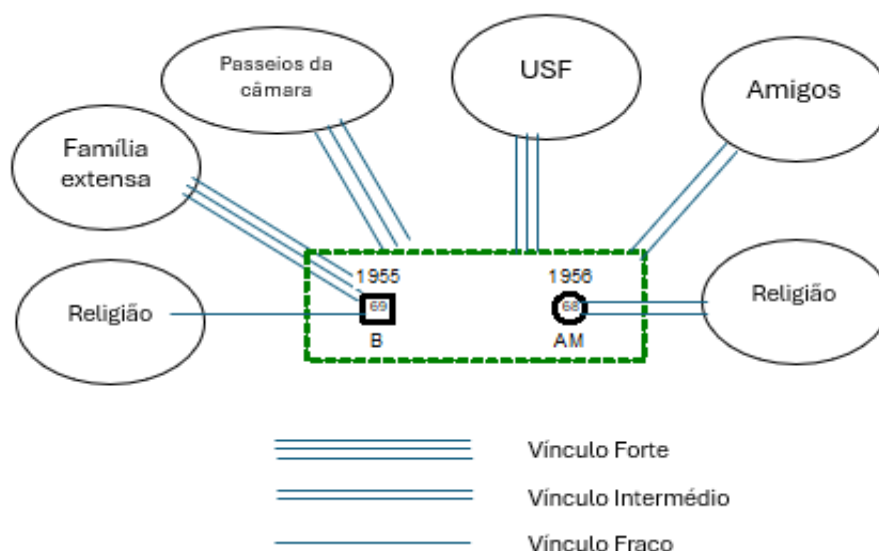


Figura 2 – Ecomapa da Família Marte

Segundo o Ecomapa da Figura 2, compreende-se que, quanto aos sistemas mais amplos, a família apresenta um forte vínculo com a equipa da USF, frequentando regularmente consultas para o acompanhamento das suas condições de saúde. Valorizando o apoio e as orientações dos profissionais de saúde, considera o acompanhamento essencial para manter o seu bem-estar. Apresentam um vínculo forte com os passeios da câmara, que lhes proporcionam momentos de prazer e bem-estar. O Sr. B apresenta vínculo forte com a família extensa e fraco com a religião, enquanto a D. AM apresenta um vínculo intermédio com a religião. Ambos têm ainda um vínculo intermédio com os amigos.

DIMENSÃO ESTRUTURAL

Tendo por base, a dimensão estrutural do MDAIF, foram analisadas as áreas de atenção relativas ao rendimento familiar, ao abastecimento de água e à existência de animal doméstico.

De acordo com a avaliação realizada através da Escala de Graffar Adaptado, a família foi classificada na classe social média baixa, com uma pontuação total de 12 em três itens avaliados. Ambos os elementos concluíram apenas o 4.º ano de escolaridade, sendo esta variável classificada no grau 4. A origem do rendimento familiar corresponde à reforma de

ambos, situando-se no grau 4, segundo os critérios da escala. Quando questionados sobre a adequação do rendimento atual face às suas necessidades, referiram sentir-se confortáveis com os valores recebidos, afirmando que já os esperavam e que não constituem motivo de preocupação. Demonstraram ainda possuir capacidade de poupança, acumulada previamente à entrada na reforma, a qual está destinada a ser utilizada em situações imprevistas. A título de exemplo, mencionaram que, caso surjam despesas inesperadas, como uma avaria doméstica ou um gasto extraordinário em saúde, poderiam fazer face à situação com os valores poupados ou, se necessário, recorrer a apoio familiar. Foi, assim, possível verificar que a família apresenta conhecimento e competência na gestão do orçamento familiar, assegurando o equilíbrio entre os rendimentos e as despesas mensais. Com base nesta análise, foi formulado o diagnóstico **Rendimento Familiar Não Insuficiente**.

Importa referir que, por não ter sido possível realizar visita domiciliária, não foram recolhidos dados relativos ao tipo de habitação e localização da residência, impossibilitando a avaliação do Edifício Residencial e a Precaução de Segurança.

Relativamente ao abastecimento de água, a família dispõe de fornecimento através da rede pública, o que é considerado **Abastecimento de Água Adequado**. No que diz respeito à existência de animais domésticos, os membros da família referiram não possuir qualquer animal de estimação, pelo que esta área não requer avaliação diagnóstica.

DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

No âmbito da dimensão de desenvolvimento do MDAIF, foi realizada a avaliação da área de atenção relativa à Satisfação Conjugal, com enfoque nas dimensões operativas da dinâmica relacional e da comunicação do casal.

No que se refere à avaliação da dimensão operativa da relação dinâmica, especificamente quanto à satisfação do casal com a partilha das tarefas domésticas, foram utilizadas questões lineares e circulares, como “Costumam definir tarefas domésticas para cada um?”. O Sr. B. respondeu que não têm uma distribuição formal das tarefas, mas que ao longo do tempo se foram estabelecendo rotinas: “Não definimos tarefas de forma muito rígida, mas acabamos por ter algumas ‘funções habituais’. Eu levo o lixo e ajudo a pôr a mesa, mas admito que faço isso mais quando ela me pede.” A D. AM confirmou, afirmando: “Antes, fazia praticamente tudo sozinha, mas agora conto mais com a ajuda do B., mesmo que às vezes precise de pedir.” Durante a entrevista, ambos reconheceram que a transição para a reforma trouxe algumas mudanças na dinâmica doméstica. O Sr. B. salientou: “Esperava que a reforma nos desse mais tempo para aproveitar a família e as coisas simples da vida, e tem sido assim, mas sei que posso ajudar mais em casa.” A D. AM acrescentou: “Gostava que o B. fosse um pouco mais proativo, por exemplo, que fizesse algumas tarefas sem ter de ser eu a pedir. Não precisa de ser nada exagerado, mas poderia começar a limpar o pó ou a organizar pequenas coisas, o

que me aliviaria.” Quando questionados sobre a satisfação atual com a partilha das tarefas, atribuíram uma pontuação de 8 numa escala de 1 a 10. A D. AM. referiu: “Estou satisfeita na maior parte do tempo. A nossa rotina funciona, mas acho que ainda há espaço para melhorarmos.” O Sr. B. reconheceu essa possibilidade, afirmando: “Não me importo de fazer mais, desde que seja algo que se ajuste à nossa rotina. Assim ganhamos mais tempo para passear ou estar com a família.” Ambos consideraram importante manter a flexibilidade na gestão das tarefas e referiram que, em situações inesperadas, conseguem ajustar-se e substituir-se mutuamente com facilidade.

No que respeita à satisfação do casal com o tempo que estão juntos, foi utilizada uma questão de escala para avaliar o nível de satisfação, tendo ambos atribuído a pontuação de 9 em 10. O Sr. B. referiu: “Consideramos o nosso relacionamento como muito bom. Sempre nos demos bem e valorizamos o tempo que temos juntos, especialmente agora que estamos reformados.” A D. AM confirmou essa percepção positiva: “Sim, sempre foi assim. Claro que, como todos os casais, tivemos os nossos desafios, mas sempre fomos unidos e aprendemos a resolver as coisas juntos.” Ambos reconheceram que a reforma trouxe mudanças significativas e positivas na sua rotina conjugal, permitindo-lhes usufruir de mais tempo em comum. A D. AM destacou: “Antes, no horário pós-laboral, ele estava muito cansado e eu também, por isso acabávamos por não aproveitar tanto.” O Sr. B acrescentou: “Agora, com a reforma, temos mais tempo para nos dedicarmos um ao outro e fazer coisas que gostamos, como passear e viajar. Passamos mais tempo em família, mas também valorizamos os momentos só a dois.” O casal relatou que, recentemente, tiveram a oportunidade de visitar alguns locais que apreciam, destacando igualmente a importância de momentos simples do quotidiano, como tomar café juntos e conversar sem pressa. Ambos consideram que o tempo partilhado fortalece a sua ligação emocional e contribui para uma maior coesão e resiliência face às adversidades. A D. AM sublinhou: “Falamos muito sobre a importância desse tempo. Ambos valorizamos estes momentos, e quando sentimos que precisamos de mais tempo de qualidade, partilhamos isso um com o outro.” Quando questionados sobre experiências que gostariam de concretizar no futuro, o Sr. B mencionou o desejo partilhado de realizar uma viagem fora da Europa, uma ambição antiga que ainda não tiveram oportunidade de concretizar.

Relativamente à satisfação com a forma como cada um expressa os seus sentimentos, foram utilizadas questões lineares e circulares, nomeadamente: “Costumam conversar e expressar os vossos sentimentos e emoções? Sentem-se valorizados quando o fazem?” Ambos afirmaram que sim, revelando abertura e disponibilidade para partilhar emoções, tanto em momentos de alegria como em situações mais delicadas. O Sr. B reconheceu que, apesar de ser naturalmente mais reservado, sempre existiu um espaço para o diálogo afetivo: “Sempre tivemos abertura para partilhar o que sentimos, embora eu seja um pouco mais reservado do que a M.” A D. AM confirmou essa percepção, destacando a evolução emocional do companheiro ao longo dos anos: “É verdade, o B. tende a guardar mais o que sente, mas

aprendeu a expressar-se melhor. Eu sempre fui mais aberta, e isso ajuda-nos a compreender-nos melhor.” Ambos consideraram que a transição para a reforma teve um impacto positivo nesta área, ao proporcionar mais tempo para o casal dialogar e refletir em conjunto. O Sr. B referiu: “A forma como expressamos emoções mudou com o tempo. No início, éramos mais contidos, mas agora valorizamos mais esses momentos.” A D. AM reforçou esta ideia, acrescentando: “Estar mais tempo juntos deu-nos espaço para falar sem pressas, o que nos aproximou ainda mais.” Apesar de demonstrarem satisfação com a forma como comunicam, o casal reconhece que há sempre margem para crescimento. O Sr. B afirmou: “Estou a trabalhar para ser mais aberto, por vezes ainda me fecho um pouco.” Por outro lado, a D. AM destacou que a sua espontaneidade ajuda a facilitar o diálogo: “Costumo partilhar o que sinto no momento, e sei que isso ajuda o B a sentir-se mais à vontade.” Ambos afirmaram sentir-se valorizados na relação, destacando o respeito e a escuta ativa como elementos centrais. O Sr. B referiu: “Sinto que o que penso e sinto é respeitado, e isso dá-me confiança para partilhar.” A D. AM concluiu: “Sei que quando ele me ouve, está verdadeiramente presente, e isso fortalece a nossa ligação.”

No âmbito da avaliação da comunicação, nomeadamente se o casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um. Ambos os elementos relataram que, sempre que surge uma preocupação, procuram abordá-la em conjunto, utilizando o diálogo como principal estratégia de resolução e alívio da tensão emocional. O Sr. B afirmou: “Quando algo nos preocupa, tentamos sempre conversar sobre o assunto. É a forma que encontramos para aliviar a tensão e encontrar soluções juntos”, ao que a D. AM acrescentou: “Somos muito francos um com o outro sobre os receios e as formas de os contornar. Mesmo que inicialmente um de nós hesite em falar, acabamos sempre por abordar o que nos preocupa.” Relativamente às expectativas associadas à reforma, o casal referiu que antecipavam esta etapa como uma oportunidade para usufruir de maior tempo em família, descansar e realizar atividades anteriormente condicionadas pela vida profissional. Ainda que não tenham elaborado um plano formal para esta transição, referiram que discutiram previamente alguns aspetos práticos, como a organização financeira e a gestão do tempo livre. A D. AM partilhou que, apesar das conversas frequentes, nem sempre expressaram os receios de forma estruturada, mas que estes foram sendo abordados de forma gradual e espontânea. Atualmente, as expectativas do casal centram-se na preservação da saúde, manutenção da autonomia e qualidade das relações familiares. Contudo, reconheceram a existência de alguns receios associados ao processo de envelhecimento, nomeadamente eventuais limitações funcionais futuras. Ambos identificaram a importância de aprofundar o diálogo sobre planos de longo prazo, assumindo que, apesar de comunicarem abertamente, existe margem para desenvolver uma maior estruturação nas conversas sobre o futuro.

No âmbito da avaliação da forma como o casal gere as discordâncias de opinião, foi analisada a sua capacidade para alcançar consensos, os temas habitualmente geradores de divergência

e a valorização das perspectivas individuais. O Sr. B reconheceu que, por vezes, a obtenção de um entendimento mútuo pode ser desafiante, particularmente devido à sua tendência para manter firmemente o seu ponto de vista: “Sei que sou teimoso e nem sempre aceito facilmente o ponto de vista da AM, mas reconheço que preciso de melhorar isso.” A D. AM confirmou essa característica do companheiro, salientando, contudo, a sua consciência e esforço em promover mudanças nesse comportamento. Referiu, a título de exemplo, um episódio recente em que tiveram opiniões divergentes sobre como aproveitar um fim de semana prolongado: enquanto o Sr. B pretendia visitar os irmãos, a D. AM preferia descansar em casa. Apesar da discordância inicial, optaram por realizar a visita, conciliando posteriormente com o regresso antecipado, o que permitiu satisfazer ambas as necessidades. As situações de desacordo surgem, maioritariamente, em decisões práticas relacionadas com a organização da rotina ou da vida doméstica. O casal admite que nem sempre consegue alcançar consensos plenos, sendo frequente que uma das partes, nomeadamente a D. AM, ceda para facilitar a resolução do conflito. Ainda que o processo de negociação nem sempre seja imediato ou equilibrado, ambos evidenciam respeito pelas opiniões um do outro e empenho em manter a harmonia relacional. O Sr. B afirmou: “Acho que, na maioria das vezes, respeitamos a opinião um do outro. O problema é que, às vezes, demoro a aceitar o ponto de vista da M.” Já a D. AM reconheceu que tende a ceder com mais frequência, sublinhando, contudo, que essa flexibilidade tem sido importante para preservar o equilíbrio na relação. Ambos os elementos do casal assumem que a sua capacidade de resolução de conflitos está em processo de melhoria contínua, demonstrando abertura para desenvolver estratégias que favoreçam o entendimento mútuo. Em relação ao impacto da reforma, não consideram que tenha contribuído para um aumento das discussões; pelo contrário, reconhecem que a maior convivência trouxe à superfície pequenas diferenças que antes passavam despercebidas, mas também proporcionou novas oportunidades para reforçar a comunicação e aprofundar o conhecimento mútuo. O Sr. B sintetizou esta ideia afirmando: “Esta fase pode ser de mudança, sim, mas não acho que vá causar mais discussões. Pelo contrário, vejo como uma oportunidade para nos conhecermos ainda melhor e trabalharmos nas nossas diferenças.”

Foi analisada a satisfação com o padrão de comunicação entre os elementos do casal, explorando-se a existência de espaço para o diálogo, a perceção da eficácia da comunicação e eventuais alterações desde a transição para a reforma. O Sr. B afirmou: “Sim, acho que existe espaço para o diálogo na nossa relação. Conseguimos falar bem sobre quase tudo, partilhamos as nossas opiniões e sentimentos.” A D. AM corroborou, referindo: “É verdade, falamos muito e até com facilidade na maioria dos casos. Mas, quando discordamos, já nem sempre é tão fácil. Acabam por surgir algumas pequenas discussões.” Ambos reconhecem que existe uma dinâmica de partilha e escuta ativa, ainda que com estilos comunicacionais distintos. O Sr. B referiu ser mais reservado, enquanto a D. AM se considera a mais comunicativa: “Eu falo mais, mas gosto que ele me ouça e participe. Mesmo sendo mais

calado, o B. acaba por dar a sua opinião quando é preciso.” Quando convidados a classificar a sua comunicação numa escala de 1 a 10, atribuíram a pontuação de 8, demonstrando satisfação geral, mas também consciência de que existem áreas a melhorar. Ainda que exista uma base sólida de diálogo e partilha, o casal reconhece que as situações de discordância continuam a representar um desafio, revelando a necessidade de aprimorar estratégias de comunicação nesses momentos específicos. A D. AM destacou: “A nossa comunicação é boa no geral, mas quando discordamos surgem pequenos conflitos que dificultam as coisas.” Desde a entrada na reforma, ambos consideram que têm mais tempo para conversar, o que tem promovido uma maior proximidade. No entanto, também reconhecem que essa maior convivência pode intensificar pequenas diferenças que antes passavam despercebidas. Apesar disso, consideram que mantêm um bom equilíbrio e estão a aprender a gerir melhor esses momentos, reforçando o compromisso com a melhoria contínua da comunicação conjugal.

Com base na avaliação realizada, foi identificado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação dinâmica disfuncional manifestada por Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas e Comunicação Não Eficaz manifestada por o casal não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião.**

Deste modo, com o objetivo de promover a satisfação do casal **sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas**, foram planeadas intervenções, tais como: Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas e aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas. Para motivar a redefinição da divisão e partilha das tarefas domésticas, pode ser útil destacar os benefícios concretos que uma partilha mais equilibrada pode trazer, como a redução do cansaço e a criação de mais tempo livre para atividades recreativas e momentos de qualidade em casal. Reconhecer os esforços já realizados por ambos é também uma estratégia importante, pois valorizar o que cada um já contribui promove um ambiente positivo para mudanças. Além disso, reforçar a ideia de trabalho em equipa pode ser eficaz, comparando o casal a remadores de um barco, onde remar juntos na mesma direção facilita alcançar resultados com mais satisfação. Sugere-se começar com pequenas mudanças, como o Sr. B assumir algumas tarefas simples, por exemplo, pôr a mesa ou levar o lixo, sem necessidade de ser lembrado. Propor ajustes progressivos pode ajudar a adaptar-se à nova partilha sem gerar stress. No aconselhamento para a redefinição da partilha das tarefas domésticas, é importante facilitar uma conversa estruturada entre o casal, onde possam discutir de forma clara as expectativas e necessidades de cada um. Orientá-los para uma abordagem flexível, permitindo troca de responsabilidades ou apoio mútuo em situações de maior carga, também é essencial. Propor soluções práticas, como a criação de um plano semanal ou um quadro de tarefas, pode ajudar a organizar e distribuir melhor as responsabilidades, no final de cada semana, podem analisar o que foi cumprido e os ajustes necessários. Por fim, reforça-se a importância de uma comunicação aberta e tranquila entre o

casal, onde possam expressar os seus sentimentos em relação à partilha das tarefas de forma respeitosa, construindo soluções juntos.

Com o objetivo de promover que o casal chegue a acordo quando há discordância de opinião, foram planeadas as intervenções: Promover a comunicação expressiva das emoções e promover a comunicação do casal. Inicialmente foi utilizada a técnica da Conotação Positiva para ajudar o Sr. B a reinterpretar a sua teimosia de forma construtiva. "Sr. B, é admirável que reconheça a sua teimosia e deseje melhorar. Sabia que essa característica, vista de outra forma, pode ser uma grande força na vossa relação? Ser firme nas suas opiniões demonstra que está empenhado em tomar as melhores decisões para o casal. Isso é uma forma de demonstrar cuidado e preocupação. Por outro lado, o equilíbrio é essencial para que essa força seja positiva e construtiva."

Além disso, recorreu-se à Metáfora para ilustrar a dinâmica do casal. Explicou-se que, num barco com dois remos, se cada um remar em direções opostas ou com forças diferentes, o barco tende a girar em círculos, sem avançar. Contudo, se ambos remarem na mesma direção e em harmonia, o barco desliza com facilidade, alcançando o destino. Esta metáfora foi associada às discordâncias do casal, sublinhando que, para o barco avançar, é necessário alinhar as forças, ouvindo-se mutuamente e ajustando os movimentos. Questionou-se ao Sr. B como poderia usar a sua persistência para reforçar o trabalho em equipa, em vez de criar resistência, e à D. AM como poderia contribuir para que o Sr. B se sentisse mais confortável em ceder, sem que isso fosse interpretado como uma perda de força no remo.

Foram também sugeridas práticas para promover a comunicação no casal, como validar a opinião do outro antes de responder. Recomendou-se que, ao apresentarem os seus pontos de vista, repetissem ou validassem o que o outro disse, garantindo entendimento e alinhamento, com exemplos práticos, como: "Entendi que preferes esta solução porque achas que é mais prática. Faz sentido. Agora posso explicar o que penso?". Incentivou-se ainda a definição de objetivos comuns nas situações de discordância, identificando um ponto de concordância que possa orientar a resolução. Foi sugerido o uso de pausas em momentos de frustração durante as discussões, com a orientação de se dedicarem a algo relaxante antes de retomar o tema, evitando que a resistência impeça o progresso. Por fim, sublinhou-se: "Lembrem-se, o objetivo não é que alguém ganhe ou ceda, mas que remem juntos. Cada opinião e decisão é uma oportunidade para fortalecer o vosso trabalho em equipa e alcançar o destino que desejam enquanto casal. Vocês têm mostrado ao longo dos anos que conseguem superar desafios juntos, e esta fase é só mais uma oportunidade para ajustarem os movimentos."

Na consulta seguinte, o casal partilhou as alterações introduzidas no quotidiano desde a última sessão, evidenciando os efeitos positivos das intervenções previamente propostas. Ambos relataram ter conversado abertamente sobre a divisão das tarefas domésticas, tendo inclusive formalizado um acordo através da elaboração de uma lista, o que facilitou a clarificação das

responsabilidades de cada um. O Sr. B referiu que passou a encarregar-se de pôr a mesa antes das refeições e de levar o lixo, de forma autónoma e sem necessidade de ser lembrado pela esposa, reconhecendo que esta mudança o fazia sentir-se mais útil e comprometido com o equilíbrio da dinâmica conjugal.

A D. AM corroborou esta melhoria, salientando que a definição prévia das tarefas contribuiu para uma gestão mais equitativa das rotinas diárias. Embora continue a assumir grande parte das tarefas relacionadas com a roupa e a limpeza geral da casa, sente agora um maior apoio por parte do companheiro, o que, segundo a própria, “tira algum peso de cima”. O Sr. B reconheceu que, inicialmente, ainda se esquecia de algumas das tarefas combinadas, mas afirmou que se tem esforçado por estar mais atento, lembrando-se da metáfora discutida na consulta anterior: se não remar na mesma direção que a esposa, acabará por deixá-la sozinha nesse esforço, algo que deseja evitar.

Por outro lado, a D. AM também referiu ter refletido sobre a importância de permitir que o companheiro execute as tarefas ao seu próprio ritmo, compreendendo que, mais importante do que a rapidez da execução, é o compromisso de colaborar de forma efetiva. Paralelamente, o Sr. B indicou estar a trabalhar na forma como reage perante divergências de opinião, esforçando-se por escutar primeiro o ponto de vista da esposa antes de expressar o seu, num exercício de empatia e autorregulação. Este esforço tem sido notado pela D. AM, que referiu observar uma redução na intensidade das discussões e um maior equilíbrio no diálogo conjugal. Ambos reconheceram estar a aprender a “remar juntos”, valorizando a melhoria na comunicação e na cooperação mútua como pilares para uma convivência mais harmoniosa nesta nova fase da vida.

Tendo em conta os progressos verificados, foi possível reformular o diagnóstico previamente identificado para **Satisfação Conjugal Mantida relacionada com Relação Dinâmica Funcional e Comunicação Eficaz**

DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente: Não

Foram exploradas as crenças da família, permitindo uma compreensão de valores que orientam as suas escolhas, relações e cuidados de saúde. A nível religioso, identificam-se como católicos, valorizando a fé em Deus e os princípios do matrimónio como um compromisso para a vida. No que respeita aos valores familiares, destacam o amor, o respeito mútuo, a união e a dedicação à família como pilares fundamentais na sua convivência diária. Em termos culturais, demonstram apreço pelas tradições portuguesas, participando regularmente em celebrações familiares e festividades locais, as quais contribuem para o fortalecimento da identidade cultural e dos vínculos familiares. Relativamente às crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde, a família manifesta uma atitude de confiança, reconhecendo a

importância do acompanhamento próximo e da colaboração com a equipa de saúde familiar, sobretudo na gestão das condições crónicas de saúde do Sr. B e da D. AM A presença regular e o suporte técnico e emocional prestado pelos profissionais são valorizados como fundamentais para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida familiar.

No âmbito do Processo Familiar, foi analisado o *Coping* Familiar através da utilização de questões lineares, circulares e reflexivas, que permitiram explorar a forma como o casal lida com os desafios do quotidiano. Quando questionados sobre o modo como habitualmente resolvem os problemas familiares, o Sr. B referiu que, por norma, optam por discutir as situações com tranquilidade, promovendo um espaço de diálogo em que todos os membros da família são convidados a expressar a sua opinião. A D. AM. corroborou esta afirmação, sublinhando que, em situações mais complexas, procuram considerar os diferentes pontos de vista antes de tomar uma decisão conjunta.

Relativamente à valorização das opiniões no seio familiar, o casal destacou que, sobretudo entre si, há um esforço mútuo para considerar as perspetivas individuais, e, sempre que a filha está envolvida, a sua opinião é igualmente escutada. No entanto, salientaram que as decisões finais são geralmente tomadas pelo casal, de forma consensual. A D. AM expressou satisfação com a forma como lidam com os problemas, reconhecendo que, apesar de algumas conversas poderem ser mais demoradas do que gostaria, existe um esforço genuíno em alcançar soluções adequadas para ambos. Quanto ao recurso a apoio externo, o casal indicou que, habitualmente, não recorre a profissionais ou instituições fora do núcleo familiar para resolução de problemas. No entanto, referiram que, em momentos mais exigentes, como a perda de um familiar, contaram com o suporte de amigos próximos, o que consideraram fundamental para lidar emocionalmente com a situação.

Por fim, foi questionado ao casal se consideravam que, ao longo do tempo, tinham sido capazes de ultrapassar as dificuldades vividas. A D. AM destacou o momento em que foi diagnosticada com diabetes mellitus tipo 2, referindo o papel ativo do Sr. B na adaptação da rotina familiar para melhor gerir a sua condição de saúde. O Sr. B acrescentou que a transição para a reforma constituiu igualmente um desafio, mas que, através do apoio mútuo e da capacidade de ajustamento, conseguiram ultrapassar esta fase de forma positiva. As respostas evidenciam um funcionamento familiar coeso e um padrão de *coping* eficaz, centrado no diálogo, na partilha e no apoio mútuo. Deste modo, verifica-se que a família evidencia um ***Coping* Familiar Eficaz.**

Plano de cuidados Individual (Sr. B)

No âmbito da prestação de cuidados ao indivíduo, foi realizada uma consulta ao Sr. B, que está a vivenciar a transição para a reforma há 3 anos. Considerando o número reduzido de consultas, foi realizada uma avaliação da trajetória profissional e da relação do indivíduo com a

reforma, com o intuito de compreender o seu impacto e a capacidade de adaptação de cada membro a esta nova fase, recorrendo à Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000). Para tal, foram colocadas ao Sr. B. algumas questões que caracterizam o seu percurso profissional, a transição entre emprego e reforma, os efeitos nas redes de apoio social e no estado de saúde.

O Sr. B iniciou atividade profissional com 18 anos e trabalhou cerca de 40 anos como funcionário do jardim zoológico. Reformou-se aos 66 anos. Quando questionado sobre o significado do trabalho na sua vida, o Sr. B referiu que "significava estar sempre entretido, eu gostava realmente do que fazia". Em relação aos sentimentos experimentados durante a transição para a reforma, o mesmo descreveu que os dois primeiros meses custaram bastante, era uma pessoa muito ativa e que de um momento para o outro ficou sem ofício, estava perdido e não se sentia útil, no entanto, decidiu que tinha de mudar a mentalidade. Após esses dois meses, começou a acompanhar a neta no dia a dia, a introduzir alguma atividade física, a reativar contatos com os amigos e a passear com a Esposa.

Sobre as expectativas para a reforma, o Sr. B revelou o desejo de aproveitar mais o dia a dia e estar com a família. Questionado sobre a existência de um plano para facilitar a transição para a reforma, admitiu que não havia desenvolvido nenhum. Na sua opinião, a idade ideal para a reforma situa-se nos 65 anos, no entanto, ele ainda conseguia trabalhar mais alguns anos. Relativamente à rede de apoio social, ao ser questionado sobre eventuais impactos da reforma nas interações familiares e com amigos, respondeu que não sentiu alterações.

Passando à aplicação da Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR) de Loureiro (2015):

Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

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

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

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

Nº	Afirmação	1	2	3	4
1	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a			X	
2	Consigo identificar objetivos para a minha vida atual			X	
3	Consigo identificar objetivos para a minha vida futura			X	
4	Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado			X	

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

O Sr. B apresentou um score de 91 pontos na Escala de EPFAR, sendo que não apresenta qualquer necessidade de intervenção, uma vez que apresenta **Autoestima Positiva e Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado**.

No que concerne à área de atenção comportamento de procura de saúde: estado de vacinação, o Sr. B apresenta o Plano Nacional de Vacinação atualizado e realiza consultas

regulares com a sua equipa de saúde familiar, com periodicidade anual. Tendo como antecedente clínico HTA há cerca de 20 anos, foi avaliada a evolução da pressão arterial (115/75 mmHg), o perímetro abdominal (86cm), a altura (170 cm), o peso (72 kg), que resultam num IMC de 24,9 kg/m², situando-se dentro dos parâmetros de peso normal. No que respeita ao consumo de substâncias, foi identificado ausência de hábitos tabágicos e consumo moderado de álcool (dois copos de vinho maduro por dia, às refeições).

No que concerne à autogestão do regime dietético, o Sr. B referiu seguir uma alimentação equilibrada, evitando fritos e alimentos ricos em gordura, procurando incluir diariamente fruta, legumes e ingerindo cerca de 1,5L de água por dia. Relativamente à autogestão do regime medicamentoso, demonstrou conhecer e cumprir rigorosamente a terapêutica prescrita, sem falhas, o que evidencia uma autogestão eficaz.

Contudo, no que diz respeito à prática de exercício físico, o Sr. B referiu não realizar qualquer atividade estruturada. Apesar de demonstrar conhecimento acerca da importância do exercício regular para a promoção da saúde, reconhece que não tem colocado esse conhecimento em prática, assumindo: “Sei que devia fazer mais exercício, mas acabo por não o fazer”. Esta evidência sustentou o diagnóstico de **Autogestão do regime de exercício comprometida**. Neste sentido, foram planeadas intervenções com vista a promover a autogestão do regime de exercício, nomeadamente através da Entrevista Motivacional, incentivando a integração de atividade física regular, ajustada à sua condição clínica e preferências pessoais. De acordo com o ICN (2020), a prática de exercício físico contribui significativamente para o bem-estar global, potenciando melhorias ao nível da saúde física e mental, da autonomia e da autoestima.

Na fase inicial da intervenção, o Sr. B encontrava-se na fase de contemplação, demonstrando consciência da importância do exercício físico, embora ainda não estivesse preparado para iniciar mudanças. Foi, então, explorada a possibilidade de associar a prática de caminhadas a momentos de lazer partilhados com a esposa e a neta. Na consulta seguinte, o Sr. B referiu ter iniciado pequenas caminhadas, com duração de 20 a 30 minutos, três vezes por semana, evidenciando motivação crescente e um progresso significativo na incorporação da atividade física na sua rotina. Este avanço revela o impacto positivo das intervenções implementadas e o potencial de melhoria contínua do seu bem-estar físico e emocional. Face à evolução positiva verificada, considera-se pertinente reformular o diagnóstico inicialmente estabelecido para Autogestão do regime de exercício eficaz.

Tendo por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), constata-se que o Sr. B está consciente e envolvido na transição para a reforma, atribuindo-lhe um significado positivo, apesar de inicialmente ter enfrentado alguma dificuldade na reorganização das rotinas. Procurou manter-se ativo através de atividades que lhe proporcionam bem-estar, o que favoreceu uma adaptação progressiva. No âmbito da transição saúde-doença, revela uma autogestão eficaz do regime dietético e medicamentoso, mantendo hábitos saudáveis e

acompanhamento regular pela equipa de saúde familiar. No entanto, apresentava inicialmente um padrão comprometido na prática de exercício físico. Após intervenção com recurso à entrevista motivacional, iniciou caminhadas regulares, demonstrando progressiva integração desta prática no quotidiano. A evolução positiva evidencia mestria e integração fluida da identidade, refletindo uma transição bem-sucedida tanto no contexto da reforma como na gestão da sua condição de saúde.

Plano de cuidados Individual (D. AM)

No contexto da prestação de cuidados ao indivíduo, foi realizada uma consulta com a D. AM, atualmente em fase de transição para a reforma há cerca de dois anos. Atendendo à limitação do número de consultas disponíveis, procedeu-se a uma avaliação centrada na sua trajetória profissional e na forma como tem experienciado esta mudança, procurando compreender os efeitos da reforma no seu bem-estar e nos seus processos de adaptação. Esta análise teve como enquadramento a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), sendo utilizadas questões orientadoras que permitiram explorar o seu percurso laboral, a vivência da transição do trabalho para a inatividade, bem como as repercussões nas redes de apoio social e na sua saúde global.

A D. AM iniciou a atividade profissional aos 16 anos e trabalhou durante mais de 40 anos como empregada doméstica, desempenhando várias funções ao longo do tempo. Reformou-se aos 66 anos. Quando questionada sobre o significado do trabalho na sua vida, a D. AM referiu: "O trabalho era parte de mim. Sempre gostei de manter a casa organizada, de ajudar as famílias com quem trabalhei. Era cansativo, mas eu sentia-me útil e realizada."

Relativamente aos sentimentos experimentados durante a transição para a reforma, descreveu os primeiros meses como um período de grande adaptação: "Ao contrário do meu marido, não me custou a habituar, pelo contrário, gostei muito. Passo mais tempo com a minha neta, cuido da casa e ainda arranjo tempo para passear com o meu marido. Temos aproveitado para fazer muitos passeios pela câmara, agora que temos tempo para isso"

Quando questionada sobre as expectativas para a reforma, a D. AM revelou que imaginava que seria uma fase de maior tranquilidade e convivência com a família, o que considera estar a conseguir alcançar: "Sempre achei que seria uma oportunidade para estar mais com os meus. Agora tenho mais tempo para isso, e é algo que valorizo muito." Contudo, admitiu que não desenvolveu um plano específico para a transição: "Acho que fomos ajustando com o tempo. Não pensei muito nisso antes."

Relativamente à rede de apoio social, ao ser questionada sobre eventuais impactos da reforma nas interações familiares e com amigos, a D. AM referiu que estas se mantiveram positivas e frequentes: "Sempre mantivemos contacto próximo com a nossa filha e a nossa neta, e

também com os amigos. Acho que isso não mudou muito, mas agora temos mais tempo para aproveitar."

Passando à aplicação da EPFAR de Loureiro (2015):

Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

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

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

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

Nº	Afirmação	1	2	3	4
1	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a			X	
2	Consigo identificar objetivos para a minha vida atual			X	
3	Consigo identificar objetivos para a minha vida futura			X	
4	Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado			X	
5	Sinto-me em harmonia com a vida atual			X	
6	Sinto que passei a ter mais tempo para os meus afazeres				X
7	O tempo que disponho é utilizado de forma útil			X	
8	Consigo gerir o stresse no dia-a-dia			X	
9	Sinto apoio da minha família				X
10	Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes			X	
11	Sei como aceder aos recursos da minha comunidade			X	
12	Sinto que tenho o apoio necessário quando necessito				X
13	Realizo um planeamento mensal dos meus gastos			X	
14	Sei gerir o meu dinheiro			X	
15	Consigo estabelecer prioridades nas compras que realizo			X	
16	Sei resistir à pressão da publicidade do consumo			X	
17	Gosto de mim tal como eu sou			X	
18	Sinto-me bem			X	

19	Cuido de mim			X	
20	Tenho medo de envelhecer			X	
21	Estou satisfeito com a minha relação conjugal			X	
22	Quando decido em casal consigo mais e melhor			X	
23	Na minha relação há diálogo e partilha			X	
24	Sinto-me bem sexualmente			X	
25	Sinto que posso contar com os meus filhos				X
26	Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos				X
27	Sinto que os meus netos contam comigo				X
28	Os meus netos fazem-me feliz				X

A D. AM apresentou um score de 91 pontos na Escala de EPFAR, sendo que não apresenta qualquer necessidade de intervenção, uma vez que apresenta **Autoestima positiva e Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado**.

Relativamente à área de atenção comportamento de procura de saúde: estado de vacinação, a D. AM apresenta o Plano Nacional de Vacinação atualizado e realiza consultas regulares com a sua equipa de saúde familiar. No que diz respeito ao estado de saúde, apresenta como antecedentes clínicos HTA e DM2. Foram recolhidos os seguintes parâmetros: tensão arterial (120/78 mmHg), o perímetro abdominal (92cm), o peso (72 kg), a altura (160 cm), correspondendo a um Índice de Massa Corporal de 28,1 kg/m², classificando-se como **Excesso de Peso**. Não apresenta hábitos tabágicos nem consumo de álcool. Relativamente ao risco de úlcera diabética, este foi avaliado previamente, em maio de 2024, tendo sido identificado como baixo.

No que concerne à autogestão do regime dietético, a D. AM demonstrou elevado conhecimento e controlo sobre os seus hábitos alimentares, mantendo uma dieta equilibrada, com inclusão diária de frutas e legumes. Referiu que evita alimentos ricos em açúcar e gordura e que apenas consome exceções em ocasiões especiais, como aniversários ou festividades familiares, acrescentando: “Não costumo falhar, só me permito um doce ou algo fora da rotina quando é mesmo justificado.” Estes dados sustentam uma autogestão do regime dietético eficaz. Relativamente ao regime medicamentoso, a utente toma corretamente a terapêutica prescrita, sem falhas, o que reforça uma autogestão eficaz também neste domínio.

No entanto, ao nível do regime de exercício físico, foi identificada necessidade de intervenção, dado que a D. AM não pratica atividade física regular, tal como o marido, apesar de deter o conhecimento da necessidade de realizar atividade física e o tempo aconselhado, não o faz.

Foi assim identificado o diagnóstico de **Autogestão do regime de exercício comprometida**. De forma a promover a autogestão do regime de exercício, recorreu-se à Entrevista Motivacional, onde foram exploradas as ambivalências em relação à prática de exercício. Apesar de reconhecer os seus benefícios, referiu sentir dificuldade em iniciar devido à ausência de hábito e à perceção de já realizar um número elevado de tarefas domésticas. Ainda assim, mostrou-se recetiva à introdução progressiva da atividade física, sobretudo se esta fosse partilhada com o Sr. B.

Foi sugerida a utilização da balança decisional como estratégia para refletir sobre os ganhos e desafios da prática de exercício físico e promover o envolvimento ativo na mudança de comportamentos. A utente comprometeu-se a iniciar caminhadas leves duas vezes por semana, em conjunto com o Sr. B, considerando estas atividades como uma oportunidade de lazer e reforço do vínculo conjugal. Na consulta seguinte, relatou já ter iniciado essas caminhadas e demonstrou motivação crescente, reconhecendo o impacto positivo da mudança e o papel fundamental do apoio do parceiro neste processo. Assim sendo, é possível alterar o diagnóstico para Autogestão do regime de exercício eficaz, obtendo ganhos em saúde, neste caso, para ambos.

Tendo por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), conclui-se que a D. AM demonstra consciência e envolvimento positivo na transição para a reforma. Apesar de não ter planeado previamente esta etapa, adaptou-se progressivamente, reorganizando rotinas e investindo em atividades que valorizam a convivência familiar, promovendo bem-estar e realização pessoal. Evidencia ainda elevada autonomia e autoeficácia na gestão do regime dietético e medicamentoso. A transição para a reforma da D. AM ocorre em simultâneo com a transição saúde-doença, dado o diagnóstico de HTA e DM2 e o facto de, não praticar exercício físico. No entanto, após intervenção com recurso à entrevista motivacional, iniciou caminhadas regulares com o cônjuge, refletindo progresso positivo e reforço do vínculo conjugal. A sua capacidade de adaptação e integração de novos comportamentos evidencia uma transição bem-sucedida.

ANEXO VI – Família Júpiter

A Família Júpiter é constituída pelo Sr. M e a D. A, ambos com 68 anos. Estão casados há 34 anos e tiveram uma filha a G com 40 anos, solteira e que vive sozinha. O Sr. M encontra-se reformado há cerca de três anos, trabalhava na construção civil por conta de outrem, e a D. A trabalhou como operária fabril durante 20 anos, após esse período, trabalhou como empregada doméstica e reformou-se há um ano. Ambos são independentes nas atividades de vida diárias. A D. A tem como doenças crônicas, a HTA e Dislipidemia.

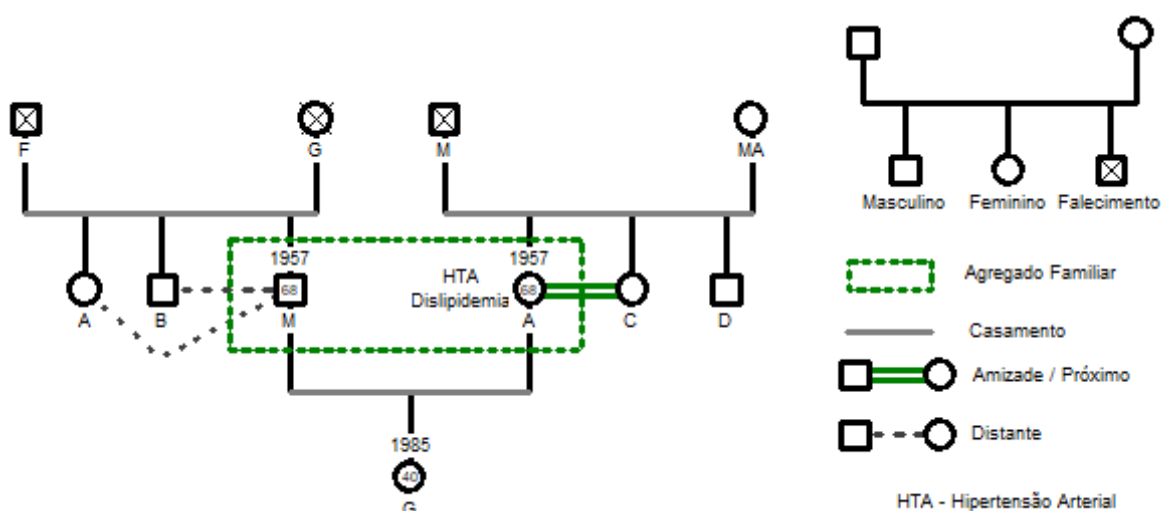


Figura 1 – Genograma da Família Júpiter

O Genograma da Família Júpiter está representado na Figura 1. Esta família é do tipo nuclear, onde está presente o subsistema individual e conjugal, que inclui o Sr. M e a D. A, individualmente, e como marido e mulher.

Tendo em conta a família extensa, ambos os membros referem manter um contacto próximo com a filha G, que vive sozinha. O contacto por telemóvel é diário, com chamadas ou mensagens para partilhar novidades ou simplesmente manter a proximidade. Presencialmente, a filha visita os pais para jantar cerca de 3x por semana, promovendo momentos de convivência familiar. Apesar de a filha ser independente, o casal considera importante continuar a apoiar emocionalmente e partilhar o dia a dia com ela. A filha apresenta para o casal uma função de companhia social, apoio emocional, conselhos e se necessário apoio material e de serviço. Esta relação assenta numa base de respeito mútuo e suporte incondicional, em que a disponibilidade para prestar auxílio é recíproca, sendo ativada sempre que necessário, sem comprometer a individualidade e a organização familiar de cada um. A D. C representa para a D. A uma companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social e, ocasionalmente, ajuda material ou de serviço.

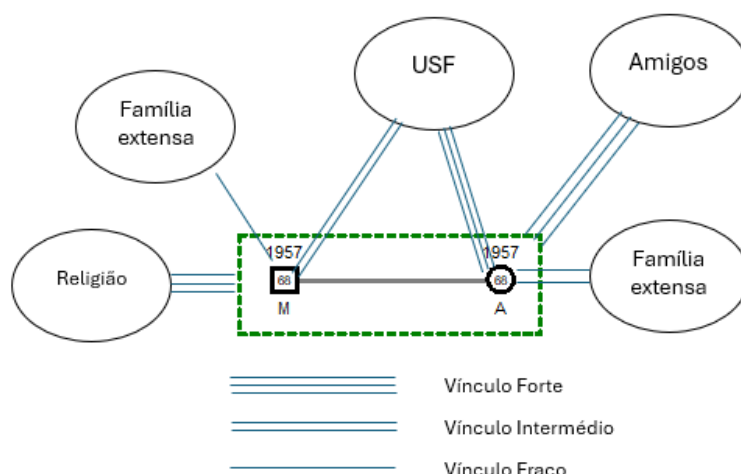


Figura 2 – Ecomapa da Família Júpiter

De acordo com o Ecomapa representado na Figura 2, quanto aos sistemas mais amplos, a família apresenta um vínculo forte com a religião. Ambos frequentam a missas todos os domingos. A D. A mantém também um vínculo forte com a equipa da USF, frequentando regularmente consultas para o acompanhamento das suas condições de saúde, nomeadamente a HTA e a Dislipidemia. Valorizando o apoio e as orientações dos profissionais de saúde, considera o acompanhamento essencial para manter o seu bem-estar. O Sr. M apresenta um vínculo intermédio com a USF, utilizando os serviços de saúde quando necessário, mas de forma menos frequente. Ambos têm ainda um vínculo forte com os amigos. A D. A refere que toma frequentemente o pequeno-almoço com as amigas, incluindo a sua irmã C, o que considera um momento de descontração e convivência. O Sr. M, por sua vez, menciona que gosta de ir ao café para jogar cartas com os amigos, descrevendo estas interações como uma forma de se manter ativo socialmente e fortalecer as suas amizades.

DIMENSÃO ESTRUTURAL

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

De acordo com a avaliação realizada através da Escala de Graffar Adaptado, a Família Júpiter foi classificada na classe social média baixa, com uma pontuação total de 11, obtida em três itens avaliados. A profissão que ambos os elementos exerciam corresponde ao grau 4, enquanto o nível de instrução do Sr. M e da D. A foi classificado nos graus 3 e 4, respetivamente, uma vez que o primeiro concluiu apenas o 4.º ano de escolaridade e a segunda o 9.º ano. Relativamente ao rendimento familiar, este situa-se igualmente no grau 4, sendo a principal fonte de rendimento a reforma de ambos os elementos do casal. Importa referir que o tipo de habitação e o local de residência não foram classificados, dado que não foi possível realizar visitas domiciliárias à família.

O rendimento familiar encontra-se no grau 4, a principal fonte de rendimento de ambos é a reforma. Quando questionados sobre o valor recebido na reforma, o Sr. M referiu que correspondeu ao que esperava, enquanto a D. A afirmou: "Já estava à espera de receber pouco, porque descontei pouco durante os anos em que trabalhei." Relativamente às dificuldades enfrentadas após a entrada na reforma, a D. A referiu: "Até agora não temos tido dificuldades, conseguimos gerir bem o que temos. Não pagamos renda de casa, o que ajuda muito." O Sr. M acrescentou: "É verdade, não podemos gastar mais do que ganhamos, mas conseguimos poupar um pouco todos os meses para eventuais imprevistos." Quando questionados sobre a capacidade de lidar com imprevistos, como uma avaria no carro ou uma despesa inesperada, ambos afirmaram que conseguiriam resolver utilizando as suas poupanças. A D. A salientou: "Acho que conseguimos resolver, mesmo que fosse algo mais caro, graças ao que temos guardado." O Sr. M complementou: "A nossa filha tem a vida dela, preferimos não incomodar, mas sabemos que, se fosse necessário, ela nos ajudaria." A família apresenta conhecimento e capacidade para gerir o rendimento de acordo com as suas despesas mensais. Tendo em conta os dados colhidos, foi formulado o seguinte diagnóstico:

Rendimento Familiar Não Insuficiente.

O abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos são feitos pela rede pública, sendo considerado um **Abastecimento de Água Adequado.**

Relativamente a animais domésticos, a família não possui nenhum, pelo que, esta área não requer avaliação diagnóstica.

DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

No que concerne à dimensão de desenvolvimento, foi analisada a área de atenção Satisfação Conjugal, nas dimensões operativas relativas à dinâmica relacional e da comunicação.

No que diz respeito à avaliação da dimensão operativa da relação dinâmica, na satisfação do casal com a divisão/partilha das tarefas domésticas, foram utilizadas questões lineares e circulares, tal como "Costumam a definir tarefas domésticas para cada um?", a D. A respondeu: "Não definimos muito bem as tarefas. Eu faço grande parte das lidas domésticas, mas o M ajuda bastante com coisas mais pontuais. Por exemplo, ele gosta de ir ao mercado comprar fruta e vegetais, e também costuma cuidar das plantas no quintal." O Sr. M acrescentou: "Eu gosto de cuidar do exterior, mas dentro de casa ajudo quando ela pede. Sempre que precisa de mim, estou disponível para ajudar." Quando questionados sobre a transição para a reforma e as rotinas domésticas, a D. A afirmou que não houve grandes mudanças: "Sempre fomos assim, e a reforma apenas trouxe mais tempo para estarmos juntos." Quando aplicada a questão de escala, "De 1 a 10, o quanto estão satisfeitos neste momento com a partilha das tarefas domésticas?", ambos atribuíram a pontuação de 9, com a D. A justificando: "Funciona bem para nós, e eu gosto da rotina que temos." Se surgir alguma situação inesperada, ambos

afirmaram que conseguem ser flexíveis e assumir as funções um do outro, com mais ou menos dificuldade, mas “cá nos arranjamos” acrescentou o sr M.

Relativamente ao tempo que passam juntos, foi utilizada também uma questão de escala para avaliar a satisfação do casal, de 1 a 10. Ambos atribuíram um 10, com o Sr. M a afirmar: “Passamos muito mais tempo juntos agora. Eu saio para dar umas voltas ou tomar café com os amigos, mas sempre volto para casa e passamos o dia tranquilos.” A D. A completou: “Sim, temos uma rotina agradável. Vamos juntos à missa aos domingos e gostamos de fazer caminhadas ao fim da tarde, quando o tempo permite.” Ambos referiram que a reforma trouxe um aumento significativo no tempo que passam juntos, o que consideraram positivo. Foi ainda questionado ao casal: “O que gostariam de fazer que ainda não tiveram oportunidade?” A D. A respondeu: “Gostava de viajar mais, talvez conhecer algumas aldeias históricas em Portugal.” Já o Sr. M mencionou: “Eu prefiro viagens curtas, de carro, mas gosto da ideia de explorarmos mais os arredores. Talvez possamos planear isso no próximo ano.”

Quanto à satisfação do casal com a forma como cada um expressa os seus sentimentos, através de questões lineares e circulares, como por exemplo: “O Sr. M costuma conversar e expressar os seus sentimentos e emoções com a D. A.? E a D. A?”, ambos afirmaram que sim. A D. A explicou: “Ele é mais reservado, mas quando fala sei que é genuíno.” Já o Sr. M complementou: “A A é quem fala mais, mas eu gosto de ouvir e tento sempre partilhar o que sinto, mesmo que nem sempre seja fácil.” Ambos consideraram que a forma como expressam os sentimentos não foi alterada com a transição para a reforma e estão satisfeitos com o modo como partilham emoções.

No que concerne a comunicação entre o casal, foi avaliado se conversam sobre expectativas e receios de cada um, se conseguem chegar a um acordo quando há discordância de opinião e se estão satisfeitos com o padrão de comunicação do casal. Ambos relataram que costumam discutir abertamente os problemas e expectativas. O Sr. M afirmou: “Falamos sempre sobre o que nos preocupa, mesmo que sejam coisas pequenas. É o nosso jeito de resolver tudo.” A D. A corroborou: “Sempre fomos bons a falar sobre as nossas expectativas. Se algo me preocupa, digo logo, e ele faz o mesmo.” Quando questionados sobre a frequência de conflitos após a reforma, ambos afirmaram que não houve aumento de discussões e que, quando discordam, conseguem resolver de forma pacífica. À questão: “Numa escala de 1 a 10, como qualificam a comunicação entre vocês?”, ambos responderam com um 10, reforçando a ideia de que a comunicação no casal é aberta, eficaz e funcional.

No âmbito da avaliação da forma como o casal lida com a discordância de opinião, procurou-se compreender a capacidade para alcançar consensos, os temas que habitualmente originam discordância e o grau de valorização das perspetivas individuais. O Sr. M referiu que, quando surgem diferenças de opinião, habitualmente recorrem ao diálogo até encontrarem uma solução que satisfaça ambos: “Nem sempre concordamos de imediato, mas conversamos até

chegarmos a um entendimento que funcione para os dois.” A D. A acrescentou que, por vezes, um dos elementos do casal acaba por ceder, mas que tal acontece de forma equilibrada e com respeito mútuo: “O mais importante é ouvirmo-nos e encontrarmos soluções juntos.” As situações de desacordo ocorrem sobretudo em decisões do quotidiano, como a gestão de tarefas ou pequenas compras para o lar, mas não assumem um carácter conflituoso. Ambos salientaram a existência de um clima de respeito e cooperação, onde as opiniões são consideradas e discutidas de forma construtiva. A D. A destacou: “Sempre respeitámos o ponto de vista um do outro. Claro que às vezes temos de ceder, mas sabemos fazê-lo sem ressentimentos.” No que diz respeito ao impacto da reforma, afirmaram que esta fase de maior convivência não tem provocado um aumento das discussões. Pelo contrário, foi percecionada como uma oportunidade para reforçar a comunicação e aprofundar o conhecimento mútuo. O Sr. M afirmou: “Este tempo que passamos juntos permite-nos conversar mais e lidar melhor com as diferenças.” A D. A corroborou, sublinhando a importância do diálogo contínuo: “Acredito que é essa disponibilidade para conversar que mantém o equilíbrio na nossa relação.”

Foi analisada a satisfação com o padrão de comunicação entre os elementos do casal, explorando-se a existência de espaço para o diálogo, a perceção sobre a eficácia da comunicação e eventuais alterações após a entrada na reforma. Ambos atribuíram à comunicação conjugal a pontuação máxima de 10 numa escala de 1 a 10, revelando um elevado grau de satisfação com este aspeto da relação. O Sr. M referiu que partilham abertamente preocupações e questões do quotidiano, destacando a importância do diálogo como ferramenta para resolução de conflitos: “Falamos sempre sobre o que nos preocupa, mesmo que sejam coisas pequenas.” A D. A. corroborou, acrescentando que sempre existiu uma cultura de abertura e partilha entre ambos. Apesar de reconhecer que existem momentos em que um dos elementos pode estar menos disponível, consideram que a comunicação entre ambos é fluida, equilibrada e promotora de harmonia conjugal. O aumento do tempo passado em conjunto desde a transição para a reforma tem sido percecionado como uma oportunidade de reforço do vínculo, permitindo aprofundar conversas e fortalecer a relação.

Com base nos dados colhidos, foi identificado o diagnóstico **Satisfação Conjugal Mantida relacionada com Relação Dinâmica Funcional e Comunicação Eficaz.**

DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente: Não

De seguida procedeu-se à análise das crenças da família. A nível religioso, ambos se identificam como católicos praticantes, frequentando regularmente a missa ao domingo, participando em celebrações religiosas significativas, o que fortalece o sentido de comunidade e os laços espirituais. Em relação às crenças espirituais, valorizam a fé em Deus como um guia

e fonte de força para enfrentar os desafios quotidianos, demonstrando confiança no papel da espiritualidade na superação de dificuldades. Relativamente aos valores, a família dá grande importância ao amor, respeito, honestidade e solidariedade, que orientam as suas interações e decisões. Estes valores são transmitidos à filha e reforçados nas relações familiares e sociais, promovendo harmonia e apoio mútuo. Quanto às crenças culturais, a família mantém viva a tradição portuguesa ao participar em celebrações como a Páscoa e o Natal, momentos que são vividos em união com familiares e amigos, reforçando a identidade cultural e os laços sociais. No que se refere à intervenção dos profissionais de saúde, ambos demonstram uma atitude de confiança e valorização, reconhecendo a importância do acompanhamento regular, referem sentir-se bem acolhidos e respeitados pela equipa da USF, destacando a relevância do suporte na manutenção da sua saúde e bem-estar familiar.

Quanto à dimensão funcional no que diz respeito ao Processo Familiar, foi avaliada a dimensão operativa *Coping* Familiar. Através de questões lineares, circulares e reflexivas, explorou-se a forma como o casal lida com os desafios e problemas que surgem no quotidiano familiar. Quando questionados sobre como resolvem os problemas que surgem e se costumam discutirlos em família, o Sr. M afirmou: “Quando aparece algum problema, gostamos de falar sobre ele com calma e ver o que podemos fazer para resolver. Tentamos sempre encontrar soluções juntos.” A D. A complementou: “Sim, sempre falamos sobre os problemas que surgem. É importante ouvirmos um ao outro e encontrarmos uma solução que funcione para ambos.”

No que se refere à transição para a reforma, questionou-se o casal sobre os desafios enfrentados e a forma como lidaram com as mudanças inerentes a esta fase. A D. A referiu: “Foi uma grande mudança para nós. Durante anos tivemos rotinas muito preenchidas com o trabalho, e de repente o dia ficou muito mais livre. No início, estranhámos um pouco, mas aos poucos fomos encontrando novas formas de ocupar o tempo.” O Sr. M acrescentou: “Eu sentia que tinha de me manter ativo, porque sempre trabalhei muito e não queria ficar parado. Comecei a fazer mais caminhadas e a ajudar mais em casa, e isso ajudou-me a organizar melhor os dias.” Quando questionados sobre se sentem que a reforma influenciou a forma como discutem e resolvem os problemas, a D. A explicou: “Agora passamos mais tempo juntos e, claro, isso pode trazer pequenos conflitos, mas também nos obrigou a conversar mais e a perceber melhor o ponto de vista um do outro.” O Sr. M reforçou: “Sim, antes, como estávamos sempre ocupados, às vezes decidíamos as coisas rapidamente. Agora conseguimos falar mais sobre o que queremos e planear as coisas em conjunto.”

Quando questionados sobre a consideração das opiniões de outros membros da família, o Sr. M destacou: “A nossa filha é importante nestes momentos. Falamos com ela quase todos os dias e gostamos de partilhar as nossas preocupações ou pedir a sua opinião.” A D. A reforçou: “Com a nossa filha, sinto que temos sempre um apoio. Ela é muito presente e ajuda-nos a ver as coisas de uma perspetiva diferente, quando necessário.” Questionados sobre a satisfação

com a forma como discutem os problemas e se gostariam que fosse diferente, ambos relataram estar satisfeitos. A D. A afirmou: “Estamos bem. Conseguimos conversar e resolver as coisas sem grandes conflitos.” O Sr. M acrescentou: “Claro que às vezes discordamos, mas conseguimos sempre resolver as situações com respeito e paciência.”

Relativamente ao recurso a ajuda externa para solucionar problemas, a D. A. referiu que nunca sentiram necessidade de recorrer a apoio profissional, como psicólogos, mas não descartam essa possibilidade, caso seja necessário no futuro. No entanto, reconhecem a importância do suporte de familiares e amigos em momentos mais desafiadores. A D. A acrescentou: “Quando precisamos de desabafar ou pedir uma opinião, recorremos sempre à nossa filha ou a amigos mais próximos. O simples facto de falar com alguém de confiança já nos ajuda a organizar melhor as ideias e a encontrar soluções.” O Sr. M reforçou: “Temos pessoas à nossa volta que nos apoiam e com quem sabemos que podemos contar. Isso dá-nos segurança.”

Quando questionados sobre um momento marcante na sua trajetória, que exigiu maior esforço para superar, o casal referiu os desafios iniciais da transição para a reforma. A D. A destacou: “Foi uma grande mudança para nós, mas conseguimos ajustar-nos. O apoio um do outro e da nossa filha foi essencial.” O Sr. M complementou: “O início foi complicado, mas ajudou-nos a valorizar ainda mais o que temos e a perceber que juntos conseguimos superar tudo.”

Por último, foi questionado ao casal se estão satisfeitos com a sua capacidade de enfrentar problemas familiares. A D. A afirmou: “Sim, sinto que somos fortes enquanto família e que conseguimos lidar bem com as dificuldades que surgem.” O Sr. M concluiu: “Até agora, sempre fomos capazes de superar o que veio ao nosso caminho. Acho que é porque somos unidos e falamos sobre tudo.”

Com base nas informações recolhidas, foi identificado o diagnóstico de **Processo Familiar Não Disfuncional relacionado com Coping Familiar Eficaz.**

Plano de cuidados Individual (Sr. M)

No âmbito da prestação de cuidados ao indivíduo, foi realizada uma consulta ao Sr. M, que está a vivenciar a transição para a reforma há 3 anos. Considerando o número reduzido de consultas, foi realizada uma avaliação da trajetória profissional e da relação do indivíduo com a reforma, com o intuito de compreender o seu impacto e a capacidade de adaptação a esta nova fase, recorrendo à Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000). Para tal, foram colocadas ao Sr. M algumas questões que caracterizam o seu percurso profissional, a transição entre emprego e reforma, os efeitos nas redes de apoio social e no estado de saúde.

O Sr. M iniciou a sua atividade profissional aos 16 anos e trabalhou durante cerca de 45 anos na construção civil por conta de outrem. Reformou-se aos 65 anos. Quando questionado sobre o significado do trabalho na sua vida, o Sr. M referiu que “era o que dava sentido aos meus dias, sempre gostei de estar ocupado e de sentir que contribuía para a minha família”.

Em relação aos sentimentos experimentados durante a transição para a reforma, descreveu que os primeiros meses foram desafiantes. "Estava habituado a ter uma rotina cheia, e de repente tinha todo o tempo do mundo sem saber o que fazer", relatou. Contudo, reconheceu que, com o tempo, começou a adaptar-se, dedicando-se a pequenas tarefas no campo, retomando hábitos de convivência com amigos e passando mais tempo com a esposa. "Hoje, gosto de começar o dia no café com os meus amigos e, ao fim do dia, dedicar tempo à minha família. É uma forma de preencher os dias com coisas que me dão prazer", afirmou.

Sobre as expectativas para a reforma, o Sr. M revelou que esperava poder descansar mais, viajar ocasionalmente e dedicar-se às pequenas coisas que antes não tinha tempo para fazer. No entanto, reconheceu que não tinha preparado um plano específico para facilitar esta transição. "Nunca pensei muito nisso, mas acho que foi mais fácil do que esperava, com o apoio da minha família e amigos", comentou. Na sua opinião, a idade ideal para a reforma situa-se nos 65 anos, apesar de considerar que teria energia para continuar a trabalhar mais alguns anos.

Relativamente à rede de apoio social, o Sr. M afirmou que mantém uma relação próxima com os amigos e familiares, tendo destacado a importância da convivência com a filha e os momentos que partilha com ela. "A reforma não mudou as nossas relações, mas tornou-as mais frequentes e, talvez, mais significativas", acrescentou.

Com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), verifica-se que o Sr. M está consciente e envolvido no processo de transição para a reforma, atribuindo-lhe um significado positivo, apesar das dificuldades iniciais. Demonstrou capacidade de adaptação, mantendo-se ativo e desenvolvendo atividades que promovem a sua satisfação pessoal e bem-estar, refletindo um processo de transição facilitador e bem-sucedido.

Passando à aplicação da EPFAR de Loureiro (2015):

Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

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

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

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

Nº	Afirmação	1	2	3	4
1	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a				X

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

O Sr. M. apresentou um score de 101 pontos na Escala de EPFAR, sendo que não apresenta qualquer necessidade de intervenção, uma vez que apresenta **Autoestima positiva e Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado**.

No que concerne ao foco comportamento de procura de saúde: o Sr. M apresenta o Plano Nacional de Vacinação devidamente atualizado, cumprindo as recomendações em vigor, incluindo a vacina recomendada da gripe e realiza consultas regulares com a sua equipa de saúde familiar. Com o intuito de aprofundar os seus estilos de vida e comportamentos de saúde, foram avaliados os hábitos alimentares, a prática de exercício físico e o consumo de substâncias como álcool e tabaco. De acordo com os dados antropométricos recolhidos, peso de 78 kg e altura de 177 cm, resultando num IMC de 24,9 kg/m², dentro dos parâmetros considerados adequados, um perímetro abdominal de 94cm. No domínio da alimentação, o Sr. M revelou adotar uma dieta equilibrada, incluindo frequentemente frutas e legumes, embora, pontualmente, se permita consumir alimentos mais calóricos, procurando manter um padrão alimentar saudável sem rigidez excessiva. Quanto ao consumo de álcool, refere a ingestão de um copo de vinho por refeição. Não apresenta hábitos tabágicos. No que se refere à atividade física, refere realizar caminhadas duas vezes por semana, complementadas por sessões de treino com recurso a máquinas no ginásio, uma a duas vezes por semana, com o propósito de manter a sua aptidão física e prevenir a perda de massa muscular.

Plano de cuidados Individual (D. A)

No âmbito da prestação de cuidados ao indivíduo, foi realizada uma consulta à D. A, que está a vivenciar a transição para a reforma há 1 ano. Considerando o número reduzido de consultas, foi realizada uma avaliação da trajetória profissional e da relação da D. A com a reforma, com o intuito de compreender o seu impacto e a capacidade de adaptação a esta nova fase, recorrendo à Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000). Para tal, foram colocadas algumas questões que caracterizam o seu percurso profissional, a transição entre emprego e reforma, os efeitos nas redes de apoio social e no estado de saúde. Adicionalmente, foi aplicada a EPFAR de Loureiro (2015), de forma a compreender as perceções, atitudes e sentimentos da D. A relativamente à sua adaptação à reforma.

A D. A iniciou a atividade profissional aos 15 anos, tendo trabalhado como operária fabril durante 20 anos e, posteriormente, como empregada doméstica por mais 32 anos. Reformou-se aos 67 anos. Quando questionada sobre o significado do trabalho na sua vida, a D. A referiu: "O trabalho era a minha independência. Gostava de ser útil, de cumprir as minhas responsabilidades. Mesmo nos dias mais difíceis, sentia-me produtiva e realizada."

Relativamente aos sentimentos experimentados durante a transição para a reforma, descreveu os primeiros meses como um período de habituação tranquilo: "Estava preparada para esta fase. Aproveitei para organizar melhor o meu tempo, estar mais com a minha irmã e amigos, e ainda faço passeios com o meu marido. Com o tempo livre, agora posso participar em coisas que antes não conseguia." A D. A destacou que se sente mais disponível para estar com os seus entes queridos e para explorar novas atividades que lhe proporcionam prazer e bem-estar.

Quando questionada sobre as expectativas para a reforma, a D. A revelou que sempre encarou esta fase como um período de maior tranquilidade e dedicação à família, algo que está a concretizar: "Para mim, a reforma é um tempo para cuidar de mim, da minha casa e estar mais com quem amo. Estou a conseguir fazer isso, e é muito bom." Contudo, admitiu que não desenvolveu um plano específico para a transição: "As coisas foram-se ajustando naturalmente. Nunca fiz grandes planos, mas tinha uma ideia do que queria aproveitar."

Relativamente à rede de apoio social, ao ser questionada sobre eventuais impactos da reforma nas interações familiares e com amigos, a D. A referiu que estas se mantiveram frequentes e enriquecedoras: "Sempre tive muito contacto com a minha irmã e com as amigas. Agora até temos mais tempo para estar juntas. Também falamos todos os dias com a nossa filha e vemos a nossa neta sempre que possível."

Tendo por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), conclui-se que a D. A está consciente e ativa no processo de transição para a reforma. Demonstrou uma capacidade eficaz de adaptação, preenchendo o seu dia-a-dia com atividades que valorizam as suas relações familiares e sociais, promovendo um sentido de bem-estar e realização pessoal. Esta fase tem sido experienciada de forma positiva, refletindo-se no equilíbrio e na satisfação da D. A com a sua nova rotina.

Passando à aplicação da EPFAR de Loureiro (2015):

Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

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

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

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

Nº	Afirmação	1	2	3	4
1	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a				X
2	Consigo identificar objetivos para a minha vida atual			X	
3	Consigo identificar objetivos para a minha vida futura			X	
4	Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado			X	
5	Sinto-me em harmonia com a vida atual			X	
6	Sinto que passei a ter mais tempo para os meus afazeres				X

7	O tempo que disponho é utilizado de forma útil				X
8	Consigo gerir o stresse no dia-a-dia			X	
9	Sinto apoio da minha família				X
10	Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes			X	
11	Sei como aceder aos recursos da minha comunidade			X	
12	Sinto que tenho o apoio necessário quando necessito				X
13	Realizo um planeamento mensal dos meus gastos			X	
14	Sei gerir o meu dinheiro			X	
15	Consigo estabelecer prioridades nas compras que realizo			X	
16	Sei resistir à pressão da publicidade do consumo			X	
17	Gosto de mim tal como eu sou			X	
18	Sinto-me bem			X	
19	Cuido de mim			X	
20	Tenho medo de envelhecer			X	
21	Estou satisfeito com a minha relação conjugal			X	
22	Quando decido em casal consigo mais e melhor			X	
23	Na minha relação há diálogo e partilha				X
24	Sinto-me bem sexualmente				X
25	Sinto que posso contar com os meus filhos				X
26	Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos				X
27	Sinto que os meus netos contam comigo				X
28	Os meus netos fazem-me feliz				X

A D. A apresentou um score de 95 pontos na Escala de EPFAR, sendo que não apresenta qualquer necessidade de intervenção, uma vez que apresenta **Autoestima positiva e Conhecimento sobre Serviço Comunitário Demonstrado**.

Relativamente à área de atenção comportamento de procura de saúde: estado de vacinação, a D. A apresenta o Plano Nacional de Vacinação atualizado, incluindo a vacina da gripe e covid-19 recomendadas e realiza consultas regulares com a sua equipa de saúde familiar. No que se refere ao estado de saúde, a D. A tem como antecedentes HTA e Dislipidemia. Foi avaliada a evolução da pressão arterial (120/78 mmHg), o perímetro abdominal de 85cm, o peso de 65kg

e altura de 160 cm, resultando num IMC de 25,4 kg/m² sustentando um diagnóstico de excesso de peso, avaliado o abuso do tabaco (0), o abuso do álcool (0).

Quando explorada a autogestão do regime dietético, a D. A afirmou que tem procurado manter uma dieta equilibrada, incluindo regularmente fruta e legumes nas refeições. Contudo, reconheceu dificuldades em evitar alimentos mais calóricos, como doces, mencionando: "Eu tento controlar-me, mas às vezes não resisto a uns bolinhos quando vou ao café, tento que seja apenas uma vez por semana, já consegui melhorar, antes dia três e quatro vezes por semana, mas vou tentar que seja de 15 em 15 dias apenas." Em relação à autogestão do regime de exercício físico, a D. A revelou que acompanha o marido nas caminhadas, que realizam juntos duas vezes por semana, destacando que estas atividades têm contribuído para se sentir mais ativa. Refer ainda: "O ginásio não é muito a minha praia, mas talvez hidroginástica ou umas aulas de dança fossem mais ao meu gosto. No ginásio em que o meu marido anda tem estas aulas e vou procurar saber mais."

Relativamente à autogestão do regime medicamentoso, a D. A sabe a medicação que toma e toma corretamente e sem falhas, demonstrando uma autogestão eficaz do regime terapêutico.

ANEXO VII - Panfleto: “Estou reformado(a) e agora?”

A Câmara Municipal oferece vários recursos para promover o envelhecimento ativo e o bem-estar dos reformados:

Programa de Saúde Sénior
Programa executado em vários lares e centros de dia, foca-se no desenvolvimento de atividades culturais, recreativas e físicas para a população idosa. Inclui áreas como lazer, alimentação saudável e a interação entre gerações, promovendo um envelhecimento ativo e saudável.

Espaço
Este projeto que oferece atividades para pessoas com mais de 55 anos, através de uma Plataforma – Tecnológica e Humana, conecta-se as necessidades dos cidadãos com os serviços disponibilizados pelas pessoas de 55+ (comida ao domicílio, limpezas, reparações, aulas de música, pet-sitting, acompanhamento de seniores e crianças, entre outros)
T: | [Inscrições:](#)

Turismo Sénior
Excursões e atividades turísticas ou poderão optar pela inscrição no “Serviço de Refeição”, que proporcionará um almoço ou jantar.
As inscrições decorrem em meados de março para o ano vigente, no Posto de Turismo , nas Juntas de Freguesia, ou através do .

Clube Sénior
Projeto que dinamiza a prática regular de atividade. Atividades como: educação física, hidroginástica, danças de salão, ginástica oriental, hidroterapia, entre outras. Deve ter +60 anos. Inscrições em [www.](#) na Camara Municipal ou no Complexo Municipal.

Chave -Teleassistência para Idosos
É uma solução que monitoriza as pessoas idosas de forma contínua, proporcionando um sentimento de segurança essencial para a permanência no seu domicílio, evitando a institucionalização involuntária e custos associados. Para +65 anos, serviço gratuito para pessoas com rendimento igual ou inferior ao salário mínimo nacional.
Para referenciar um/a idoso/a, deve contactar o/a técnico/a do [Gabinete de Atendimento Integrado Local](#) da sua área de residência.
Se desejar ser voluntário/a no âmbito deste programa, candidate-se através dos emails

Contactos
USF:
SNS24: 808 24 24 24
Bombeiros Voluntários:

Estou reformado(a)... E agora? Um envelhecimento ativo e preenchido

Celebre a sua reforma

Prepare-se com antecedência

Dê tempo ao tempo

Fale com o seu cônjuge e/ou família sobre os seus planos

Defina um objetivo



Elaborado por: Mariana Vieira | 2024



TRANSIÇÃO PARA A REFORMA

Através de atividades sociais, culturais e recreativas, como as disponibilizadas por programas comunitários e Universidades Seniores, é possível manter uma vida dinâmica e gratificante. Seja através do voluntariado, do convívio em clubes sociais, ou da prática de atividades físicas e culturais, esta fase pode ser enriquecida com novas experiências.

Este panfleto oferece sugestões e recursos práticos para ocupar os tempos livres, promover a socialização, cuidar da saúde e continuar a aprender, garantindo uma reforma plena e feliz.



Ideias para uma reforma preenchida e prazerosa:

- Atividades de Voluntariado;
- Atividades Físicas e Desporto (Caminhadas em grupo, ginástica, pilates, yoga, danças de salão
- Universidades Sénior);
- Clubes e Grupos Sociais (Clubes de Leitura, Grupos de Hobbies, Associações de Reformados);
- Programas de Envelhecimento Ativo;
- Tecnologia e Redes Sociais (Cursos de Informática Sénior);
- Explorar Novos Interesses e Hobbies (Artesanato e Trabalhos Manuais, Fotografia, Música ou Pintura);
- Viagens e Excursões;
- Cuidar da Saúde Mental (mindfulness, meditação ou outras);
- Participação Cívica;
- Prática de Jogos de Tabuleiro ou Cartas.



Existem várias Universidades Sénior que oferecem oportunidades de aprendizagem, convívio e envelhecimento ativo para a população mais velha.

Universidade Sénior

Universidades em várias cidades do Distrito , nomeadamente na Cidade :

Academia Z

Morada e Telemóvel

Universidade Sénior X

Morada e Telemóvel

Universidade Sénior Y



ANEXO VIII - Questionário de diagnóstico das necessidades formativas

Diagnóstico das necessidades de formação profissional

O presente questionário surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e foi desenvolvido pela mestranda Mariana Cerqueira Vieira, com a orientação da Enf. Carla Paupério Rocha, sob orientação das Professoras Maria Fátima Araújo e Ana Isabel Vilar.

As respostas ao questionário são anónimas e servirão apenas, para identificar as necessidades formativas da equipa de Enfermagem sobre Enfermagem de Saúde Familiar, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e documentação dos cuidados prestados e, desta forma, adequar e personalizar as estratégias e conteúdos de formação à equipa.

O questionário é constituído por três partes. A primeira parte visa caracterizar a equipa de enfermagem, através de dados sobre a experiência dos profissionais, assim como formação especializada em enfermagem e particularmente na área de Enfermagem de Saúde Familiar. A segunda parte centra-se na avaliação do conhecimento dos profissionais relativamente à documentação no sistema SClínico-CSP® no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar. A terceira parte destina-se ao conhecimento acerca de Enfermagem de Saúde Familiar e à identificação de competências relativamente à avaliação junto das famílias nucleares com membros idosos.

Parte I

1. Idade: _____

2. Número de anos de experiência profissional: _____

3. Número de anos de experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários (CSP): _____

4. Grau académico:

____ Licenciatura ____ Mestrado ____ Doutoramento

Área de formação: _____

5. Detentor(a) de formação Especializada em Enfermagem:

____ Sim ____ Não

5.1. Se respondeu SIM à questão anterior, assinale em que área:

____ Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

____ Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

____ Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crônica

☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

☐ Enfermagem Reabilitação

☐ Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

☐ Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

☐ Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

☐ Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

☐ Supervisão Clínica em Enfermagem

6. Detentor de formação específica na área de Enfermagem de Saúde Familiar:

☐ Sim

☐ Não

6.1 Se respondeu SIM à questão anterior, assinale qual:

☐ Pós-graduação com 30 ou mais ECTs (com pelo menos 300h)

☐ Formação contínua

☐ Outra. Indique qual e o nº de ECTs/Horas _____

Parte II – Avaliação de conhecimentos sobre documentação de enfermagem no SClinico-CSP® no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar

Por favor, selecione a opção mais adequada, colocando uma cruz (X) na resposta correspondente.

1. Como define o conceito de Saúde Familiar?

☐ É um estado subjetivo e um processo dinâmico de ajustamento que engloba a saúde individual de cada membro, bem como os aspetos do funcionamento familiar.

☐ Refere-se à capacidade da família em desempenhar as suas funções, demonstrando uma organização flexível e estruturada para estabelecer metas e fornecer os recursos necessários para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros.

☐ Ambas as definições estão corretas.

2. Numa escala com 3 níveis de resposta, qual é a importância da documentação de enfermagem no contexto familiar para a sua prática clínica?

☐ Pouco importante

☐ Importante

___ Muito importante

3. Dos vários programas de saúde disponíveis no SClínico-CSP®, está familiarizado(a) com o programa "Saúde da Família"?

___ Sim

___ Não

4. Se não está familiarizado(a) com o programa "Saúde da Família", pode avançar para a questão 9. Caso tenha respondido SIM à questão 3, costuma utilizar esse programa regularmente?

___ Sim

___ Não

4.1. Se NÃO, por que razão nunca o utilizou?

___ Tenho conhecimento do programa "Saúde da Família", mas sinto que não possuo as competências necessárias para utilizá-lo adequadamente.

___ Falta de tempo.

___ Registo muito limitado, obrigando frequentemente a recorrer ao texto livre, pois não existem diagnósticos parametrizados (por exemplo, "relação dinâmica não efetiva", sem a possibilidade de identificar o dado comprometido).

___ Outro motivo: _____

5. Se respondeu SIM à questão 4, costuma selecionar o programa "Saúde da Família" no contexto do utente e/ou da família? Caso tenha respondido NÃO, pode avançar para a questão 9.

___ Utente

___ Família

6. Quando utiliza o programa "Saúde da Família", que informação costuma documentar?

___ Escala de Graffar

___ Tipo de Família

___ Fase do Ciclo Vital

___ Características da habitação

___ Formulação de diagnósticos

___ Outra(s): _____

7. Dos focos de atenção apresentados, relativos ao programa de saúde da família, assine os que conhece:

___ Rendimento Familiar

- ☐ Edifício Residencial
- ☐ Precauções de Segurança
- ☐ Abastecimento de água
- ☐ Animal doméstico
- ☐ Satisfação conjugal
- ☐ Planeamento familiar
- ☐ Adaptação à gravidez
- ☐ Papel parental
- ☐ Papel prestador de cuidados
- ☐ Processo familiar

8. Numa escala de 1 a 10, onde 1 representa "não me sinto competente" e 10 representa "sinto-me muito competente", como avalia a sua capacidade de avaliação da família enquanto cliente?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

9. Numa escala de 1 a 10, onde 1 representa "não me sinto competente" e 10 representa "sinto-me muito competente", como avalia a sua capacidade de intervenção na família enquanto cliente?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

10. Considera importante essa avaliação e intervenção na família?

☐ Sim ☐ Não

12. Indique duas vantagens da avaliação e do registo no Programa "Saúde da Família".

Parte III- Avaliação de conhecimentos sobre Enfermagem de Saúde Familiar

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

☐ Sim ☐ Não

2. Preencha, por favor, o quadro selecionando com um X se afirmação é verdadeira ou falsa.

	V	F
A família é um sistema dinâmico e fechado.		
As transições normativas ocorrem ao longo do ciclo vital das famílias.		
O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEESCESF) vê a família como parceira de cuidados.		
Perante novas situações, a família adapta-se, não havendo alterações no funcionamento do sistema familiar que se mantém estável		
A avaliação familiar fundamenta-se apenas na avaliação individual de cada um dos membros da família.		
O MDAIF é reconhecido como um referencial teórico e operativo, destinado a responder às necessidades dos enfermeiros que prestam cuidados de saúde familiar e desenvolvem práticas de enfermagem direcionadas para a família.		
O MDAIF tem por base vários referenciais epistemológicos, como por exemplo a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria Cibernética e a Teoria Ecosistémica.		
A Enfermagem de Saúde Familiar foca-se nos cuidados de enfermagem, tanto para os membros da família de forma individual, como no contexto das dinâmicas familiares, considerando a família como um todo.		
A avaliação e intervenção colaborativa da família são essenciais para identificar as suas necessidades, destacar as suas forças e potenciar o seu desenvolvimento. Isso é possível através da relação próxima entre os membros da família e os enfermeiros de saúde familiar, promovendo uma evolução conjunta.		
O MDAIF, com base nos seus princípios e postulados, foca-se nas áreas de atenção familiar organizadas em três grandes dimensões avaliativas: a dimensão estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. Estas dimensões guiam a avaliação e a intervenção familiar, proporcionando uma abordagem integral e sistemática.		
As áreas de atenção relacionadas com a dimensão estrutural incluem: Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precauções de Segurança, Animal Doméstico e Processo Familiar.		
O genograma, o ecomapa e a escala de Graffar são ferramentas fundamentais para a avaliação familiar.		
No que respeita à dimensão de desenvolvimento, esta abrange áreas de atenção como		

a satisfação conjugal, o papel de prestador de cuidados e a adaptação à gravidez.		
---	--	--

3. Considera que é importante aprofundar os seus conhecimentos relativamente à documentação/registos dos cuidados prestados à família no sistema de informação SClinico-CSP® e sobre as dimensões que envolvem a avaliação e intervenção familiar segundo o MDAIF?

___ Sim

___ Não

4. Existe alguma dimensão do MDAIF, que sinta necessidade de ser clarificada ou aprofundada?

5. Refira quais as áreas de atenção de enfermagem com recurso ao MDAIF que lhe parecem importantes na prestação de cuidados às famílias nucleares com membros idosos.

6. Já alguma vez realizou uma avaliação familiar e respetiva intervenção a uma família nuclear com membros idosos?

___ Sim

___ Não

6.1. Se respondeu NÃO à questão anterior, selecione o motivo:

___ Falta de tempo

___ Falta de conhecimento sobre a avaliação e intervenção familiar

___ Não considero importante

___ Outro.

Refira

qual:

Obrigada pela atenção dispensada,

Mariana Vieira

ANEXO IX - Resultados obtidos após aplicação inicial do questionário

Parte I

1. Idade:

Idade Pessoal de Enfermagem	Número de enfermeiros
45 anos	1
51 anos	1
52 anos	1
53 anos	1
62 anos	1

2. Número de anos de experiência profissional:

Número de anos de experiência profissional	Número de enfermeiros
22 anos	1
29 anos	1
30 anos	2
40 anos	1

3. Número de anos de experiência profissional em CSP:

Número de anos de experiência profissional em CSP	Número de enfermeiros
13 anos	1
15 anos	1
20 anos	1
22 anos	2

4. Grau académico:

(4) Licenciatura (1) Mestrado (0) Doutoramento

5. Detentor(a) de formação Especializada em Enfermagem:

(4) Sim (1) Não

5.1. Se respondeu SIM à questão anterior, assinale em que área:

(1) Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

(1) Enfermagem Reabilitação

(2) Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

(1) Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

6. Detentor de formação específica na área de Enfermagem de Saúde Familiar:

(2) Sim (3) Não

6.1 Se respondeu SIM à questão anterior, assinale qual:

(2) Pós-graduação com 30 ou mais ECTs (com pelo menos 300h)

Parte II – Avaliação de conhecimentos sobre documentação de enfermagem no SClinico-CSP® no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar

Por favor, selecione a opção mais adequada, colocando uma cruz (X) na resposta correspondente.

1. Como define o conceito de Saúde Familiar?

(0) É um estado subjetivo e um processo dinâmico de ajustamento que engloba a saúde individual de cada membro, bem como os aspetos do funcionamento familiar.

(4) Refere-se à capacidade da família em desempenhar as suas funções, demonstrando uma organização flexível e estruturada para estabelecer metas e fornecer os recursos necessários para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros.

(1) Ambas as definições estão corretas.

2. Numa escala com 3 níveis de resposta, qual é a importância da documentação de enfermagem no contexto familiar para a sua prática clínica?

(0) Pouco importante

(1) Importante

(4) Muito importante

3. Dos vários programas de saúde disponíveis no SClínico-CSP®, está familiarizado(a) com o programa "Saúde da Família"?

(4) Sim

(1) Não

4. Se não está familiarizado(a) com o programa "Saúde da Família", pode avançar para a questão 8. Caso tenha respondido SIM à questão 3, costuma utilizar esse programa regularmente?

(2) Sim

(2) Não

4.1. Se NÃO, por que razão nunca o utilizou?

(0) Tenho conhecimento do programa "Saúde da Família", mas sinto que não possuo as competências necessárias para utilizá-lo adequadamente.

(2) Falta de tempo.

(2) Registo muito limitado, obrigando frequentemente a recorrer ao texto livre, pois não existem diagnósticos parametrizados (por exemplo, "relação dinâmica não efetiva", sem a possibilidade de identificar o dado comprometido).

5. Se respondeu SIM à questão 4, costuma selecionar o programa "Saúde da Família" no contexto do utente e/ou da família? Caso tenha respondido NÃO, pode avançar para a questão 9.

(2) Utente (3) Família

6. Quando utiliza o programa "Saúde da Família", que informação costuma documentar?

(2) Escala de Graffar

(2) Tipo de Família

(1) Fase do Ciclo Vital

(1) Características da habitação

(2) Formulação de diagnósticos

7. Dos focos de atenção apresentados, relativos ao programa de saúde da família, assine os que conhece:

(1) Rendimento Familiar

(2) Edifício Residencial

(2) Precauções de Segurança

(1) Abastecimento de água

(1) Animal doméstico

(1) Satisfação conjugal

(2) Planeamento familiar

(1) Adaptação à gravidez

(2) Papel parental

(2) Papel prestador de cuidados

(2) Processo familiar

8. Numa escala de 1 a 10, onde 1 representa "não me sinto competente" e 10 representa "sinto-me muito competente", como avalia a sua capacidade de avaliação da família enquanto cliente?

Valor	Número de enfermeiros
3	1
6	2
7	1
8	1

9. Numa escala de 1 a 10, onde 1 representa "não me sinto competente" e 10 representa "sinto-me muito competente", como avalia a sua capacidade de intervenção na família enquanto cliente?

Valor	Número de enfermeiros
3	1
5	2
7	2

10. Considera importante essa avaliação e intervenção na família?

(5) Sim (0) Não

11. Indique duas vantagens da avaliação e do registo no Programa "Saúde da Família".

- Conhecer melhor a família do utente;
- Ferramenta importante para avaliar e intervencionar na família;
- Conhecer a dinâmica familiar
- Simplificar os registos dos enfermeiros.

Parte III- Avaliação de conhecimentos sobre Enfermagem de Saúde Familiar

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

(5) Sim (0) Não

2. Preencha, por favor, o quadro seleccionando com um X se afirmação é verdadeira ou falsa.

	V	F
A família é um sistema dinâmico e fechado.	1	4
As transições normativas ocorrem ao longo do ciclo vital das famílias.	5	0
O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEESCESF) vê a família como parceira de cuidados.	5	0
Perante novas situações, a família adapta-se, não havendo alterações no funcionamento do sistema familiar que se mantém estável	2	3
A avaliação familiar fundamenta-se apenas na avaliação individual de cada um dos membros da família.	0	5
O MDAIF é reconhecido como um referencial teórico e operativo, destinado a responder às necessidades dos enfermeiros que prestam cuidados de saúde familiar e desenvolvem práticas de enfermagem direccionadas para a família.	5	0
O MDAIF tem por base vários referenciais epistemológicos, como por exemplo a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria Cibernética e a Teoria Ecosistémica.	3	2
A Enfermagem de Saúde Familiar foca-se nos cuidados de enfermagem, tanto para os membros da família de forma individual, como no contexto das dinâmicas familiares, considerando a família como um todo.	5	0
A avaliação e intervenção colaborativa da família são essenciais para identificar as suas necessidades, destacar as suas forças e potenciar o seu desenvolvimento. Isso é possível através da relação próxima entre os membros da família e os enfermeiros de saúde familiar, promovendo uma evolução conjunta.	4	1
O MDAIF, com base nos seus princípios e postulados, foca-se nas áreas de atenção familiar organizadas em três grandes dimensões avaliativas: a dimensão estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. Estas dimensões guiam a avaliação e a intervenção familiar, proporcionando uma abordagem integral e sistemática.	5	0
As áreas de atenção relacionadas com a dimensão estrutural incluem: Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precauções de Segurança, Animal Doméstico e Processo Familiar.	4	1
O genograma, o ecomapa e a escala de Graffar são ferramentas fundamentais para a avaliação familiar.	5	0
No que respeita à dimensão de desenvolvimento, esta abrange áreas de atenção como a satisfação conjugal, o papel de prestador de cuidados e a adaptação à gravidez.	3	2

3. Considera que é importante aprofundar os seus conhecimentos relativamente à documentação/registos dos cuidados prestados à família no sistema de informação SClinico-CSP® e sobre as dimensões que envolvem a avaliação e intervenção familiar segundo o MDAIF?

(5) Sim (0) Não

4. Existe alguma dimensão do MDAIF, que sinta necessidade de ser clarificada ou aprofundada?

- Relembrar o MDAIF de forma geral;

5. Refira quais as áreas de atenção de enfermagem com recurso ao MDAIF que lhe parecem importantes na prestação de cuidados às famílias nucleares com membros idosos.

- Papel prestador de cuidados;

- Precauções de Segurança;

- Processo Familiar.

6. Já alguma vez realizou uma avaliação familiar e respetiva intervenção a uma família nuclear com membros idosos?

(0) Sim (5) Não

6.1. Se respondeu NÃO à questão anterior, selecione o motivo:

(3) Falta de tempo

(3) Falta de conhecimento sobre a avaliação e intervenção familiar

(0) Não considero importante

ANEXO X – Instrumento de verificação da documentação dos cuidados

Para a realização da verificação da documentação dos cuidados, foram seleccionados 10 processos clínicos individuais de forma aleatória, correspondendo a 2 processos por cada enfermeira da USF. A análise incluiu tanto os registos presentes nos processos clínicos familiares a que pertenciam os indivíduos seleccionados, como os registos nos seus processos clínicos individuais.

A amostragem utilizada foi por conveniência, uma vez que os processos seleccionados deveriam conter pelo menos um agendamento de consulta de enfermagem no período compreendido entre 15/10/2024 a 18/10/2024, abrangendo pelo menos um dos membros da família.

A avaliação será realizada com base em 24 critérios, distribuídos entre parâmetros gerais e específicos de registo, permitindo uma análise detalhada da documentação dos cuidados prestados.

Parâmetros Gerais de Registo				
Critério	Cumpre	Não Cumpre	N/A	Observações
1. Apresenta registos no “Processo Familiar”, sem abrir contacto.				
2. Abre contacto do processo clínico familiar.				
3. Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico familiar.				
4. Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico individual.				
5. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção de uma das dimensões do MDAIF.				
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Estrutural do MDAIF				
Critério	Cumpre	Não Cumpre	N/A	Observações
6. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF.				
7. Apresenta registos sobre “Tipo de família”.				

8.	Apresenta registos sobre “Classe Social”.				
9.	Apresenta registos sobre “Suporte” (sistemas mais amplos).				
10.	Apresenta registos da área “Abastecimento de água”.				
11.	Apresenta registos da área “Habitação”.				
12.	Apresenta registos da área “Rendimentos”.				
13.	Apresenta registos da área “Precaução de Segurança”.				
14.	Apresenta registos da área “Animal Doméstico”.				
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF					
	Critério	Cumpre	Não Cumpre	N/A	Observações
15.	Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento do MDAIF.				
16.	Apresenta registos sobre “Ciclo de Duvall” (etapa do ciclo vital).				
17.	Apresenta registos da área “Satisfação Conjugal”.				
18.	Apresenta registos da área “Planeamento Familiar”.				
19.	Apresenta registos da área “Adaptação à Gravidez”.				
20.	Apresenta registos da área “Papel parental”.				
Parâmetros Específicos de Registo: Dimensão Funcional do MDAIF					
	Critério	Cumpre	Não Cumpre	N/A	Observações
21.	Apresenta registos de, pelo menos, uma das				

áreas de atenção da dimensão funcional do MDAIF.				
22. Apresenta registos sobre “Crenças”.				
23. Apresenta registos da área “Papel do prestador de cuidados”.				
24. Apresenta registos da área “Processo familiar”.				

ANEXO XI - Plano da formação

Plano Formativo: Enfermagem de Saúde Familiar - Documentação dos Cuidados

Objetivo Geral: Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Objetivos Específicos:

- Melhorar conhecimento sobre conceito de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF),
- Melhorar conhecimento sobre as dimensões de avaliação familiar, tendo por base o MDAIF;
- Melhorar conhecimento sobre a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família;
- Promover e colaborar na melhoria contínua da qualidade no âmbito da documentação da prestação de cuidados de Enfermagem especializados à família;
- Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar;
- Criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção;
- Assegurar processos de *coaching* aos membros da equipa de Enfermagem para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Atividade: Processo formativo no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, priorizando o conhecimento na documentação dos cuidados de Enfermagem no sistema no informático, conforme necessidades identificadas junto da equipa.

No decorrer do período de estágio, foram relatadas, pela equipa de Enfermagem da USF, dificuldades e limitações no que diz respeito à documentação dos cuidados de Enfermagem direcionados às famílias, no sistema informático SClínico-CSP®. Foi ainda identificado no Plano de Ação da USF, em 2024, a necessidade de formação sobre a documentação dos cuidados de enfermagem prestados à família.

Considerando a análise realizada à amostra de 60 famílias da enfermeira orientadora, foi possível identificar que nenhuma apresentava, no “Processo Clínico Familiar”, documentados os cuidados direcionados às famílias, nem o programa “Saúde em Família” identificado, no sistema informático SClínico-CSP®.

População-Alvo: Equipe de Enfermagem da USF

O que vai ser feito	Objetivo	Como	Quando	Onde
Diagnóstico de situação	Identificar necessidades formativas sobre e Avaliação Intervenção Familiar	-Elaboração do questionário de diagnóstico das necessidades formativas; -Elaboração de instrumento de verificação da documentação dos cuidados de enfermagem às famílias;	07/10/2024 a 14/10/2024	USF
		-Aplicação do questionário de diagnóstico das necessidades formativas; -Aplicação do instrumento de verificação da documentação dos cuidados de enfermagem a 10 famílias (2 de cada Enf);	15/10/2024 a 25/10/2024	
		-Análise dos dados.	26/10/2024 a 31/10/2024	
Desenvolvimento da formação em serviço	Planear a formação em serviço	-Elaboração do plano de sessão; -Elaboração da folha de participantes; -Elaboração da apresentação PowerPoint; -Elaboração do “Guia Prático” de documentação; -Elaboração do questionário de avaliação da sessão; -Elaboração do Panfleto “Estou reformado(a)... E agora?”.	01/11/2024 a 15/11/2024	USF
Formação em serviço	- Explicitar o conceito de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF); - Apresentar as competências específicas do enfermeiro especialista em	-Exposição da apresentação PowerPoint; -Entrega do “Guia Prático de registros”; - Entrega do do Panfleto “Estou reformado(a)... E agora?”. -Método expositivo, participativo e demonstrativo.	22/11/2024	USF

	ESF; - Explicar a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); - Mostrar como se realiza a documentação dos cuidados de enfermagem à família no sistema de informação SClínico-CSP®; - Motivar para a mobilização na prática clínica do conhecimento adquirido na ação de formação sobre a prática de documentação dos cuidados prestados no âmbito do Programa de Saúde da Família no programa SClínico-CSP®.			
Coaching individual	-Garantir apoio e esclarecimento de dúvidas no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem às famílias	-Acompanhar, cada membro da equipa de enfermagem na documentação dos cuidados aquando das consultas às famílias	25/11/2024 a 17/01/2025	USF
Avaliação dos resultados	-Identificar conhecimentos adquiridos; -Reconhecer a avaliação global dos participantes acerca dos conteúdos formativos, desempenho dos formadores, organização da	-Aplicação de questionário de avaliação da sessão;	22/11/2024	USF
		-Aplicação do questionário de diagnóstico das necessidades formativas;	09/12/2024 a 19/12/2024	
		- Aplicação de instrumento de verificação da documentação dos cuidados de enfermagem às famílias a 10 famílias resultantes da seleção aleatória (2 de cada	13/01/2025 a 17/1/2025	

	ação e sugestões de melhoria	Enf.)		
		-Análise de dados.	17/01/2025 a 24/01/2025	

ANEXO XII - Plano de sessão da formação ministrada

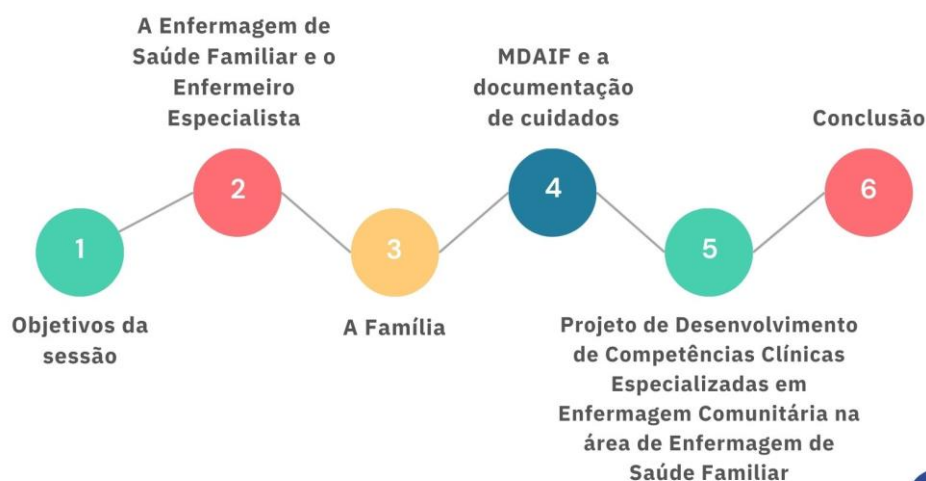
PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

Tema	“Enfermagem de Saúde Familiar – documentação dos cuidados”				
Data	29 / 11 / 2024	Horário	Início: 14h Fim: 15h	Local	USF
População alvo	Equipa de Enfermagem da USF				
Formadores	Mariana Vieira				
Objetivos gerais	Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem acerca dos princípios da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e sobre a aplicação prática da matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); Melhorar a compreensão da equipa sobre o registo dos cuidados prestados no âmbito do Programa “Saúde da Família” através do SClinico CSP; Promover a melhoria contínua da qualidade no âmbito do registo da prestação de cuidados à família.				
Objetivos específicos	Definir o conceito de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF); Apresentar as competências específicas que caracterizam o enfermeiro especialista em ESF; Descrever a matriz operativa do MDAIF; Demonstrar os procedimentos de registo dos cuidados de enfermagem à família no sistema SClinico-CSP®; Incentivar a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos durante a formação para a melhoria da documentação dos cuidados realizados no âmbito do Programa de Saúde da Família no SClinico-CSP®.				
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia Técnico-Pedagógica	Recursos Didáticos	
Introdução	5 min	Apresentação; Apresentação dos objetivos da sessão.	Método Expositivo	Computador Data-Show	
Desenvolvimento	20 min	Conceito de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF); Competências específicas do enfermeiro especialista em ESF; MDAIF: estrutura	Método Expositivo Método Demonstrativo Método Participativo	Computador; Data-Show; Guia Prático de Registo Panfleto “Estou reformado(a)... E agora?”	

		e matriz operativa; Apresentação, passo a passo, sobre a realização da documentação dos cuidados de enfermagem à família no âmbito do Programa de Saúde da Família no programa SClinico-CSP®; Apresentação do Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar: Avaliação e Intervenção Em Famílias Nucleares Com Membros Idosos; Apresentação do panfleto:		
Conclusão	10 min	Síntese; Esclarecimento de dúvidas.	Método Expositivo Método Participativo	Computador Data-Show
Avaliação	3 min	Aplicação de Questionário de Avaliação da Formação.		

ANEXO XIII - Apresentação de suporte à ação de formação

SUMÁRIO



ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS



Autora:
Mariana Vieira

Mestranda do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

OBJETIVOS DA SESSÃO FORMATIVA

Gerais:

- Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem acerca dos princípios da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e sobre a aplicação prática da matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF);
- Melhorar a compreensão da equipa sobre o registo dos cuidados prestados no âmbito do Programa “Saúde da Família” através do SClínico CSP;
- Promover a melhoria contínua da qualidade no âmbito do registo da prestação de cuidados à família;
- Melhorar o conhecimento acerca da avaliação e intervenção familiar;

Específicos:

- Definir o conceito de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF);
- Apresentar as competências específicas que caracterizam o enfermeiro especialista em ESF;
- Descrever a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF);
- Demonstrar os procedimentos de registo dos cuidados de enfermagem à família no sistema SClínico;
- Incentivar a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos durante a formação para a melhoria da documentação dos cuidados realizados no âmbito do Programa de Saúde da Família no SClínico CSP;
- Expor o Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar .

A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E O ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Enfermagem de Saúde Familiar considera a família como uma unidade central de cuidados, onde o enfermeiro concebe a sua prática numa relação efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade (Wright & Leahey, 2012).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar utiliza a investigação e a prática baseada na evidência para apoiar a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família, utilizando um modelo de enfermagem que reconhece a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, bem como ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas (Figueiredo, 2012).

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEEC NA ÁREA DE ESF

Competência	Descritivo	Unidades de Competência
Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando -se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.	Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.
		Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.
		Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.
		Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.
		Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem -estar da família, em situações complexas.
		Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.
		Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.
		Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª SÉRIE – N.º 135 – 16 DE JULHO DE 2018

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEEC NA ÁREA DE ESF

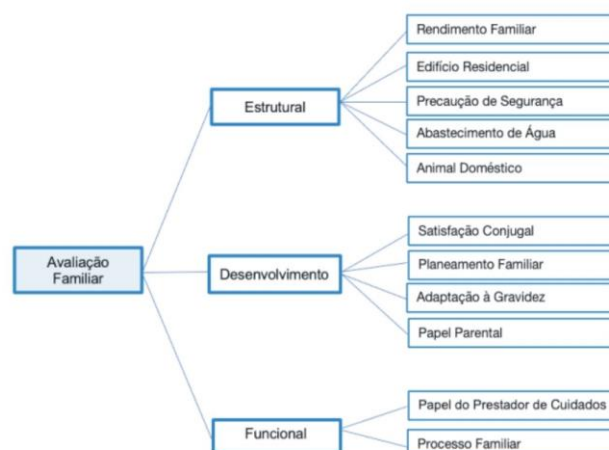
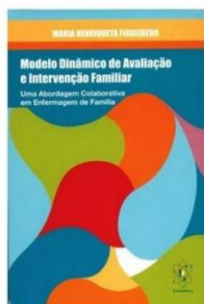
Competência	Descritivo	Unidades de Competência
Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.	Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família
		Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª SÉRIE – N.º 135 – 16 DE JULHO DE 2018

A FAMÍLIA

- A família é um sistema aberto, dinâmico, de inter-relações recursivas, no contexto de instabilidade, intersubjetividade e complexidade (Figueiredo, 2012).
- Wright e Leahey (2012) consideram que «família é quem os seus membros dizem que são».
- O conceito de família está relacionado com o agregado familiar, e é identificado como a unidade básica da sociedade (Hennessy & Gladin, 2006), isto é, o domicílio abrange um grupo de pessoas que partilham responsabilidades na saúde tornando-se um contexto que potencia as mudanças de comportamento conducentes a mais e melhor saúde.
- As famílias podem desempenhar funções de proteção, sustento e socialização dos seus membros, entre outras. (Figueiredo, 2012).
- Vivenciam, inevitavelmente, transições normativas ao longo do ciclo vital e podem ainda, vivenciar transições acidentais. Perante novas situações, a família adapta-se, havendo alterações do funcionamento do sistema familiar rumando ao equilíbrio, mas nunca voltam “ao que eram antes”, uma vez que ultrapassada a crise, adquirem novas competências (Figueiredo, 2012).

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



DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

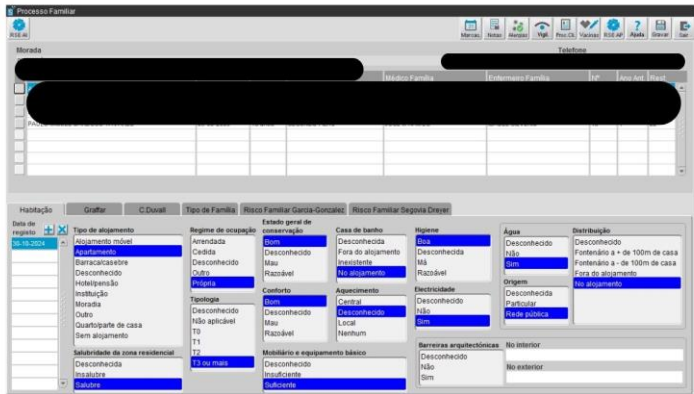
1 - Pesquisar por um dos elementos do agregado familiar



DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

2 - Aceder ao Processo Familiar

Inserir novo registo: Registrar dados sobre habitação; Escala de Graffar (Classe Social); Etapa do ciclo vital e Tipo de Família



DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

2 - Aceder ao Processo Familiar

Inserir novo registro: Registrar dados sobre habitação; Escala de Graffar (Classe Social); Etapa do ciclo vital e Tipo de Família

Habitat	Crafter	C Dival	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segura-Dreier	
Profissão	Instrução	Função principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência		
Grandes industriais e comerciantes. Sociedades de tipo de grandes empresas	Ensinar, lecionar ou palestrar	Propriedade	Luxuosa	Barro elegante		
Pequenas indústrias, comerciantes e agricultores. Única família estudada	Enquanto ao Curso Superior	Alta vinculação ao horizontal.	Resposta e confidencial	Barro tipo		
Pequenas industriais e comerciantes. Empregados e comerciantes qualificados	Curso Secundário	Vinculação vertical	Com cozinha e com cozinha e VIV. Arquitetónicas essenciais.	Zona antiga		
Pequenos agricultores. Comerciantes semi-qualificados escassos	Exercência singular resposta e sim	Remuneração incerta	Com cozinha e VIV mas degradada até sem eletrónicas essenciais.	Barro superlucido		
Não de alta influência	Não exercitativa obrigatória segundo o dote.	Assistência	resposta	Barro de dita		
						Classe Social MÉDIA ALTA

Habitação	Gratuar	C.Duasel	<u>Tipo de Família</u>	Risco Familiar Garoto-Gonzales	Risco Familiar Segunda Dyer
☐ Unitária - Só 1 elemento ☐ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos ☐ Alargada - Avós, pais e filhos ☐ Reconstruída - Nova união após reestruturação * ☐ Nuclear - Casal com ou sem filhos ☐ Outras					

Habilitação	Gravar	C. Duval	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segunda Dreier
			☐ I- Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho) ☐ II- Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos) ☐ III- Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos) ☐ IV- Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência, 13 anos) ☐ V- Família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início de estudos superiores) ☒ VI- Família com filhos adultos jovens (os filhos saírem de casa - "launching family") ☐ VII- Família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest") ☐ VIII - Família idosa (da reforma a viver)		

DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

3 - Clicar em “Famílias” e Efetuar Marcação (A família aparece como a sua morada)

30-10-2024

12:58

100%

CONTACTOS

UTENTES

FAMÍLIAS

COMUNIDADES

4 Utentes do CS

Utentes por enfermagem

Utentes por médico

Consultas médicas

Nome:

IP Cartão:

Processo:

Data Nasc.:

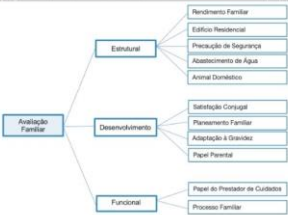
Último Contacto

[illegible]

DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

6 - Abrir Processo e realizar a avaliação das áreas de atenção

The screenshot shows a software interface for user identification and health programs. It includes fields for 'Nome' (Name) and 'Nº Utente' (User Number). Below these are tabs for 'Programas de Saúde' and 'Projetos'. The 'Programas de Saúde' tab is active, showing a list of programs with columns for 'Programas', 'Início', 'Término', and 'Assessoria'. The 'Projetos' tab is also visible, showing a list of projects with columns for 'Projetos', 'Início', 'Término', and 'Assessoria'. The interface is in Portuguese and includes various filters and search options.



DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

5 - Associar o Programa “Saúde da Família”

The screenshot shows a software interface for associating the 'Saúde da Família' program. It includes fields for 'Nome' (Name) and 'Nº Utente' (User Number). Below these are tabs for 'Programas de Saúde' and 'Projetos'. The 'Programas de Saúde' tab is active, showing a list of programs with columns for 'Programas', 'Início', 'Término', and 'Assessoria'. The 'Projetos' tab is also visible, showing a list of projects with columns for 'Projetos', 'Início', 'Término', and 'Assessoria'. The interface is in Portuguese and includes various filters and search options.

DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

7 - Avaliação Inicial

The screenshot shows a software window titled 'IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE'. It has two main input fields: 'Nome:' and 'Nº Utente:'. Below these, there is a section for 'ESPECIFICAR' with a list of checkboxes: 'Família', 'UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE', 'CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA', 'EDIFÍCIO RESIDENCIAL', 'ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE', 'ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA', 'PRESTADOR DE CUIDADOS', and 'OUTRAS SITUAÇÕES'. To the right of this list is a large empty text area. At the bottom, there are fields for 'Registado por:', 'Data:', and 'Hora:'. Below these is a section 'POR PROGRAMA' with a 'Serviço:' field, an 'Nº Contacto:' field, and a 'Processo Familiar' button.

AValiação e intervenção em famílias nucleares com membros idosos PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Caracterização das 60 famílias

A Família do tipo nuclear é a mais prevalente (67%);
O substistema conjugal é o mais prevalente (80%);
Fase VIII do Ciclo Vital de Duvall (47%) - Família em fase de envelhecimento.

Critérios de inclusão da amostra

Famílias inscritas na lista da ET, Famílias do tipo nucleares, a vivenciar a Etapa do Ciclo Vital Familiar segundo Duvall VIII Família em envelhecimento, ter pelo menos um membro familiar com idades entre 65 e 69 anos, a experienciar a transição para a reforma por um período máximo de 3 anos, não exercer atividade laboral e estar disponível para consultas de enfermagem.



AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS NUCLEARES COM MEMBROS IDOSOS PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O **envelhecimento populacional** crescente é uma realidade observada tanto em Portugal, quanto no resto do mundo (Araújo et al., 2021).

Segundo o relatório da Eurostat (2021), em 2020, verificou-se que **50,1% dos idosos** em Portugal **viviam em casal**.

Na **Etapa VIII do Ciclo Vital de Duvall** (1985), fase em “Envelhecimento” ou “Família idosa”, que se estende desde a reforma até à morte de um dos cônjuges, exige que os membros da família desenvolvam **tarefas** essenciais: a adaptação à reforma, lidar com perdas e acolhimento de novos membros na família, a vida a sós, a adaptação ao envelhecimento, a renegociação da relação conjugal e a adaptação da casa às necessidades atuais (Relvas, 2000).

Áreas de atenção prioritárias segundo o **MDAIF**?

Dimensão estrutural (rendimentos, habitação, segurança, abastecimento de água, animal doméstico);

Dimensão de desenvolvimento (satisfação conjugal e papel parental);

Dimensão funcional (papel de prestador de cuidados, se aplicável e processo familiar).

Recorrer a Genograma, Escala de Graffar, Ecomapa.

Para o Indivíduo: Teoria das Transições de Meleis (2000) e Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR) de Loureiro (2015)



PANFLETO Estou reformado(a)... E agora? Um Envelhecimento Ativo e Preenchido

CONCLUSÃO

A Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel central na prestação de cuidados, reconhecendo a família como unidade de atenção e intervenção. O Enfermeiro Especialista, com base em modelos teóricos, como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, desenvolve competências que permitem uma abordagem colaborativa, focada na promoção da autonomia e do bem-estar familiar.

A documentação dos cuidados prestados às famílias, tratadas como unidade de cuidados, evidencia as competências especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF). Este processo, além de garantir a continuidade e a adequação dos cuidados, possibilita uma abordagem que valoriza as forças e os recursos próprios da família, visando alcançar benefícios em saúde tanto para o grupo familiar como para cada um dos seus membros.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lisboa: Lusociência.

Hennessy, D., & Gladin, L. (2006). The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study. <http://www.who.int/en/>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Diário da República n.º 135 – II Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de Posição no 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

Wright, L., & Leahey, M. (2012). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention. (6a ed.). FA Davis.

ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!

Autora:
Mariana Vieira

Mestranda do 2º ano do Mestrado em Enfermagem
Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO XIV - Folha de participantes na sessão formativa

Folha de participantes em sessão de formação em serviço

Título: Enfermagem de Saúde Familiar: documentação dos cuidados

Formadora: Mariana Vieira (Mestranda do 2º ano do Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar)

Data: 29/11/2024

Nome	Categoria Profissional	Assinatura

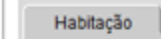
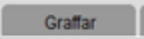
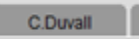
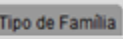
ANEXO XV - Guia prático de registo: Documentação dos cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar

Guia Prático de Registo:

Documentação dos cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar

Objetivo: Facilitar o registo correto e eficiente no Programa Saúde da Família no processo clínico familiar.

Passo 1: Aceder ao Processo Clínico Familiar

No separador , posicione o cursor sobre o processo clínico individual → clicar na opção  → efetuar registos relacionados com:     . Após concluir os registos, selecione a opção “Gravar”;

Passo 2: Selecionar Membros da Família

No separador , colocar o cursor sobre o processo clínico individual → clicar no separador  → clicar em  → Selecionar os membros da família presentes durante a avaliação/intervenção realizada;

Passo 3: Associar Programa Saúde da Família

Depois de aberto o contacto do processo clínico familiar → associe, em , o programa “Saúde da Família” e confirme a ação clicando em “Gravar”.

Passo 4: Efetuar Registos do Processo de Enfermagem

A partir deste passo, os registos efetuam-se em  e  com as atividades de diagnóstico sugeridas, focos e diagnósticos associados.

Nota: A área de foco “*Precaução de Segurança*” e respetivas intervenções de diagnóstico não surgem automaticamente sugeridas, sendo necessário adicioná-las

manualmente. Clicar em , pesquisar “Precaução de Segurança”, defina o juízo adequado e finalize clicando em “Gravar”. Adicionalmente, as intervenções também

podem ser inseridas manualmente no separador .

ANEXO XVI - Questionário de avaliação da sessão formativa

Avaliação da sessão de formação “Enfermagem de Saúde Familiar – documentação dos cuidados”

1.CONTEÚDO PROGRAMÁTICO					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Interesse dos conteúdos apresentados					
Ajuste dos temas aos objetivos definidos					
2.ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Suporte Pedagógico utilizado					
Horário da formação					
Duração da formação					
3.FORMADORA					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Clareza da exposição					
Domínio dos temas desenvolvidos					
Capacidade para esclarecer dúvidas					
4.RESULTADOS E EXPECTATIVAS					
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Temas abordados face às expectativas					
Utilidade prática da formação					
5.AVALIAÇÃO GLOBAL					
Avaliação global da ação de formação					

ANEXO XVII - Diagnóstico das necessidades de formação profissional (pós sessão) e resultados do mesmo

O presente questionário surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e foi desenvolvido pela mestranda Mariana Cerqueira Vieira, com a orientação da Enf. Carla Paupério Rocha, sob orientação das Professoras Maria Fátima Araújo e Ana Isabel Vilar.

As respostas ao questionário são anónimas e servirão apenas, para identificar as necessidades formativas da equipa de Enfermagem sobre Enfermagem de Saúde Familiar, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e documentação dos cuidados prestados e, desta forma, adequar e personalizar as estratégias e conteúdos de formação à equipa.

O questionário é constituído por quatro partes. A primeira parte visa caracterizar a equipa de enfermagem, através de dados sobre a experiência dos profissionais, assim como formação especializada em enfermagem e particularmente na área de Enfermagem de Saúde Familiar. A segunda parte centra-se na avaliação do conhecimento dos profissionais relativamente à documentação no sistema SClínico-CSP® no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar. A terceira parte destina-se ao conhecimento acerca de Enfermagem de Saúde Familiar e à identificação de competências relativamente à avaliação junto das famílias nucleares com membros idosos. A quarta parte é destinada à avaliação pós-sessão formativa.

Parte I

1. Idade:

Idade Pessoal de Enfermagem	Número de Enfermeiros
45 anos	1
51 anos	1
52 anos	1
53 anos	1
62 anos	1

2. Número de anos de experiência profissional:

Número de anos de experiência profissional	Número de Enfermeiros
22 anos	1
29 anos	1
30 anos	2

40 anos	1
---------	---

3. Número de anos de experiência profissional em CSP:

Número de anos de experiência profissional em CSP	Número de Enfermeiros
13 anos	1
15 anos	1
20 anos	1
22 anos	2

4. Grau académico:

(4) Licenciatura (1) Mestrado (0) Doutoramento

5. Detentor(a) de formação Especializada em Enfermagem:

(4) Sim (1) Não

5.1. Se respondeu SIM à questão anterior, assinale em que área:

(1) Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

(1) Enfermagem Reabilitação

(2) Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

(1) Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

6. Detentor de formação específica na área de Enfermagem de Saúde Familiar:

(2) Sim (3) Não

6.1 Se respondeu SIM à questão anterior, assinale qual:

(2) Pós-graduação com 30 ou mais ECTs (com pelo menos 300h)

Parte II – Avaliação de conhecimentos sobre documentação de enfermagem no SCInico-CSP® no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar

Por favor, selecione a opção mais adequada, colocando uma cruz (X) na resposta correspondente.

1. Como define o conceito de Saúde Familiar?

(0) É um estado subjetivo e um processo dinâmico de ajustamento que engloba a saúde individual de cada membro, bem como os aspetos do funcionamento familiar.

(0) Refere-se à capacidade da família em desempenhar as suas funções, demonstrando uma organização flexível e estruturada para estabelecer metas e fornecer os recursos necessários para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros.

(5) Ambas as definições estão corretas.

2. Numa escala com 3 níveis de resposta, qual é a importância da documentação de enfermagem no contexto familiar para a sua prática clínica?

(0) Pouco importante

(0) Importante

(5) Muito importante

3. Dos vários programas de saúde disponíveis no SClínico-CSP®, está familiarizado(a) com o programa "Saúde da Família"?

(5) Sim

(0) Não

4. Se não está familiarizado(a) com o programa "Saúde da Família", pode avançar para a questão 9. Caso tenha respondido SIM à questão 3, costuma utilizar esse programa regularmente?

(4) Sim

(1) Não

4.1. Se NÃO, por que razão não o utiliza?

(0) Tenho conhecimento do programa "Saúde da Família", mas sinto que não possuo as competências necessárias para utilizá-lo adequadamente.

(1) Falta de tempo.

(1) Registo muito limitado, obrigando frequentemente a recorrer ao texto livre, pois não existem diagnósticos parametrizados (por exemplo, "relação dinâmica não efetiva", sem a possibilidade de identificar o dado comprometido).

5. Se respondeu SIM à questão 4, costuma selecionar o programa "Saúde da Família" no contexto do utente e/ou da família? Caso tenha respondido NÃO, pode avançar para a questão 9.

(5) Utente (5) Família

6. Quando utiliza o programa "Saúde da Família", que informação costuma documentar?

(4) Escala de Graffar

(3) Tipo de Família

(4) Fase do Ciclo Vital

(3) Características da habitação

(4) Formulação de diagnósticos

7. Dos focos de atenção apresentados, relativos ao programa de saúde da família, assine os que conhece:

(5) Rendimento Familiar

(5) Edifício Residencial

(5) Precauções de Segurança

(5) Abastecimento de água

(5) Animal doméstico

(5) Satisfação conjugal

(5) Planeamento familiar

(5) Adaptação à gravidez

(5) Papel parental

(5) Papel prestador de cuidados

(5) Processo familiar

8. Numa escala de 1 a 10, onde 1 representa "não me sinto competente" e 10 representa "sinto-me muito competente", como avalia a sua capacidade de avaliação da família enquanto cliente?

Valor	Número de Enfermeiros
7	1

9	3
10	1

9. Numa escala de 1 a 10, onde 1 representa "não me sinto competente" e 10 representa "sinto-me muito competente", como avalia a sua capacidade de intervenção na família enquanto cliente?

Valor	Número de Enfermeiros
6	1
7	2
9	2

10. Considera importante essa avaliação e intervenção na família?

(5) Sim (0) Não

12. Indique duas vantagens da avaliação e do registo no Programa "Saúde da Família".

- Conhecer melhor a família do utente;
- Conhecer a dinâmica familiar
- Melhora a comunicação e articulação entre os profissionais de saúde
- Permite identificar precocemente necessidades e vulnerabilidades familiares

Parte III- Avaliação de conhecimentos sobre Enfermagem de Saúde Familiar

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

(5) Sim (0) Não

2. Preencha, por favor, o quadro seleccionando com um X se afirmação é verdadeira ou falsa.

	V	F
A família é um sistema dinâmico e fechado.	0	5

As transições normativas ocorrem ao longo do ciclo vital das famílias.	5	0
O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEESCESF) vê a família como parceira de cuidados.	2	3
Perante novas situações, a família adapta-se, não havendo alterações no funcionamento do sistema familiar que se mantém estável	0	5
A avaliação familiar fundamenta-se apenas na avaliação individual de cada um dos membros da família.	0	5
O MDAIF é reconhecido como um referencial teórico e operativo, destinado a responder às necessidades dos enfermeiros que prestam cuidados de saúde familiar e desenvolvem práticas de enfermagem direcionadas para a família.	5	0
O MDAIF tem por base vários referenciais epistemológicos, como por exemplo a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria Cibernética e a Teoria Ecosistémica.	4	1
A Enfermagem de Saúde Familiar foca-se nos cuidados de enfermagem, tanto para os membros da família de forma individual, como no contexto das dinâmicas familiares, considerando a família como um todo.	5	0
A avaliação e intervenção colaborativa da família são essenciais para identificar as suas necessidades, destacar as suas forças e potenciar o seu desenvolvimento. Isso é possível através da relação próxima entre os membros da família e os enfermeiros de saúde familiar, promovendo uma evolução conjunta.	5	0
O MDAIF, com base nos seus princípios e postulados, foca-se nas áreas de atenção familiar organizadas em três grandes dimensões avaliativas: a dimensão estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. Estas dimensões guiam a avaliação e a intervenção familiar, proporcionando uma abordagem integral e sistemática.	5	0
As áreas de atenção relacionadas com a dimensão estrutural incluem: Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precauções de Segurança, Animal Doméstico e Processo Familiar.	2	3
O genograma, o ecomapa e a escala de Graffar são ferramentas fundamentais para a avaliação familiar.	5	0
No que respeita à dimensão de desenvolvimento, esta abrange áreas de atenção como a satisfação conjugal, o papel de prestador de cuidados e a adaptação à gravidez.	1	5

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

(5) Sim (0) Não

4. Refira quais as áreas de atenção de enfermagem com recurso ao MDAIF que lhe parecem importantes na prestação de cuidados às famílias nucleares com membros idosos.

- Dimensão estrutural;
- Satisfação conjugal;
- Papel prestador de cuidados;
- Processo Familiar.

5. Já alguma vez realizou uma avaliação familiar e respetiva intervenção a uma família nuclear com membros idosos?

(3) Sim (2) Não

5.1. Se respondeu NÃO à questão anterior, selecione o motivo:

- (2) Falta de tempo
- (0) Falta de conhecimento sobre a avaliação e intervenção familiar
- (0) Não considero importante

Parte IV - Avaliação do impacto da sessão formativa

1. Numa escala de 1 a 10, onde 1 representa “não aumentou” e 10 representa “aumentou muito”, como considera que a formação aumentou a sua motivação para efetuar a documentação de cuidados no Programa “Saúde da Família”?

Valor	Número de Enfermeiros
8	2
9	3

2. Numa escala de 1 a 10, onde 1 representa “não aumentou” e 10 representa “aumentou muito”, como considera que a formação aumentou o seu conhecimento acerca da avaliação e intervenção familiar?

Valor	Número de Enfermeiros
7	1

8	1
9	3

3. Já realizou alguma alteração concreta nos seus registos ou práticas desde o final da sessão?

(4) Sim

(1) Não

3.1. Se respondeu SIM à questão anterior, descreva a(s) alteração(ões) realizada(s):

- Comecei a explorar o programa “Saúde da Família” para a avaliação e intervenção familiar;
- Comecei a explorar mais o MDAIF.

Obrigada pela atenção dispensada,

Mariana Vieira

ANEXO XVIII - Resultados da verificação da documentação dos cuidados no âmbito da ESF (pré e pós formação)

Parâmetros gerais de registo		
Critério	Pré-sessão	Pós-sessão
1. Apresenta registos no “Processo Familiar”, sem abrir contacto.	10% (1/10)	30% (3/10)
2. Abre contacto do processo clínico familiar.	10% (1/10)	20% (2/10)
3. Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico familiar.	10% (1/10)	60% (6/10)
4. Associa o programa “Saúde da Família” ao processo clínico individual.	30% (3/10)	60% (6/10)
5. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção de uma das dimensões do MDAIF.	30% (3/10)	60% (6/10)
Parâmetros específicos de registo: Dimensão Estrutural do MDAIF		
Critério	Pré-sessão	Pós-sessão
6. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF.	10% (1/10)	30% (3/10)
7. Apresenta registos sobre “Tipo de família”.	10% (3/10)	30% (3/10)
8. Apresenta registos sobre “Classe Social”.	10% (1/10)	30% (3/10)
9. Apresenta registos sobre “Suporte” (sistemas mais amplos).	0% (0/10)	20% (2/10)
10. Apresenta registos da área “Abastecimento de água”.	10% (1/10)	30% (3/10)
11. Apresenta registos da área “Habitação”.	10% (1/10)	30% (3/10)
12. Apresenta registos da área “Rendimentos”.	10% (1/10)	20% (2/10)
13. Apresenta registos da área “Precaução de Segurança”.	10% (1/10)	30% (3/10)

14. Apresenta registos da área “Animal Doméstico”.	20% (2/10)	40% (4/10)
Parâmetros específicos de registo: Dimensão de Desenvolvimento do MDAIF		
Critério	Pré-sessão	Pós-sessão
15. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento do MDAIF.	30% (3/10)	50% (5/10)
16. Apresenta registos sobre “Ciclo de Duvall” (etapa do ciclo vital).	20% (2/10)	50% (5/10)
17. Apresenta registos da área “Satisfação Conjugal”.	20% (1/10)	50% (2/10)
18. Apresenta registos da área “Planeamento Familiar”.	10% (1/10)	30% (3/10)
19. Apresenta registos da área “Adaptação à Gravidez”.	10% (2/10)	20% (4/10)
20. Apresenta registos da área “Papel parental”.	30% (1/10)	50% (3/10)
Parâmetros específicos de registo: Dimensão Funcional do MDAIF		
Critério	Pré-sessão	Pós-sessão
21. Apresenta registos de, pelo menos, uma das áreas de atenção da dimensão funcional do MDAIF.	10% (1/10)	40% (4/10)
22. Apresenta registos sobre “Crenças”.	0% (0/10)	10% (1/10)
23. Apresenta registos da área “Papel do prestador de cuidados”.	10% (1/10)	40% (3/10)
24. Apresenta registos da área “Processo familiar”.	10% (1/10)	50% (5/10)

ANEXO XIX - Certificado “3º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo”



ANEXO XX - Certificado de participação no ICFH25

	ICFH'25 International Congress of Family Health	
CERTIFICADO		
Certifica-se para os devidos efeitos que Mariana Cerqueira Vieira participou no International Congresso Family Health (ICFH'25) que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual). Aveiro, 14 de fevereiro de 2025		
 Diretor ESSUA/UA		 Presidente da Comissão Científica
		
essua universidade de aveiro escola superior de saúde	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO	Egas Moniz Health Alliance Centro Académico Clínico
		
CERTIFICADO		
Certifica-se para os devidos efeitos que BÁRBARA FONSECA, FILIPA RODRIGUES, MARIANA VIEIRA, CRISTIANA COSTA, NÁDIA FERREIRA, ANA ISABEL VILAR participaram no International Congresso Family Health (ICFH'25) com uma comunicação livre (poster) intitulada: "A INFLUÊNCIA DOS ESTILOS DE LIDERANÇA NA MOTIVAÇÃO DOS ENFERMEIROS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS ", que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual). Aveiro, 27 de fevereiro de 2025		
 Diretor ESSUA/UA (Prof. Doutor Rui Costa)		 Presidente da Comissão Científica (Profª Doutora Helena Loureiro)
		
essua universidade de aveiro escola superior de saúde	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO	Egas Moniz Health Alliance Centro Académico Clínico
		