



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM
COMORBILIDADES CRÓNICAS:**

**Desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar**

**FAMILIES WITH COUPLES WITH ELDERLY MEMBERS
WITH CHRONIC COMORBILITIES:**

**Development of specialized clinical skills in the area of
Family Health Nursing.**

Documento Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Sandra Marília Pereira Freitas

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES
CRÓNICAS:**

**Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**

Estágio de natureza profissional orientado pelo
Professor Doutor Pedro Melo e coorientado
pela Professora Ana Isabel Vilar.

Porto, 2025

FAMÍLIAS COM CASAS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

**Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar**

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os
timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo
certeza do seu destino”.

(Leonardo da Vinci)

FAMÍLIAS COM CASAS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:
Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar

Ao meu filho, Diogo,
que será sempre a razão pela qual caminharei.

AGRADECIMENTOS

Enveredar por um mestrado aos 47 anos foi uma travessia exigente — movida mais pela vontade do que pelo tempo, marcada por dúvidas mais do que por certezas — mas profundamente transformadora.

A especialização em Enfermagem de Saúde Familiar era um objetivo há muito presente, desde os primeiros tempos de prática nos Cuidados de Saúde Primários, pouco após a conclusão do então bacharelato em Enfermagem, em 1999. Refiro-o com serenidade, mas ciente de que este percurso implicou exigência. A carga intelectual, a gestão do tempo e a convivência com colegas de outras gerações testaram a minha disciplina e resiliência.

Concluir este relatório representa, por isso, mais do que o fim de um ciclo académico: representa a superação pessoal de um compromisso assumido com seriedade. Houve noites sem dormir, dúvidas persistentes e momentos de angústia, mas também um profundo sentimento de realização.

Reconheço, com gratidão, que este caminho foi feito com outros. Houve presenças visíveis e discretas, constantes ou pontuais, que fizeram a diferença — e cujo impacto, nas horas certas, foi mais profundo do que talvez saibam.

À colega Graça Barbedo, cuja firme convicção nas minhas capacidades foi determinante para que abraçasse este desafio.

À colega Vânia Cardoso, pelo apoio constante, pelo ânimo generoso e pelas palavras certas nas horas mais difíceis.

À colega de mestrado Carina Coelho, pelo cuidado discreto e afetuoso, por sempre se lembrar de mim com uma atenção que não esqueço. Tens um coração generoso e um espírito de entajuda admirável.

Ao Benjamim e à Fernanda, pelos momentos de riso, leveza e amizade verdadeira. A vossa presença foi sempre uma âncora de bem-estar.

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área

de Enfermagem de Saúde Familiar

Ao meu filho Diogo, sempre o centro de tudo. Pelo conforto, pelo apoio prático, pela vigilância afetuosa dos meus horários e pelo incentivo constante. É por ti que tudo faz sentido. Daqui até à lua e de volta — sempre, meu menino.

Ao meu pai, pelo orgulho silencioso e pela confiança incondicional.

À minha mãe, pela presença que é sustento e raiz.

Aos meus irmãos, pelo espírito de família que nunca falha.

Ao Matias e à Diana, fiéis companheiros felinos que, com a sua presença tranquila, acompanharam cada linha deste relatório. São, sem dúvida, família também.

À Dra. Isa Freitas, pelo incentivo genuíno, pela confiança constante e pelo apoio inabalável.

Aos colegas Vera Barbedo e António Dias, pela orientação rigorosa, atenta e sempre disponível.

Ao Professor Doutor Pedro Melo, pela orientação científica segura, paciente e serena. Agradeço, em particular, por não me ter deixado desistir. Houve momentos muito difíceis.

À Professora Ana Vilar, pela coorientação científica valiosa e pela postura profissional e humana profundamente inspiradora.

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, coordenadora do curso, pelo exemplo de liderança serena e comprometida, pela paixão que imprime à Enfermagem de Saúde Familiar e por formar, com convicção e clareza, vozes capazes de a defender e fazer crescer.

A todos os que, de forma visível ou discreta, me acompanharam neste percurso, deixo a minha mais sincera gratidão.

RESUMO

O presente relatório, elaborado no âmbito da componente clínica do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem do Porto, descreve o processo de desenvolvimento de competências clínicas especializadas no acompanhamento a famílias compostas por casais idosos com comorbilidades crónicas, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

O objetivo principal consistiu na prestação de cuidados especializados a estas famílias, considerando simultaneamente a família como unidade de cuidados e os seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção. Procurou-se também promover a liderança, a colaboração interdisciplinar e a integração de referenciais teóricos na prática clínica.

A metodologia adotada baseou-se na aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (M. H. Figueiredo, 2012), do Modelo das Forças (Gottlieb, 2013) e do Modelo de Autogestão (Lorig & Holman, 2003), com recurso a técnicas como a entrevista familiar sistémica e a entrevista motivacional. Foram realizadas avaliações clínicas, intervenções individualizadas e sessões formativas dirigidas à equipa multidisciplinar.

Os resultados demonstraram ganhos relevantes em saúde, nomeadamente ao nível da funcionalidade familiar, da comunicação afetiva, da literacia em saúde e da corresponsabilização na gestão da doença crónica. Verificaram-se ainda progressos na capacitação dos casais para a autogestão e no reforço das suas redes de apoio.

Conclui-se que a intervenção especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar constitui um contributo determinante para a promoção da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida de famílias em envelhecimento, permitindo uma prática clínica fundamentada, humanizada e ajustada à complexidade das necessidades atuais.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Doença Crónica; Casais Idosos; Autogestão; Cuidados de Saúde Primários;

ABSTRACT

This report, developed within the clinical component of the Master's Degree in Community Nursing, with a specialization in Family Health Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, describes the process of developing specialized clinical skills in working with families composed of elderly couples with chronic comorbidities, in the context of Primary Health Care.

The main objective was to provide specialized care to these families, simultaneously addressing the family as a unit of care and its individual members throughout the life cycle and at different levels of prevention. It also aimed to foster leadership, interdisciplinary collaboration, and the integration of theoretical frameworks into clinical practice.

The methodology was based on the application of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (M.H. Figueiredo, 2012), the Strengths-Based Nursing Care Model (Gottlieb, 2013), and the Self-Management Model (Lorig & Holman, 2003), using techniques such as the systemic family interview and motivational interviewing. Clinical assessments, individualized interventions, and training sessions for the multidisciplinary team were conducted.

The results demonstrated significant health gains, particularly in family functionality, emotional communication, health literacy, and shared responsibility in chronic disease management. Progress was also observed in the empowerment of couples for self-management and in the reinforcement of support networks.

It is concluded that the specialized intervention of the Nurse Specialist in Community Nursing – Family Health contributes decisively to promoting autonomy, functionality, and quality of life in aging families, enabling a clinical practice that is evidence-based, person-centered, and responsive to the complexity of current needs.

Keywords: Family Health Nursing; Chronic Disease; Elderly Couples; Self-Management; Primary Health Care

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVF – Ciclo Vital Familiar

DCNT – Doença Considerada Não Transmissível

DE-SNS – Direção Executiva do Sistema Nacional de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Enfermeiro Cooperante

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

EF – Enfermeiro de Família

EFS – Entrevista Familiar Sistémica

EM – Entrevista Motivacional

ENEAS - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

GRT – Gestão do Regime Terapêutico

IDE – Índice de Desempenho das Equipas

IDT – Índice de Dependência Total

IE – Índice de Envelhecimento

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

**Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar**

LUEC – Lista Utentes Enfermeiro Cooperante

MDAIF – Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar

MS – Ministério da Saúde

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAUF – Plano de Ação das Unidades Funcionais

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNPAF – Plano Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNPAS – Plano Nacional para a Alimentação Saudável

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SBC – *Strength-Based Nursing*

SNS – Sistema Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

UP – Unidade Ponderada

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.1. A vulnerabilidade do envelhecimento	17
2.2. Impacto do Envelhecimento no Sistema Familiar	20
2.2.1. Impacto no Subsistema Conjugal.....	22
2.3. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	24
2.4. O Modelo do Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças	26
2.5. A Promoção da Autogestão	28
3. O CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	31
3.1. Caracterização do Contexto Clínico	31
3.1.1. Descrição do Contexto da Prática Clínica	33
3.1.1.1. Perfil demográfico e epidemiológico.....	36
3.1.1.2. Caracterização da LUEC	39
3.1.1.3. Análise das 63 Famílias (segundo o MDAIF).....	44
3.2. Fundamentação da Escolha do Tema	48
4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA.....	51
4.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados.....	52
4.1.1. A Família Inverno.....	54
4.1.1.1. Dimensão Estrutural.....	56
4.1.1.2. Dimensão Desenvolvimento	60
4.1.1.3. Dimensão Funcional.....	65

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

4.1.1.4. Autogestão: áreas prioritárias	66
4.1.1.5. Intervenções de enfermagem	71
4.1.1.5.1. Intervenções Individualizadas	72
4.1.1.5.2. Intervenções centradas na Família	74
4.2. Ganhos em Saúde	82
4.3. Liderança e colaboração na ESF	86
5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	92
5.1. 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:	92
5.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	99
5.3. Análise reflexiva das competências desenvolvidas	100
6. CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

ANEXOS

Anexo I: Prestação de Cuidados às Famílias

Anexo II: Plano Alimentar Semanal (Exemplo para Sr. M e Sra. Í.)

Anexo III: Lista de Compras Personalizada

Anexo IV: Questionário para Diagnóstico das Necessidades Formativas

Anexo V: Resultados do Diagnóstico das Necessidades Formativas

Anexo VI: Sessão Formativa MDAIF

Anexo VII: Sessão Formativa SBC

Anexo VIII: Inquérito de Satisfação das Sessões Formativas

Anexo IX: Inquérito de Satisfação das Necessidades Formativas (Resultados)

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:
Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar

ÍNDICE de FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide Etária e Distribuição dos Cidadãos Inscritos na USF	36
Figura 2 - Top 10 das Doenças mais codificadas na LUEC	39
Figura 3 - Fenómenos de Enfermagem mais frequentes na LUEC	42
Figura 4 - Genograma da Família Inverno.....	56
Figura 5 - Ecomapa da Família Inverno	58
Figura 6 - Ganhos em saúde nas famílias intervencionadas, por dimensão avaliada (dados relativos às quatro famílias incluídas na intervenção clínica). 83	

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 - Intervenções de Enfermagem mais frequentes na LUEC.....	43
Quadro 2 - Foco Satisfação Conjugal na Família Inverno	61
Quadro 3 - Diagnósticos relacionados com a Adesão e Gestão do Regime Terapêutico na Família Inverno	69
Quadro 4 - Cronograma de Atividades do Plano formativo	88

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 - Perfil Sociodemográfico e Clínico da Família Inverno..... 55

Tabela 2 - Avaliação da Gestão e Adesão ao Regime Terapêutico na Família
Inverno67

Tabela 3 - Grelha retrospectiva de avaliação dos ganhos em saúde nas quatro
famílias intervencionadas 85

1. INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF) visa reforçar as competências comuns do Enfermeiro Especialista, conforme definidas pelo Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), bem como as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), estabelecidas no Regulamento nº428/2018 (OE, 2018). Esses regulamentos, fundamentais para orientar a formação avançada na área da enfermagem, sustentam a proposta apresentada pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e garantem o desenvolvimento de competências especializadas ao nível de Mestre.

Este relatório descreve as atividades desenvolvidas durante os Estágios de Natureza Profissional do mestrado, realizados numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região do Grande Porto, entre abril de 2024 e janeiro de 2025, sob a supervisão de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. As intervenções realizadas permitiram a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, com base em evidência científica atual e em referenciais teóricos pertinentes, contribuindo para o reforço da identidade profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF). As reflexões elaboradas a partir da prática e do contexto organizacional evidenciam a relevância do aprofundamento das competências clínicas especializadas para a prestação de cuidados qualificados à família e para a obtenção de ganhos efetivos em saúde familiar.

Os Censos 2021 revelaram transformações sociodemográficas marcantes em Portugal, como o aumento de famílias unipessoais e compostas por pessoas idosas, o que reforça a urgência de reconfigurar os modelos de apoio social e clínico (INE, 2021). Estas alterações exigem respostas assistenciais centradas na família, que promovam a coesão, a autonomia e a capacitação das pessoas em situação de vulnerabilidade.

O tema abordado – Famílias com casais com membros idosos com comorbilidades crónicas – justifica-se pela crescente complexidade das necessidades em saúde associadas ao envelhecimento populacional. A delimitação da população-alvo (casais com membros idosos com mais de 70 anos) fundamenta-se na evidência de que o envelhecimento em faixas etárias mais avançadas está frequentemente associado a um aumento da complexidade clínica, da multimorbilidade, da fragilidade e da necessidade de apoio na gestão da vida diária. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021), o crescimento da população com 75 ou mais anos é o principal motor do envelhecimento demográfico em Portugal, sendo este grupo particularmente vulnerável à perda de autonomia e à sobrecarga familiar. A escolha desta faixa etária permite, assim, uma intervenção mais focalizada e ajustada às exigências reais de cuidados especializados no contexto dos cuidados de saúde primários (CSP).

Neste contexto, o presente trabalho tem como finalidade descrever e analisar o processo de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem de Saúde Familiar no acompanhamento de famílias compostas por casais idosos com comorbilidades crónicas. Para tal, procurou-se identificar os determinantes familiares e contextuais que influenciam a vivência da doença crónica em casais idosos, aplicar referenciais teóricos relevantes na prática clínica, desenvolver intervenções colaborativas centradas na autogestão familiar da doença crónica e refletir criticamente sobre o percurso formativo, à luz das orientações legais, pedagógicas e científicas do MECESF.

O relatório inicia-se com esta introdução, seguindo-se o enquadramento teórico-conceitual, a caracterização do contexto de estágio, a descrição e análise das atividades desenvolvidas, a reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem e, por fim, a conclusão. Em anexos são incluídos documentos de suporte às intervenções realizadas e ao processo formativo.

A metodologia utilizada é descritiva e reflexiva, com base numa abordagem qualitativa centrada na prática clínica supervisionada. O percurso foi orientado pelos referenciais do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

(MDAIF), proposto por M. H. Figueiredo (2012), do Modelo das Forças da Família (Gottlieb, 2013), e do Modelo da Autogestão (Lorig & Holman, 2003), bem como pelas competências definidas nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Estes regulamentos, fundamentais para orientar a formação avançada na área da enfermagem, sustentam a proposta apresentada pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e garantem o desenvolvimento de competências especializadas ao nível de Mestre.

A informação recolhida baseou-se em análise de registos clínicos, entrevistas orientadas pela matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e pesquisa bibliográfica sistemática. A entrevista motivacional (EM) foi aplicada enquanto técnica de comunicação centrada na pessoa, com o objetivo de promover a adesão ao regime terapêutico e facilitar processos de mudança no seio familiar. Esta abordagem permitiu reforçar a capacitação das famílias para a autogestão da doença crónica, promovendo uma relação terapêutica colaborativa e centrada nas suas forças e recursos.

Alguns conceitos são utilizados com aceção operatória. Por exemplo, “casal idoso” refere-se à coabitação de dois elementos com mais de 70 anos; “comorbilidade crónica” diz respeito à presença de duas ou mais patologias de longa duração com impacto funcional e emocional; e “autogestão” compreende-se como a capacidade da família para gerir ativamente o regime terapêutico e os desafios associados à doença, com apoio da equipa de saúde.

Relativamente às fontes e ao modo como será utilizada a informação colhida, o trabalho apoia-se em dados obtidos através dos motores de busca EBSCO e das bases de dados CINHALL, PubMed, repositório da ESEP, mas também Google Académico. Os textos, artigos e livros onde foi realizada a pesquisa de conceitos e seu desenvolvimento encontram-se mencionados no final deste trabalho, redigidos de acordo com as normas da 7ª edição do estilo de citação da American Psychological Association (APA7). O relatório foi redigido de acordo com as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da ESEP.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico desempenha um papel essencial no suporte à prática clínica, fornecendo uma base robusta para a tomada de decisões, garantindo intervenções bem fundamentadas e assegurando a consistência entre a teoria e a prática. Este alicerce permite a aplicação de uma abordagem estruturada e sustentada na prestação de cuidados à família.

2.1. A vulnerabilidade do envelhecimento

A vulnerabilidade do envelhecimento é um tema central na investigação gerontológica contemporânea, abordando as múltiplas dimensões (biológica, psicológica e social) que influenciam a qualidade de vida dos idosos. Este fenómeno está intrinsecamente ligado com as modificações estruturais e funcionais que ocorrem ao longo do envelhecimento, podendo comprometer a autonomia e aumentar a suscetibilidade a diversas patologias (Cochar et al., 2021).

Para além das alterações fisiológicas, o envelhecimento resulta de uma complexa interação de fatores biopsicossociais que influenciam o grau de vulnerabilidade do indivíduo. Rocha et al. (2024) destacam que esta vulnerabilidade é multifatorial, influenciada por aspetos como idade avançada, dependência funcional, fragilidade, baixa qualidade de vida e sintomas depressivos. Paralelamente, Huque et al. (2024) salientam a contribuição de fatores de risco como inatividade física, hipertensão e obesidade, reforçando a necessidade de estratégias preventivas.

A vulnerabilidade também se manifesta na esfera social, onde o isolamento e a marginalização dos idosos podem agravar a sua condição. Lopes et al. (2023), ao analisar trajetórias de envelhecimento em Portugal, identificaram uma correlação entre baixos níveis educacionais, falta de suporte social e piores indicadores de saúde. Este estudo evidenciou que idosos com maior escolaridade e prática regular de exercício físico tendem a apresentar melhores desfechos em saúde, enfatizando a importância da participação ativa na sociedade para mitigar a vulnerabilidade.

Complementando estes achados, Wang et al. (2025) reforçam que o envelhecimento agrava doenças crónicas e compromete a funcionalidade dos idosos, exigindo intervenções que englobem tanto aspetos biológicos como comportamentais. No entanto, referem que a promoção da educação ao longo da vida, incentivo à prática de atividade física e fortalecimento das redes de suporte social são essenciais para reduzir a vulnerabilidade e melhorar a qualidade de vida.

Face à complexidade e multidimensionalidade da vulnerabilidade no envelhecimento, torna-se necessário adotar abordagens integradas e estratégicas que transcendam o modelo biomédico tradicional. É neste contexto que emerge o conceito de envelhecimento ativo, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no documento *Active Ageing: A Policy Framework* (2002), como uma abordagem estratégica para atenuar os efeitos da vulnerabilidade associados ao processo de envelhecimento. Desde então, a OMS tem vindo a atualizar e aprofundar as suas orientações nesta área, culminando na iniciativa *Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030* (OMS, 2020). Esta agenda global tem como propósito central melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e comunidades, promovendo a saúde, o bem-estar e a inclusão social ao longo do ciclo de vida, destacando a relevância da participação social, segurança e saúde para preservar a autonomia dos idosos e garantir que esta fase da vida seja vivida com dignidade. Políticas públicas alinhadas com este conceito têm sido implementadas em diversos países, incluindo Portugal, como forma de promover uma terceira idade mais integrada e produtiva.

As orientações da OMS, embora de âmbito global, ganham particular relevância quando analisadas à luz da realidade demográfica portuguesa, marcada por um envelhecimento progressivo e persistente da população. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), o número de pessoas com 65 anos ou mais continua a aumentar em Portugal, refletindo uma tendência transversal a todas as regiões do país. Em 2022, a estrutura etária nacional era composta por 12,9% de jovens, 63,1% de adultos em idade ativa e 24,0% de idosos. Este panorama

resulta da conjugação de avanços médicos e científicos com o declínio persistente das taxas de natalidade, fatores que têm vindo a transformar gradualmente a morfologia das pirâmides populacionais (INE, 2020).

Neste cenário, assiste-se a um aumento da dependência, motivado por comorbilidades crónicas, maior fragilidade e vulnerabilidade na velhice. Contudo, importa sublinhar que o envelhecimento já não é encarado unicamente como sinónimo de declínio ou doença, sendo cada vez mais reconhecido como uma etapa de potencial para um envelhecimento ativo, produtivo e com qualidade (Valente Rosa, 2016).

Esta realidade demográfica exige, por conseguinte, respostas articuladas a nível local, onde as políticas públicas desempenham um papel fundamental na promoção de um envelhecimento ativo e digno. Segundo Fernandes et al. (2020), as políticas locais desempenham um papel essencial na implementação de estratégias voltadas para o envelhecimento ativo, possibilitando a adaptação dos espaços urbanos, a criação de redes de apoio e o incentivo ao envolvimento comunitário. No entanto, a falta de coordenação e lacunas na formulação e execução destas políticas ainda representam desafios significativos.

A análise de políticas públicas em Portugal aponta para a necessidade de um modelo de governança participativa, onde idosos possam contribuir ativamente na definição de medidas que afetam as suas vidas (Fernandes et al., 2020). Este modelo reforça a importância da articulação entre diferentes setores (saúde, educação, assistência social) para garantir que o envelhecimento seja tratado de forma holística e multidisciplinar.

Neste enquadramento, um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde prende-se com a elevada prevalência de doenças crónicas entre a população idosa, cuja gestão exige intervenções sustentadas, integradas e centradas na pessoa. Estas doenças configuram-se como condições prolongadas que comprometem a funcionalidade e a qualidade de vida, apresentando uma prevalência crescente na população idosa (OMS, 2021; MS, 2018). Este fenómeno é influenciado por transformações demográficas, estilos

de vida e fatores socioculturais, nomeadamente a urbanização e padrões alimentares inadequados (Sousa et al., 2021).

Entre as patologias mais comuns nesta faixa etária destacam-se a hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, osteoporose e doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, todas associadas a elevados índices de morbilidade e mortalidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2021; EUROSTAT, 2023; OMS, 2021). Todavia, para além da simples caracterização destas doenças, é imperativo compreender o seu impacto cumulativo na autonomia e no quotidiano dos idosos, fator que exige uma intervenção de enfermagem centrada tanto na pessoa como na família (Fonseca et al., 2022).

2.2. Impacto do Envelhecimento no Sistema Familiar

Com o envelhecimento populacional, emergem novos desafios e oportunidades no seio das famílias, que se tornam estruturas-chave no suporte à pessoa idosa. As relações familiares desempenham um papel determinante neste processo. M. H. Figueiredo (2012) sublinha que a preservação de laços familiares fortes contribui significativamente para a saúde física e mental dos idosos, atenuando sentimentos de solidão e isolamento. Paralelamente, o envelhecimento implica transformações nas dinâmicas, nos papéis e nas responsabilidades dos membros da família (Ministério da Saúde (MS), 2017), reconfigurando o funcionamento dos seus subsistemas.

Esse impacto é multidimensional, envolvendo dimensões emocionais, sociais e económicas, que exigem adaptações contínuas e nem sempre simétricas. A redistribuição de papéis é uma das mudanças mais marcantes, sobretudo quando o cuidado informal recai sobre familiares próximos. Embora esta proximidade possa favorecer vínculos mais estreitos, também pode gerar tensões em contextos de recursos limitados ou ausência de suporte externo. Carvalho et al. (2023) evidenciam que os cuidadores principais enfrentam frequentemente sobrecarga física e emocional, o que levanta a necessidade de estratégias de suporte que garantam a sustentabilidade da função cuidadora.

Por outro lado, o envelhecimento pode fortalecer os laços familiares, promovendo maior coesão e interdependência positiva. No entanto, divergências quanto à partilha de responsabilidades ou decisões sobre cuidados ao idoso podem gerar conflitos e desgaste relacional. Sampaio e Duque (2024) defendem que a proximidade emocional entre os membros da família é um fator protetor essencial para a vivência de um envelhecimento harmonioso.

No plano económico, os custos com cuidados de saúde e apoio formal representam um peso significativo, particularmente para famílias com baixos rendimentos. A. Figueiredo (2022) alerta que estas limitações afetam diretamente a capacidade de resposta familiar, comprometendo não apenas o bem-estar do idoso, mas também o equilíbrio das relações familiares.

O impacto do envelhecimento no subsistema familiar é ainda mais evidente quando estão presentes doenças crônicas ou declínio cognitivo. A convivência com pessoas idosas em situação de dependência funcional implica exigências acrescidas para cuidadores informais, os quais enfrentam frequentemente dificuldades em conciliar os cuidados com responsabilidades laborais e familiares. Esta realidade constitui um fator de risco para o desenvolvimento de *stress*, ansiedade e exaustão emocional (Sousa et al., 2021), comprometendo o equilíbrio do próprio sistema familiar. Neste contexto, mecanismos de suporte formal tornam-se essenciais para garantir a estabilidade emocional dos cuidadores e a continuidade dos cuidados (Castro et al., 2020).

Entre os agregados familiares mais vulneráveis encontram-se os casais idosos com múltiplas comorbilidades, que enfrentam desafios cumulativos. A sobrecarga emocional, o isolamento social e a necessidade de cuidados continuados afetam não apenas o indivíduo, mas a dinâmica conjugal e o funcionamento global da família (Bezerra et al., 2021). Rodrigues e Silva (2019) destacam que a dependência funcional de um dos membros do casal exige reciprocidade no cuidado, bem como apoio externo estruturado que evite o colapso do subsistema conjugal.

Neste sentido, a compreensão do impacto efetivo do envelhecimento nas estruturas familiares reforça a importância de políticas públicas que promovam

o equilíbrio entre as necessidades da pessoa idosa e as capacidades da família. Sampaio e Duque (2024) defendem práticas que assegurem suporte emocional, financeiro e organizacional adequado, como forma de mitigar os desafios identificados e garantir um envelhecimento mais saudável e inclusivo.

Em Portugal, programas como a *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável* – ENEAS (MS, 2017) e projetos como o *PT4Ageing* têm sublinhado o papel da autogestão na capacitação dos idosos e das suas famílias. Estas abordagens reforçam a ideia de que um sistema familiar funcional, apoiado por políticas estruturadas, é central para responder de forma integrada aos desafios do envelhecimento (Bastos et al., 2021).

2.2.1. Impacto no Subsistema Conjugal

O envelhecimento exerce uma influência significativa na dinâmica conjugal, afetando dimensões emocionais, sociais e funcionais da relação (Afonso, 2018). Nesta etapa da vida, a convivência e o apoio mútuo tornam-se fundamentais para preservar a qualidade de vida e o bem-estar emocional, especialmente perante os desafios impostos por limitações físicas e cognitivas. Estes desafios exigem dos cônjuges uma constante adaptação, destacando-se a importância da comunicação, da intimidade e da cooperação no fortalecimento da relação conjugal.

A reconfiguração de papéis dentro do casamento é uma das mudanças mais visíveis. A transição para a reforma, o declínio funcional e a redistribuição de tarefas implicam uma renegociação das rotinas e das expectativas conjugais (Scorsolini-Comin & Santos, 2018). A capacidade do casal para ajustar-se a estas transformações revela-se determinante para a manutenção da harmonia e da satisfação conjugal ao longo do envelhecimento.

A intimidade emocional, em particular, pode ser fortalecida ou fragilizada, dependendo da forma como o casal lida com as mudanças associadas ao envelhecimento. Nogueira (2021) salienta que a manutenção da conexão afetiva é crucial nesta fase, enquanto Lüscher et al. (2022) apontam a comunicação e o

envolvimento conjunto em atividades sociais como fatores promotores de bem-estar conjugal.

As responsabilidades intergeracionais — como o papel de avós ou cuidadores de familiares mais velhos — também influenciam a dinâmica conjugal. Estas vivências podem reforçar a cumplicidade do casal, mas exigem equilíbrio para não comprometer a saúde da relação. Segundo Santos e Leal (2020), a compreensão mútua e o apoio emocional contínuo são essenciais para gerir estas exigências e preservar a coesão conjugal.

Quando um ou ambos os cônjuges vivem com doenças crônicas, o impacto na relação conjugal é ainda mais expressivo. As exigências associadas à gestão da doença — dor, limitação funcional, adesão ao regime terapêutico — requerem reorganização da vida quotidiana. Eriksson et al. (2019) referem que o equilíbrio entre os cuidados prestados e o suporte disponível é essencial para mitigar o *stress*, especialmente quando o cuidador informal não dispõe de apoio estruturado.

Nestes contextos, destaca-se o papel do *coping* diádico, entendido como um conjunto de estratégias adaptativas partilhadas e coordenadas pelo casal. Weitkamp et al. (2021) demonstram que este tipo de adaptação fortalece a coesão conjugal e melhora o bem-estar psicológico individual e relacional, o que reforça a necessidade de intervenções centradas na família.

Um dos principais fatores de fragilidade nesta fase é a sobrecarga do cônjuge cuidador, que pode comprometer a estabilidade emocional e gerar tensões na relação. A convivência com a doença e a dependência funcional exige uma comunicação eficaz, empatia e ajustamento constante, sendo estes elementos centrais na gestão das dificuldades conjugais (Castro et al., 2020; Cavalcanti et al., 2018).

Neste enquadramento, a promoção de políticas públicas e estratégias que forneçam suporte emocional, social e financeiro aos casais idosos é imprescindível. Tais medidas são fundamentais para preservar a integridade do

subsistema conjugal, promovendo a saúde relacional e a qualidade de vida nesta etapa da vida.

2.3. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

O MDAIF é uma abordagem sistémica que entende a família como um sistema dinâmico, cujos membros são interdependentes e cujas interações influenciam o seu funcionamento global (M. H. Figueiredo, 2012). Desenvolvido e validado no contexto dos CSP portugueses, o modelo constitui um referencial teórico-metodológico consolidado na Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), sendo amplamente utilizado para avaliação, planeamento e intervenção junto das famílias. A avaliação familiar neste modelo é organizada de forma estruturada, permitindo recolher, sintetizar e intervir com base em informação centrada na unidade familiar, respetivos recursos, necessidades e potencialidades (M. H. Figueiredo, 2009, 2012).

A avaliação familiar segundo o MDAIF estrutura-se em três dimensões fundamentais: estrutural, desenvolvimento e funcional (M. H. Figueiredo, 2012). A dimensão estrutural considera a composição familiar, os seus vínculos e os recursos disponíveis, bem como os fatores ambientais que podem representar risco à saúde (como rendimento, habitação, segurança e abastecimento de água). A dimensão de desenvolvimento analisa a evolução do ciclo de vida familiar, identificando marcos como o papel parental, a adaptação à gravidez ou a satisfação conjugal. Por sua vez, a dimensão funcional observa os padrões de interação e a gestão das tarefas quotidianas, com especial atenção ao papel de prestador de cuidados e ao processo familiar.

O MDAIF permite uma avaliação orientada para os recursos e pontos fortes da família, promovendo intervenções colaborativas e personalizadas. A metodologia integra o processo de enfermagem – diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação – com foco na promoção da saúde, gestão de crises e reorganização dos sistemas familiares face a eventos adversos (Sousa et al., 2010).

Na prática clínica, diversos instrumentos operacionais acompanham a aplicação do MDAIF. O Genograma, por exemplo, é um recurso gráfico que representa vínculos e estruturas familiares ao longo de três gerações, permitindo explorar dinâmicas emocionais, padrões hereditários e eventos marcantes (M. H. Figueiredo, 2023). Já o Ecomapa complementa essa avaliação ao representar as relações entre a família e o seu meio envolvente, destacando redes de suporte formais e informais.

Outros instrumentos incluem a escala de *Graffar* adaptada, que avalia as condições socioeconômicas da família (Amaro, 2001), o APGAR Familiar de *Smilkstein* que mede a funcionalidade relacional com base na adaptabilidade, participação, crescimento, afeto e resolução (M. H. Figueiredo, 2023), e a escala de *Holmes e Rahe*, que avalia o impacto acumulado de eventos de vida potencialmente perturbadores, permitindo estimar a probabilidade de adoecimento com base na soma das pontuações atribuídas a cada evento.

Complementando estes recursos, a Entrevista Familiar Sistêmica (EFS) é uma ferramenta transversal à abordagem do MDAIF. Com base em princípios como a circularidade, a hipotetização e a neutralidade, a EFS organiza-se em etapas que facilitam o acolhimento, avaliação, intervenção e monitorização das famílias, promovendo um olhar colaborativo sobre as suas dinâmicas (M. H. Figueiredo, 2023).

A aplicação da EFS integrou diferentes tipologias de perguntas — circulares, reflexivas, de escala e estratégicas — concebidas não apenas para recolher informação relevante, mas também para explorar padrões relacionais, significados partilhados e dinâmicas comunicacionais. Estas perguntas, para além de permitirem uma colheita sistematizada de dados relevantes, funcionaram como dispositivos interventivos, capazes de mobilizar percepções, reposicionar narrativas familiares e desencadear processos de reestruturação no sistema relacional. Técnicas como metáfora terapêutica, a conotação positiva e os rituais terapêuticos reforçam este processo, ao facilitarem a reinterpretação da realidade familiar e o reforço das suas capacidades adaptativas (M. H. Figueiredo, 2023).

Em articulação com o MDAIF, recorreu-se igualmente à EM, uma abordagem centrada na pessoa, que visa resolver ambivalências e fomentar a motivação intrínseca para a mudança de comportamentos de saúde. Fundamentada em estratégias colaborativas, a EM valoriza a autonomia da pessoa e permite construir planos de ação realistas e sustentáveis (Miller & Rollnick, 2013; Frost et al., 2018).

A EM estrutura-se em três fases – consciencialização, resolução e reforço do compromisso – e utiliza técnicas como escuta reflexiva, perguntas abertas e feedback orientado, podendo ser combinada com os princípios dos 5A e 5R da mudança comportamental (DGS, 2020). Esta abordagem revelou-se especialmente útil em contextos de doença crónica e capacitação familiar.

O MDAIF, complementado por instrumentos e abordagens como a EM, posiciona-se como um modelo robusto e flexível, capaz de responder às complexidades das famílias atuais. A sua aplicação permite promover a saúde e o bem-estar familiar através de intervenções orientadas pelas características biopsicossociais do sistema familiar e das necessidades identificadas no contexto dos CSP.

2.4. O Modelo do Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças

O Modelo do Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças (Strengths-Based Nursing Care – SBC), desenvolvido por Gottlieb (2013), constitui uma abordagem transformadora na prática da enfermagem ao centrar o cuidado nas forças e capacidades da pessoa, da família e da comunidade, em vez de focar exclusivamente nas suas fragilidades ou patologias. Derivado do Programa de Enfermagem da Universidade McGill, este modelo valoriza os recursos internos de cada indivíduo como pilares para o processo de cura e promoção da saúde.

O SBC assenta em oito princípios fundamentais: a saúde e a cura como objetivos centrais; a pessoa como centro do cuidado; a família enquanto unidade de cuidado; a colaboração como base relacional do cuidado; o ambiente como contexto influente; a aprendizagem contínua; a força como foco e a esperança como elemento motivador. Estes princípios orientam uma prática que promove

o bem-estar, a autonomia e a participação ativa dos utentes, fomentando relações terapêuticas colaborativas e efetivas (Gottlieb, 2016).

Esta abordagem é particularmente aplicável a contextos como os cuidados paliativos, a saúde mental, a geriatria e a gestão da doença crónica, onde o empoderamento, a resiliência e a capacidade de adaptação se revelam fundamentais. O reconhecimento ativo das forças pessoais e familiares contribui para a redução da resistência às intervenções, reforça o compromisso com o autocuidado e potencia melhores resultados em saúde (Gottlieb, 2016).

O Modelo do Cuidar Baseado nas Forças organiza-se, ainda, em torno de três premissas estruturantes: (1) a saúde como processo contínuo e relacional; (2) a pessoa como ser capaz, ativo e com recursos próprios; e (3) a relação enfermeiro–cliente como contexto terapêutico central. O enfermeiro, ao identificar as forças internas (valores, capacidades, crenças) e externas (relações, cultura, contexto) da pessoa ou da família, pode intervir de forma mais personalizada e promotora de autonomia, co-criando soluções para os desafios em saúde (Gottlieb, 2014; Gottlieb & Feeley, 2020).

Na prática clínica em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), este modelo traduz-se em intervenções que reconhecem os saberes da família, valorizam os seus modos de lidar com a doença e criam condições para a sua participação ativa no cuidado. No caso de casais idosos com comorbilidades crónicas, muitas vezes marcados por uma vivência acumulada de perdas, limitações e exigências adaptativas, o reconhecimento das suas forças torna-se essencial para preservar a identidade, o vínculo e a autonomia partilhada.

Quando conjugado com o MDAIF (M. H., Figueiredo, 2012), o SBC constitui uma base sólida para a prática da ESF, permitindo uma intervenção centrada nos recursos e potencialidades da família. Esta integração possibilita a mobilização das competências internas para enfrentar os desafios impostos pelas doenças crónicas, promovendo o ajustamento emocional e o equilíbrio relacional em casais idosos.

Como destaca a própria autora, “SBC provides a language that communicates nursing’s contribution to patient and family health and healing and empowers the patient and family to gain greater control over their health and healing” (Gottlieb, 2014). A aplicação do SBC em contexto de CSP favorece o empoderamento e a construção de um projeto terapêutico conjunto, especialmente relevante na complexidade do envelhecimento e da cronicidade.

2.5. A Promoção da Autogestão

A autogestão (*self-management*) é entendida como o conjunto de capacidades que permite à pessoa com doença crônica gerir os sintomas, os tratamentos, o impacto emocional e a reconfiguração do seu quotidiano. Segundo Lorig e Holman (2003), promover a autogestão não se limita à educação para a saúde ou ao cumprimento de regimes terapêuticos; trata-se de capacitar a pessoa para tomar decisões informadas, adaptar comportamentos e manter a funcionalidade e o bem-estar com os recursos que tem.

O modelo de Lorig articula três áreas centrais de autogestão: (1) gestão da doença propriamente dita; (2) gestão do papel social e relacional; e (3) gestão emocional. Para isso, propõe estratégias como o reforço da autoeficácia, a resolução de problemas, o estabelecimento de metas, e a valorização das pequenas vitórias no quotidiano (Lorig & Holman, 2003; Lorig, 2014).

Ao incentivar práticas de autocuidado estruturadas, controlo de sintomas e comunicação eficaz com os profissionais de saúde, este modelo oferece um enquadramento robusto para o desenvolvimento da autonomia na gestão da saúde. Em casais idosos, a autogestão implica uma reorganização das rotinas, estilos de vida saudáveis e suporte emocional mútuo (Bastos et al., 2021)).

No contexto da Enfermagem de Saúde Familiar, a promoção da autogestão constitui uma competência central, especialmente em situações de fragilidade e dependência progressiva, como sucede em casais idosos com multimorbilidade. Nestes casos, o foco do enfermeiro deve ir além da prescrição de comportamentos saudáveis, envolvendo o par conjugal na identificação do que

é possível e significativo gerir, em função das suas prioridades, ritmos e contextos de vida (Mendes et al., 2021).

As principais dimensões da autogestão – gestão da medicação, promoção de hábitos saudáveis, planeamento conjunto das atividades e apoio emocional – articulam-se com os recursos identificados pelo MDAIF e são potencializados por modelos como o SBC, permitindo uma resposta integrada e adaptada às necessidades dos casais com comorbilidades (Sousa et al., 2021).

A literatura evidencia que programas estruturados de autogestão contribuem para melhorias significativas na qualidade de vida, redução de hospitalizações e aumento da adesão terapêutica (Lorig & Holman, 2003; Bastos et al., 2021). A autogestão na prevenção terciária visa capacitar as pessoas com doenças crónicas a gerirem ativamente a sua saúde, promovendo autonomia, qualidade de vida e redução da dependência de cuidados médicos frequentes.

Esta abordagem inclui educação, monitorização, apoio emocional e mudanças no estilo de vida. Vilar (2012) destaca que a autogestão vai além do regime terapêutico, abrangendo também dimensões emocionais e sociais, sendo fundamental o envolvimento ativo da pessoa e da família no processo de cuidados. O papel do enfermeiro é o de facilitador, treinador e parceiro, respeitando a experiência da pessoa e da família na convivência com a doença (Oliveira et al., 2022).

Assim, o presente enquadramento teórico evidencia que a gestão das comorbilidades deve assentar numa abordagem colaborativa e integrada, que combine os referenciais teóricos do MDAIF, do SBC e da Autogestão, valorizando a autonomia, o suporte mútuo e a capacitação contínua da família. O foco deve centrar-se não apenas na mitigação das limitações impostas pelas doenças, mas sobretudo na promoção de contextos de vida ajustados, significativos e facilitadores de envelhecimento ativo e com qualidade.

A ESF revela-se, assim, um elemento central na capacitação dos casais idosos, ao articular cuidados personalizados, apoio comunitário e promoção de redes formais e informais. A complexidade das suas necessidades exige uma atuação

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

contínua, centrada na especificidade relacional e nas dinâmicas familiares em transformação. Neste âmbito, o papel do EEECESF é estruturante, ao proporcionar cuidados centrados na família, ajustados às necessidades complexas e dinâmicas destes casais, promovendo a coesão familiar, o bem-estar e a autonomia.

3. O CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

O objetivo deste capítulo passa por descrever o local onde decorreram os Estágios Profissionais com relatório - Módulo I e Módulo II. Esta descrição é essencial para entender a escolha do tema e as atividades realizadas, que contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas do EEECESF.

3.1. Caracterização do Contexto Clínico

A evolução da medicina ao longo do século XX foi marcada por avanços científicos, tecnológicos e sociais que transformaram a prestação de cuidados de saúde. Como resposta às necessidades emergentes da população, assistiu-se à consolidação de novas disciplinas, entre as quais se destaca a Medicina Familiar, promotora de uma assistência centrada na pessoa, na família e na comunidade (Pisco & Pinto, 2020). Este processo marcou o abandono progressivo de um modelo assistencial centrado na estrutura hospitalar, substituído por um foco na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Antes da reforma de 2005 CSP em Portugal, o sistema de saúde apresentava limitações estruturais e operacionais significativas. Estas incluíam um modelo organizacional excessivamente centralizado, escassez de recursos humanos e técnicos, elevada procura dos serviços hospitalares, e insatisfação generalizada entre utentes e profissionais (Biscaia & Heleno, 2017). A necessidade de reformular os CSP tornou-se evidente, culminando numa profunda reestruturação orientada pela descentralização, autonomia e contratualização dos cuidados.

Com a reforma de 2005, os CSP foram reorganizados para assegurar maior proximidade, eficiência e foco nos utentes e famílias. Um dos marcos mais relevantes foi a criação das USF, equipas multiprofissionais autogeridas, com responsabilidade sobre grupos definidos de utentes. As USF promovem acessibilidade, continuidade e qualidade nos cuidados, favorecendo a contratualização, a inovação organizacional e a motivação das equipas (DL n.º 298/2007).

Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 28/2008 instituiu os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), consolidando a articulação entre unidades funcionais e reforçando a capacidade de resposta integrada nos cuidados de saúde. Mais recentemente, a criação da Direção Executiva do SNS (DE-SNS), em 2023, trouxe nova dinâmica à governação do sistema de saúde, promovendo a modernização e a integração entre os CSP e os Cuidados de Saúde Diferenciados (Relatório DE-SNS, 2024).

No seguimento dessa reorganização, a figura das Unidades Locais de Saúde (ULS) foi expandida a todo o território continental a partir de 2024, integrando os ACeS como estruturas com autonomia técnico-financeira na gestão de recursos, contratualização e planeamento (DL n.º 102/2023) e fomentando assim uma estratégia que reforça a articulação entre os CSP, secundários e terciários. A integração visa garantir maior coordenação assistencial e eficácia, com foco na promoção da saúde e prevenção da doença.

Paralelamente à reforma organizacional, a ESF ganhou visibilidade e reconhecimento no seio dos CSP. Com a consolidação do modelo centrado na família, a prática do Enfermeiro de Família (EF) tornou-se estratégica na resposta aos desafios da comunidade. A intervenção do EF baseia-se numa relação de proximidade com núcleos familiares, promovendo competências de autocuidado, adaptação às doenças e coesão familiar (M. H. Figueiredo, 2012).

A prática da ESF implica ações preventivas, educativas e de apoio ao longo do ciclo de vida, considerando a especificidade dos contextos sociais e culturais. O Decreto-Lei n.º 118/2014 formalizou o papel do EF nas equipas multiprofissionais, atribuindo-lhe a responsabilidade de prestar cuidados integrais e continuados às famílias, com foco na prevenção, promoção da saúde e gestão da doença.

As competências clínicas do EF estendem-se ao diagnóstico precoce, educação para a saúde, gestão de regimes terapêuticos e articulação interprofissional. Estas competências devem articular-se com os domínios éticos, técnicos e relacionais descritos no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, assegurando práticas seguras, reflexivas e centradas no utente.

Num contexto de envelhecimento populacional e aumento da prevalência de doenças crónicas, a intervenção centrada na família torna-se ainda mais relevante. O EF encontra-se numa posição privilegiada para apoiar os membros da família em processos de transição, perdas ou situações de vulnerabilidade, desempenhando um papel chave na promoção de saúde e na gestão integrada dos cuidados.

A OMS (2001) e a OE (DL nº 118/2014) reconhecem e sublinham a importância do EF enquanto promotor da saúde em parceria com a família e elemento estruturante das equipas de CSP. A proximidade com as famílias e o conhecimento aprofundado dos seus contextos permite ao EF intervir de forma oportuna, promovendo o empoderamento, a autonomia e a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo vital.

3.1.1. Descrição do Contexto da Prática Clínica

A USF onde decorreram os Estágios de Natureza Profissional (Módulos I e II) iniciou a sua atividade em março de 2007, prestando cuidados de saúde individuais e familiares. Com a integração na ULS, a sua área de influência corresponde, para todas as especialidades, aos dois concelhos circundantes, com freguesias essencialmente urbanas e com grande densidade populacional.

Nesta unidade, os utentes são inscritos numa lista organizada de uma equipa de saúde, considerando principalmente os agregados familiares, famílias com utentes grávidas, crianças até aos 2 anos de vida e utentes com multimorbilidades e/ou doença crónica.

A estrutura de governação é constituída por um Conselho Geral, que integra todos os profissionais da unidade, um Coordenador eleito trienalmente, e um Conselho Técnico, composto por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico, igualmente eleitos de três em três anos.

A equipa multiprofissional da USF integra oito médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar (com três internos de formação específica), oito enfermeiros (dois enfermeiros especialistas em Saúde Infantil, uma enfermeira

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área

de Enfermagem de Saúde Familiar

especialista em Saúde Materna, uma enfermeira especialista em Saúde Comunitária, sendo que os restantes quatro enfermeiros não têm especialidade). e seis secretários clínicos.

A unidade funciona em dias úteis, das 08h00 às 20h00. Fora deste horário, os utentes têm acesso ao Serviço de Atendimento Complementar e ao Serviço de Urgência da ULS. As instalações contam com 9 gabinetes médicos, 5 gabinetes de enfermagem, 2 salas de tratamento, secretaria, backoffice, sala de espera, sala de refeições, espaço infantil e instalações sanitárias para profissionais e utentes. Partilha com outras unidades do edifício uma sala de reuniões e o cantinho da amamentação.

Os recursos comunitários da unidade incluem parcerias com outras unidades funcionais, bem como articulação com as equipas de Cuidados na Comunidade (Saúde Escolar, Saúde Mental e Cuidados Continuados Integrados). O Centro de Diagnóstico Pneumológico assegura o acompanhamento dos casos de tuberculose da região, incluindo rastreio de conviventes e quimioprofilaxia.

A carteira básica de serviços da USF contempla os Programas Nacionais de Saúde (PNS), seguindo as orientações da DGS. Estes incluem os programas de Saúde Infantil e Juvenil, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Prevenção Oncológica, Saúde do Adulto, vigilância de utentes Diabéticos e Hipertensos, Saúde do Idoso, Programa Nacional de Vacinação, Visitação Domiciliária e Cuidados em Situação de Doença Aguda.

No âmbito dos PNS, a unidade disponibiliza uma variedade de consultas programadas e não programadas, presenciais e não presenciais. Estas consultas podem ser agendadas pelo utente ou seu representante, pessoalmente, por telefone ou pelo E-Agenda/Portal do Utente. Para utentes necessitados de cuidados ou vigilância, e incapacitados para deslocação à USF, estão disponíveis consultas médicas e de enfermagem no seu domicílio.

Em termos de desempenho, obteve, em 2024, um Índice de Desempenho da Equipa (IDE) de 89,9%, acima da média nacional (79,4%), segundo dados do

Plano de Ação das Unidades Funcionais (PAUF) para o mesmo ano (Administração Central do Sistema de Saúde, 2023).

O Índice de Desempenho das Unidades (IDE) constitui uma ferramenta essencial para monitorizar e avaliar, nos últimos três anos, o desempenho das unidades funcionais dos CSP. A sua principal função é aferir níveis de eficiência, qualidade e cumprimento de metas, permitindo identificar áreas prioritárias de melhoria e orientar intervenções para um atendimento mais eficaz e centrado na população (Monteiro, 2020). Paralelamente, o PAUF assume-se como um instrumento estratégico de gestão, ao estabelecer objetivos, metas e estratégias concretas para a melhoria contínua da qualidade dos serviços, otimização dos recursos disponíveis e obtenção de melhores resultados em saúde (ibidem).

Neste contexto, os indicadores de desempenho assumem um papel central, ao refletirem a evolução das unidades funcionais ao longo do tempo e contribuírem para o cálculo do IDE, o qual se torna um referencial objetivo na avaliação do empenho das equipas e na orientação das práticas de melhoria contínua.

A contratualização, enquanto processo formal de gestão em saúde, estabelece compromissos entre as equipas dos CSP e a tutela — designadamente a ULS — no que respeita a metas assistenciais, indicadores de desempenho e recursos alocados. A metodologia por Unidades Ponderadas (UP) vem complementar este modelo, ao permitir uma estratificação da população com base em critérios como a idade, a presença de comorbilidades crónicas e a vulnerabilidade social, promovendo uma distribuição equitativa do trabalho e uma gestão mais racional dos recursos disponíveis (Almeida & Cotta, 2018). Este modelo contribui para cuidados mais personalizados, eficientes e orientados para as reais necessidades das comunidades.

O modelo de contratualização anual baseado no IDE reforça, assim, uma cultura de melhoria contínua nos CSP, através da definição de metas claras e mensuráveis, fomentando a responsabilização das equipas e a qualidade assistencial (MS, 2024).

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área

de Enfermagem de Saúde Familiar

Adicionalmente, destaca-se o papel do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) que constitui uma plataforma de apoio à gestão e à tomada de decisão, reunindo dados estruturados sobre o desempenho das unidades. Este instrumento reforça a missão das USF, centrada na promoção da saúde da população com foco na prevenção da doença, na acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados. A visão das USF valoriza a satisfação de utentes e profissionais, sustentando-se nos princípios da equidade, do respeito mútuo e do trabalho em equipa.

3.1.1.1. Perfil demográfico e epidemiológico

A USF serve uma população de 14299 utentes, que correspondem a 18.477,50 UP. A lista de utentes por cada equipa tem uma dimensão mínima de 1917 UP, que corresponde, em média, a 1550 utentes de uma lista padrão nacional (DL nº73/2017). Cada equipa (médico, enfermeiro e secretário clínico) presta cuidados a uma média de 1800 utentes (dados BI-CSP relativos a 12/02/2025).

A população inscrita apresenta um Índice de Dependência Total (IDT) de 50,47%, sendo que a dependência dos idosos (relação entre a população idosa e a população em idade ativa) é de 33,21% e a dos jovens (relação entre a população jovem e a população em idade ativa) é de 17,26% (Dados BI-CSP relativos a 12/03/2025), tal como mostra a Figura 1, abaixo assinalada.



Figura 1 - Pirâmide Etária e Distribuição dos Cidadãos Inscritos na USF

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

Data da verificação: 15 de março de 2025, com dados referentes a fevereiro de 2025.

Os dados apresentados dizem respeito à análise demográfica e socioeconómica da população inscrita na USF, recorrendo ao IDT como indicador. Este índice traduz a pressão exercida pelos grupos etariamente dependentes sobre a população em idade ativa. Na USF, observa-se que, por cada 100 pessoas em idade ativa, existem aproximadamente 50 indivíduos dependentes (jovens e idosos), dos quais 33,21% correspondem a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e 17,26% a jovens com menos de 15 anos. Em comparação, a nível nacional (PORDATA, 2024), o IDT apresentou um valor mais elevado, fixando-se nos 58,7%, com uma dependência de idosos de 38,6% e de jovens de 20,1%.

Tal diferença poderá refletir uma população com maior proporção de indivíduos em idade ativa, sugerindo um potencial produtivo mais elevado e menor pressão sobre os recursos sociais e económicos. Análises desta natureza assumem particular relevância no planeamento de políticas públicas, ao permitirem a alocação mais eficiente de recursos nos domínios da saúde, educação e emprego. Informações demográficas e socioeconómicas como estas são cruciais para fundamentar decisões estratégicas orientadas para o envelhecimento ativo, o suporte à população idosa e a criação de programas adaptados às necessidades dos jovens (PlanApp, 2022).

A análise da Figura 1 permite ainda destacar dois aspetos relevantes no perfil demográfico da população inscrita na USF. Em primeiro lugar, observa-se uma predominância da população feminina face à masculina, sendo que 49,8% das mulheres encontram-se em idade fértil. Esta proporção poderá estar associada a múltiplos determinantes demográficos, sociais e económicos, como padrões migratórios, oportunidades de emprego, características culturais da região ou condições locais de acesso a cuidados de saúde e apoio à maternidade. Estes fatores podem contribuir para a fixação de mulheres nessa faixa etária, o que constitui uma variável relevante para o planeamento de respostas ao nível da saúde reprodutiva, educação pré-escolar e serviços de apoio à família (Retrato Territorial Português, 2019).

Em segundo lugar, a estrutura da pirâmide etária apresenta uma morfologia em forma de pera, evidenciando um alargamento da base até aos 59 anos, seguido

de um estreitamento progressivo nas faixas etárias superiores. Esta configuração reflete transformações demográficas significativas, como a redução da taxa de natalidade e o aumento da esperança média de vida, fenómenos que caracterizam o processo de envelhecimento populacional, típico de países desenvolvidos ou em transição demográfica acentuada (Nossa, 2020). A este respeito, os dados do INE (2023) confirmam uma tendência nacional de envelhecimento, com impacto direto na formulação de políticas públicas e na organização social.

A comparação entre a pirâmide da USF e os dados nacionais permite constatar um alargamento gradual da população até aos 59 anos, sugerindo uma maior concentração de indivíduos em idade ativa. Esta situação constitui uma vantagem potencial para a sustentabilidade económica e para o suporte às populações dependentes, exigindo, no entanto, um planeamento estratégico robusto em áreas como o emprego, a formação profissional e as políticas sociais, de modo a potenciar uma contribuição ativa para a sociedade (INE, 2023).

Após os 59 anos, verifica-se um decréscimo da população inscrita, que poderá estar associado ao envelhecimento, à maior mortalidade nas faixas etárias avançadas ou mesmo à menor longevidade desta população específica. Apesar da proporção de dependência ser inferior à média nacional, qualquer alteração na dinâmica populacional poderá gerar pressões acrescidas nos sistemas de saúde, segurança social e educação. O planeamento estratégico é, por isso, essencial para garantir o equilíbrio entre recursos disponíveis e necessidades emergentes, evitando a sobrecarga da população economicamente ativa (PlanApp, 2022).

Adicionalmente, é de notar uma quebra na população entre os 29 e os 40 anos, particularmente do sexo masculino, que poderá refletir fenómenos migratórios, alterações de residência por motivos profissionais, académicos ou familiares, ou mesmo transferências de unidade de saúde.

Apesar da maior concentração de indivíduos em idade ativa observada na população inscrita na USF, importa não descurar a tendência de progressivo envelhecimento que caracteriza o panorama demográfico nacional. A relativa

juventude da população local poderá representar uma vantagem temporária em termos de sustentabilidade social e económica, mas insere-se num contexto mais vasto de envelhecimento estrutural da população portuguesa.

3.1.1.2. Caracterização da LUEC

A LUEC tem 1759 utentes e 787 famílias, o que corresponde a 2220 UP, segundo dados do BI-CSP e MIMUF®, em fevereiro de 2025. É constituída por 319 utentes com mais de 65 anos e 167 utentes com menos de 15 anos, estimando-se o Índice de Envelhecimento (IE) em 191,0 por cada 100 jovens, enquanto o IE da USF se situou em 193,0 por cada 100 jovens e o IE nacional (PORDATA, 2024) nos 192,4 idosos por cada 100 jovens. O Índice de Dependência dos Idosos calculou-se em 27,7%, enquanto o nacional apontou para os 38,6%, o local para os 36,1% (PORDATA, 2024) e o da USF para 33,21%.

A análise das morbilidades mais frequentes entre os utentes da LUEC permite identificar um padrão epidemiológico marcado pela elevada prevalência de condições crónicas e fatores de risco modificáveis. De acordo com os dados obtidos e ilustrados na Figura 2, verifica-se uma elevada carga de problemas relacionados com estilos de vida, os quais se associam a patologias metabólicas e cardiovasculares.

ICPC	Nº Ut.	Proporção
A98 - Manutenção de saúde/medicin...	594	37,03%
T83 - Excesso de peso	527	32,86%
A99 - Doença/condição de natureza/l...	334	20,82%
T93 - Alteração dos lípidos	315	19,64%
T82 - Obesidade	305	19,01%
P17 - Abuso do tabaco	292	18,20%
K86 - Hipertensão sem complicações	275	17,14%
W11 - Contraceção oral	259	16,15%
P74 - Distúrbio ansioso/estado de ans...	237	14,78%
R74 - Infecção respiratória superior a...	225	14,03%

Figura 2 - Top 10 das Doenças mais codificadas na LUEC

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

Data da verificação: 23 de março de 2025, com dados referentes a fevereiro de 2025.

É ainda de notar a relevância de categorias como hipertensão sem complicações (17,84%) e perturbações do foro psicológico, nomeadamente perturbações ansiosas ou do estado de ânimo (14,83%), o que alerta para a necessidade de uma abordagem integrada que considere simultaneamente os determinantes físicos, psicológicos e sociais da saúde.

A predominância de problemas ligados à gestão da terapêutica e vigilância clínica pode indicar uma população com elevada necessidade de acompanhamento clínico regular, com foco na gestão terapêutica e na vigilância do controlo de doenças crónicas. Isto sublinha a importância do papel da ESF na educação terapêutica, adesão à terapêutica, promoção de estilos de vida saudáveis e vigilância ativa das condições crónicas.

Neste contexto, cabe ao EF a responsabilidade de realizar uma gestão eficaz do regime terapêutico, assegurando não apenas o planeamento e a alocação adequada dos recursos, mas também o reforço do seu papel enquanto agente central na promoção da continuidade e qualidade dos cuidados. A adequada gestão terapêutica contribui para a obtenção de melhores resultados em saúde, promovendo uma abordagem personalizada, centrada na pessoa e na família, e sustentada em princípios de corresponsabilização e autonomia (Bastos, 2012). Este contributo é particularmente relevante para a sustentabilidade dos CSP, ao favorecer intervenções mais eficientes, integradas e ajustadas às reais necessidades da população.

Em termos de planeamento da intervenção, estes dados devem ainda orientar a atuação das equipas de saúde para estratégias de prevenção primária e secundária, reforçando programas de literacia em saúde, consultas de vigilância de fatores de risco e intervenções comunitárias de promoção da saúde mental em consonância com as orientações DGS (2023) e da OMS (2021).

A caracterização das morbilidades da população inscrita é efetuada através do registo de fatores de risco e doenças, utilizando a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2), desenvolvida pela Organização Mundial de Médicos de Família – WONCA, a qual permite organizar e codificar motivos de consulta, diagnósticos e procedimentos nos cuidados de saúde primários. De

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

acordo com o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2022), as principais causas de morte em Portugal continuam a ser as doenças cardiovasculares (incluindo excesso de peso, obesidade, diabetes, hipertensão e dislipidemia), os tumores malignos e as doenças respiratórias (como o abuso de tabaco e a asma), todas elas altamente relevantes para a prática de enfermagem.

Estas condições estão fortemente associadas ao risco de morte prematura e perda de qualidade de vida, sendo consideradas prioritárias no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas. O ODS 3 (subobjetivo 3.4), propõe que, até 2030, se reduza em um terço a mortalidade prematura causada por doenças não transmissíveis, através da prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e do bem-estar (BCSD PORTUGAL, 2022). Um dos principais indicadores é a taxa de mortalidade entre os 30 e os 70 anos por doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes e doenças respiratórias crónicas, com uma meta estabelecida de 9,3%.

Assim, a gestão terapêutica desempenhada pelo EF assume um papel essencial, promovendo maior adesão ao tratamento, redução de complicações e prevenção de hospitalizações. Esta abordagem contribui para o uso racional de medicamentos, minimiza custos e riscos e capacita a pessoa para a autogestão, estimulando decisões informadas. Além disso, a integração de cuidados e a articulação entre profissionais otimizam os recursos disponíveis e melhoram o desempenho do sistema de saúde (Pereira & Almeida, 2022).

Quanto aos fenómenos mais frequentes na LUEC, verificaram-se os inseridos no Figura 3 que, depois de analisados, concluiu-se que os primeiros sete estão diretamente relacionados com a gestão de comorbilidades.

Código CIPE	Métrica	Nº de Fenómenos 2023
Uso de Alcool	1A.1.1.2.2.1.3.1.2.	728
Uso de Tabaco	1A.1.1.2.2.1.3.1.1.	645
Hipertensão	1A.1.1.1.2.2.1.1.	221
Excesso de Peso	1A.1.1.1.4.2.2.	192
Metabolismo energético	1A.1.1.1.6.1.	33
Comportamento de Adesão	1A.1.1.2.2.1.1.9.1.	46
Gestão do Regime Terapêutico	1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5.	27
Gravidez	1A.1.1.1.15.3.	21
Uso de Contracetivos	1A.1.1.2.2.1.1.9.1.1.1.1.	21
Ferida	1A.1.1.1.10.3.6.	20

Figura 3 - Fenómenos de Enfermagem mais frequentes na LUEC

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

Data da verificação: 23 de março de 2025, com dados referentes a fevereiro de 2025.

Depois de lhes ser atribuído um juízo clínico e se transformarem em diagnósticos de enfermagem, os fenómenos auxiliam os enfermeiros na proposição de intervenções e avaliação de resultados obtidos. A sua abordagem permite explorar a experiência vivida pelos indivíduos e família, concentrando-se na relação enfermeiro-utente e buscando a compreensão das perceções, significados e emoções envolvidos nesse processo (C. L. Figueiredo, 2022).

A análise dos fenómenos de enfermagem mais frequentemente registados na LUEC, conforme ilustrado na Figura 3, evidencia a predominância de condições associadas à gestão de comorbilidades crónicas e fatores de risco modificáveis. Os sete primeiros fenómenos — uso de álcool, uso de tabaco, hipertensão, excesso de peso, metabolismo energético, comportamento de adesão e gestão do regime terapêutico — totalizam um número expressivo de registos e refletem diretamente os desafios atuais da prática de ESF no contexto dos CSP.

Esta distribuição demonstra uma forte presença de determinantes comportamentais e clínicos que exigem intervenção continuada por parte do EF, nomeadamente através da vigilância clínica, educação para a saúde, capacitação para a autogestão e gestão integrada do regime terapêutico. A elevada incidência de fenómenos relacionados com estilos de vida destaca a importância de estratégias personalizadas de mudança comportamental, centradas na pessoa e/ou família, e sustentadas em modelos de proximidade.

A presença dos fenómenos Gestão do Regime Terapêutico (GRT) e Comportamento de Adesão reforça o papel do EF enquanto facilitador da adesão à terapêutica e promotor do autocuidado, competências fundamentais na abordagem à doença crónica. Por sua vez, a codificação de fenómenos como “Gravidez” e “Uso de Contracetivos”, relembra a necessidade de continuidade dos cuidados em saúde sexual e reprodutiva, com especial atenção às mulheres em idade fértil.

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área

de Enfermagem de Saúde Familiar

Em síntese, os fenómenos registados refletem de forma clara os eixos prioritários da prática de ESF: promoção da saúde, prevenção da doença, gestão da cronicidade e apoio à tomada de decisão partilhada. Esta identificação sistemática, para além de refletir a realidade clínica, constitui uma base sólida para o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem centradas nas necessidades reais da população.

De acordo com os dados apresentados no Quadro 1, as intervenções de enfermagem mais prevalentes na LUEC evidenciam uma prática centrada na vigilância clínica, monitorização de parâmetros biométricos e avaliação de fatores de risco, refletindo a prevalência de doenças crónicas e condições associadas a estilos de vida modificáveis. Esta concentração de atividades aponta para uma atuação sistemática na monitorização do estado nutricional e cardiovascular, compatível com os diagnósticos previamente identificados e com o perfil epidemiológico da população inscrita. Adicionalmente, refletem a dimensão clínica da prática do EF, com foco na gestão da doença crónica, na prevenção de complicações e na capacitação da pessoa para o autocuidado.

Quadro 1 - Intervenções de Enfermagem mais frequentes na LUEC

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

Data da verificação: 23 de março de 2025, com dados referentes a fevereiro de 2025.

FAMÍLIAS COM CASAS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Intervenções de Enfermagem	Nº
Monitorizar peso corporal	235
Monitorizar tensão arterial	199
Monitorizar altura	194
Monitorizar índice de massa corporal	191
Monitorizar frequência cardíaca	146
Avaliar adesão à vacinação	133
Monitorizar uso de tabaco	107
Administrar vacina	93
Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil	85
Avaliar uso de álcool	80
Executar tratamento da ferida	70
Avaliar risco de diabetes tipo 2	70
Avaliar gestão do regime terapêutico	69
Avaliar diabetes	69

A elevada frequência de intervenções relacionadas com a avaliação da vacinação (133) e administração de vacinas (93) reforça o papel do enfermeiro de família na promoção da imunização e na vigilância do calendário vacinal, contribuindo para a prevenção de doenças transmissíveis ao longo do ciclo de vida. As intervenções dirigidas à saúde infantil e juvenil, como avaliar desenvolvimento infantil e juvenil (85 registos), bem como as relacionadas com comportamentos de risco — avaliar uso de álcool (80), avaliar uso de tabaco (107) — demonstram uma prática de enfermagem orientada para a prevenção e modificação de comportamentos de saúde, em linha com os princípios da promoção da saúde e com os ODS no que respeita à redução da carga de doença não transmissível (BCSD Portugal, 2022).

De forma global, os dados apresentados no Quadro 1 revelam uma prática de enfermagem abrangente, com equilíbrio entre ações preventivas, educativas e assistenciais, que respondem de forma direta aos fenómenos e diagnósticos identificados na LUEC. Esta coerência reforça a importância da padronização das intervenções com base em classificações internacionais (Bulechek et al., 2008), garantindo consistência, qualidade e continuidade dos cuidados prestados no âmbito dos CSP.

3.1.1.3. Análise das 63 Famílias (segundo o MDAIF)

Em conformidade com o plano de estágio, foi inicialmente selecionada uma amostra aleatória de 60 famílias, a partir do ficheiro do enfermeiro cooperante (EC). Contudo, o número final de famílias entrevistadas foi de 63, dado que três

agregados familiares adicionais, igualmente elegíveis, manifestaram espontaneamente disponibilidade para participar. As famílias foram previamente indicadas pelo EC e entrevistadas durante as consultas de enfermagem, mediante consentimento informado. Não foram definidos critérios específicos quanto à idade ou condição clínica. A caracterização destas famílias, com base na matriz operativa do MDAIF, constituiu um dos principais objetivos do Estágio de Natureza Profissional – Módulo I. Este tipo de amostragem, de natureza probabilística aleatória, permitiu garantir representatividade e minimizar enviesamentos.

Nesta amostragem do ficheiro do EC, consideraram-se itens da dimensão estrutural do MDAIF que procuraram identificar a composição da família, os vínculos existentes com outros subsistemas e sistemas mais amplos e ainda aspetos particulares do contexto ambiental que podem ser indicadores de riscos em saúde (M. H. Figueiredo, 2009). A colheita dos dados foi realizada recorrendo à entrevista familiar a um dos membros das famílias, sendo os dados tratados em Excel®. Foram avaliadas 63 famílias da LUEC e 163 indivíduos.

Verificou-se que a média de elementos por família foi de 2,5, valor coincidente com a média nacional e do concelho (PORDATA, 2021; INE, 2022). A média de idades situou-se nos 44,4 anos, com um desvio padrão de 23,9, abrangendo indivíduos entre um mês de vida e 90 anos, sendo que, a nível nacional, a média é de 46,8 anos (Eurostat, 2022). As faixas etárias predominantes foram os adultos e jovens adultos (52%), embora 30% dos indivíduos tenham 65 ou mais anos, confirmando uma tendência de envelhecimento.

Quanto ao sexo, 56% dos participantes eram do sexo feminino e 44% do masculino. A distribuição por sexo na amostra apresenta uma ligeira sobrerrepresentação feminina face aos dados nacionais (52,4% e 47,6%, respetivamente, segundo dados do INE, 2022), o que poderá estar relacionado com o envelhecimento da população e com o maior recurso das mulheres aos cuidados de saúde, particularmente nos CSP (DGS, 2023).

Em relação ao estado civil, 46% eram casados, 37% solteiros, 8% divorciados, 2% em união de facto e 7% viúvos. Neste aspeto, os dados obtidos mantêm-se

coerentes com os dados nacionais (Censos 2021, INE), com pequenas diferenças: maior proporção de casados e solteiros, sugerindo uma população em fases mais ativas do ciclo vital; menor prevalência de união de facto, possivelmente associada à menor formalização deste tipo de relação em faixas etárias mais elevadas ou a fatores socioculturais locais; e uma taxa de viuvez ligeiramente superior, embora possivelmente subestimada, tendo em conta que apenas 30% da amostra é composta por indivíduos com 65 ou mais anos.

Na tipologia familiar, 57% correspondiam a famílias nucleares, 16% unipessoais, 13% alargadas, 9% monoparentais (lideradas pela mulher em maior prevalência), 2% reconstituídas, 2% institucionalizadas e 1% em coabitação. Estes dados acompanham as tendências nacionais (INE, 2021), onde se observa o crescimento dos agregados unipessoais (24,8%) e monoparentais (18,5%), bem como a manutenção das famílias nucleares com filhos como grupo predominante (45,3%). Tais alterações apontam para uma reconfiguração da estrutura familiar portuguesa, cada vez mais marcada por uma diversidade de configurações familiares e redução do número médio de elementos por agregado (INE, 2021). Os agregados domésticos de uma só pessoa demonstram ainda uma tendência associada ao envelhecimento populacional, com predominância de indivíduos mais velhos e reformados, em linha com os fenómenos demográficos descritos (INE, 2021) e apontando para a necessidade de reconfigurar os modelos de apoio social e clínico.

Relativamente ao estado de saúde, 58% dos entrevistados não apresentavam patologias. Entre os restantes, as doenças cardiovasculares tiveram uma prevalência de 11%, seguidas pelas doenças metabólicas/cardiovasculares (8%), doenças metabólicas (7%), doenças respiratórias (6%) e depressão (4%). Com menor prevalência (1%) surgiram as doenças osteoarticulares e oncológicas. Destaca-se ainda que 3% dos indivíduos eram dependentes no autocuidado, sendo 66,6% do sexo feminino.

Estes dados refletem a crescente carga de doença crónica associada ao envelhecimento e ao perfil epidemiológico atual, salientando mais uma vez o papel do EF na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de

condições crônicas. Pan (2023) destaca a importância de acelerar programas de prevenção e controlo de doenças não transmissíveis (DCNT), com sistemas de saúde integrados entre os diferentes níveis de cuidados.

Na dimensão relacional, o subsistema mais prevalente foi o parental (37%), seguido do conjugal (24%), o filial (22%), o fraternal (11%) e, por fim, com 6%, as famílias unipessoais. Verificou-se ainda que 96% dos indivíduos não referiram necessidade de rede de apoio e que 54% das famílias tinham animal doméstico.

Quanto à classe social, avaliada pela Escala de *Graffar* Adaptada (Amaro, 2001), constatou-se uma distribuição maioritária pelas classes I, II e III: classe alta (24%), média alta (30%) e média (25%), seguidas da classe média baixa (18%) e classe baixa (3%). A avaliação da classe social oferece uma visão abrangente, crítica e exploratória das famílias, permitindo conhecer a complexidade das relações sociais e as desigualdades afetas ao sistema de classes. É determinada por fatores essencialmente económicos, educacionais e habitacionais que estruturam a posição das famílias na hierarquia social (M. H. Figueiredo, 2009).

O desenvolvimento das famílias, semelhante ao desenvolvimento dos indivíduos, é pautado por fases ou etapas ao longo do Ciclo Vital Familiar (CVF). Essa abordagem é bem exemplificada pelo modelo proposto por Evelyn Duvall (1977). Segundo este modelo, as famílias passam por diferentes fases, cada uma com suas próprias características, desafios e tarefas de desenvolvimento (Martins, 2018). O CVF descreve as diferentes fases que uma família passa desde a sua formação até ao envelhecimento, destacando as mudanças na composição familiar e as tarefas específicas de cada etapa, ajudando a entender como as famílias evoluem ao longo do tempo.

No que respeita a este item avaliativo das famílias, obtiveram-se os seguintes dados: no topo ficaram as famílias na etapa VIII (28%), que são famílias idosas, a lidar com a reforma, envelhecimento, questões de saúde e preparação para o final da vida. Depois, ficaram as famílias na etapa VI (17%), com filhos jovens adultos, prestes a sair ou a sair de casa. As famílias com filhos adolescentes (etapa V) ficaram em terceiro lugar com 14%, a gerir as mudanças e desafios desta fase e a eventual saída dos filhos de casa. Com 13% cada uma, as famílias

nas etapas III e IV, encontravam-se a lidar com crianças em idade pré-escolar e escolar, respetivamente. Nestas duas fases, as famílias encontram-se a experienciar a gestão de necessidades educativas e sociais de crianças pequenas. Com 8%, as famílias na etapa VII do CVF de Duvall encontravam-se a experienciar o ninho vazio, a vivenciar um possível cuidado aos pais idosos e a reavaliar metas de vida. Finalmente, com 7% (etapa II), as famílias que vivenciam o nascimento do primeiro filho e a adaptação a novas responsabilidades e tarefas parentais. Não foram avaliadas famílias na etapa I do CVF de Duvall.

3.2. Fundamentação da escolha do tema

A escolha do tema deste relatório surgiu da análise clínica e sociodemográfica da LUEC, no contexto do Estágio de Natureza Profissional – Módulo I. A caracterização efetuada permitiu identificar que 30,6% dos indivíduos avaliados tinham 65 ou mais anos e que 42% das famílias incluíam pelo menos um membro com doença crónica. Em 23,8% dos casos, tratava-se de casais com membros idosos com comorbilidades crónicas. Esta realidade, associada à predominância de famílias enquadradas na etapa VIII do CVF de Duvall, fundamentou a seleção do foco deste relatório.

No seguimento da análise realizada, a escolha recaiu sobre casais com mais de 70 anos, tendo em conta a tendência demográfica crescente para a longevidade e a prevalência de comorbilidades na população idosa inscrita na unidade. Após a triagem das 63 famílias avaliadas, 15 cumpriam os critérios definidos e, destas, quatro foram selecionadas pelo enfermeiro cooperante para avaliação e intervenção, mediante disponibilidade e viabilidade de acompanhamento no período de estágio.

Esta delimitação orientou o percurso metodológico do presente relatório, de natureza qualitativa, centrado na prática clínica supervisionada e na aquisição de competências especializadas em ESF, com base no MDAIF (M. H. Figueiredo, 2012). O processo de avaliação familiar seguiu os pressupostos da entrevista estruturada em consulta de enfermagem, com registo sistematizado

de dados, análise crítica e planeamento de intervenções centradas na pessoa e na família.

O presente trabalho tem como finalidade descrever e analisar o processo de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem de Saúde Familiar no acompanhamento de famílias compostas por casais idosos com comorbilidades crónicas. Para tal, procurou-se identificar os determinantes familiares e contextuais que influenciam a vivência da doença crónica em casais idosos, aplicar referenciais teóricos relevantes na prática clínica, desenvolver intervenções colaborativas centradas na autogestão familiar da doença crónica e refletir criticamente sobre o percurso formativo, à luz das orientações legais, pedagógicas e científicas do MECESF.

Neste enquadramento, definiu-se como objetivo geral:

– Desenvolver competências clínicas especializadas em ESF através da avaliação e intervenção junto de famílias com casais idosos com comorbilidades crónicas, promovendo a capacitação conjunta e individual dos seus membros para a gestão da doença, a funcionalidade familiar e o bem-estar, no contexto dos CSP.

Como objetivos específicos, estabeleceram-se os seguintes:

- Caracterizar o perfil das famílias com casais idosos com comorbilidades crónicas, com base na matriz operativa do MDAIF;
- Identificar subsistemas familiares, recursos e vulnerabilidades que influenciam a gestão da doença crónica, a funcionalidade familiar e o bem-estar, valorizando a individualidade de cada membro;
- Planear intervenções de enfermagem centradas na família e na promoção da autogestão, adaptadas às necessidades identificadas, com base no Modelo das Forças (Gottlieb, 2013) e no Modelo da Autogestão (Lorig & Holman, 2003);
- Implementar intervenções especializadas que promovam a autonomia, funcionalidade e qualidade de vida dos casais, articulando os recursos internos e externos da família;

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

**Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar**

- Avaliar o impacto das intervenções realizadas, evidenciando a consolidação de competências clínicas no domínio da ESF.

4. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA COMPONENTE CLÍNICA

As atividades foram elaboradas com o objetivo de desenvolver as competências previstas no Regulamento n.º 428/2018, focando no cuidado à família como unidade de cuidados e em cada um dos seus membros, além da liderança e colaboração nos processos de intervenção no contexto da ESF. Também abordaram competências comuns descritas no Regulamento n.º 140/2019 da OE, incluindo responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A prática clínica desenvolvida foi orientada pelos objetivos previamente definidos, centrados na consolidação de competências clínicas especializadas e na promoção de uma intervenção autónoma, ética e centrada na família como unidade de cuidados. Destacou-se o desenvolvimento de competências ao nível do acompanhamento de casais com membros idosos e com comorbilidades, tendo-se privilegiado uma abordagem integral e personalizada. Esta atuação encontra-se alinhada com o perfil de competências do EEECESF, conforme estabelecido no Regulamento n.º 428/2018 da OE.

A presente prática clínica foi orientada pelos objetivos delineados inicialmente, os quais visaram consolidar competências especializadas e promover uma atuação autónoma, ética e centrada na família como unidade de cuidados, nomeadamente nos casais com membros idosos com comorbilidades. Neste contexto, destaca-se o desenvolvimento de competências clínicas avançadas, traduzidas na prestação de cuidados integrais e personalizados ao longo do ciclo de vida e em todos os níveis de prevenção, conforme estipulado pelo Regulamento n.º 428 da OE (2018).

A aplicação dos modelos teóricos orientadores da prática, designadamente MDAIF (M. H. Figueiredo, 2012) e o Modelo das Forças de Gottlieb (Gottlieb, 2013), conferiu consistência científica às intervenções, permitindo uma abordagem holística, contextualizada e sensível à singularidade de cada família. Simultaneamente, foi promovida a análise do impacto da doença crónica na

díade conjugal, possibilitando a identificação de mecanismos de apoio mútuo, alterações nas dinâmicas relacionais e os desafios inerentes ao envelhecimento conjunto. A intervenção como enfermeiro especialista revelou-se fulcral na capacitação destas famílias, fomentando a sua autonomia, bem-estar e continuidade dos cuidados.

Adicionalmente, foi exercida liderança colaborativa em articulação com a equipa multidisciplinar, sustentada numa prática ética, responsável e orientada para a integração dos cuidados, consolidando o papel do enfermeiro especialista enquanto agente promotor da saúde familiar. A prática supervisionada permitiu, ainda, uma reflexão crítica sobre os contributos deste percurso para a consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEECESF, em consonância com a regulamentação vigente (Regulamentos 140/2019 e Regulamento 428/2018).

4.1. Prestação de cuidados à família como unidade de cuidados

Neste subcapítulo apresenta-se a prestação de cuidados no âmbito da ESF a famílias constituídas por casais idosos com doença crónica, considerando tanto a família como unidade de cuidados, como os seus membros individualmente. A intervenção do EEECESF deve ser pautada pela identificação das necessidades da família, tendo em conta as transições vivenciadas, bem como pela monitorização das respostas familiares e individuais. A prestação de cuidados fundamenta-se, assim, na utilização da melhor evidência científica disponível, garantindo intervenções efetivas e centradas na realidade vivida.

A relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a família constitui o alicerce da prática clínica, sendo orientada para a promoção do funcionamento familiar, da capacitação dos seus membros e da prevenção de complicações associadas às condições crónicas. Nesse sentido, cabe ao EEECESF adotar uma abordagem sensível ao contexto familiar e respeitadora da singularidade de cada membro, promovendo a saúde e o bem-estar em todas as dimensões.

Importa ainda destacar que a prática clínica do enfermeiro especialista deve estar sustentada em valores universais como a igualdade, responsabilidade,

liberdade e capacidade de escolha consciente, bem como em princípios como a verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e melhoria contínua (OE, 2021). A atuação ética e responsável é igualmente orientada pelos deveres deontológicos da profissão, respeitando os direitos, a dignidade e a autonomia dos utentes (OE, 2018). Esta autonomia técnico-científica é reconhecida pelo Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros.

Durante os estágios, a atuação clínica foi norteadada por estes princípios ético-deontológicos, nomeadamente a autonomia, a beneficência e a justiça, assegurando o respeito pelos direitos individuais e familiares (OE, 2021). A adaptação a diferentes contextos familiares permitiu adequar a intervenção às necessidades específicas de cada família ou indivíduo. A proteção da informação partilhada foi assegurada com rigor, garantindo a confidencialidade, o anonimato e a privacidade dos participantes. Na consulta inicial, foram esclarecidos os objetivos da entrevista e obtido o consentimento informado verbal, promovendo uma relação baseada na confiança e transparência.

A identificação dos elementos familiares foi codificada por letras, sendo os agregados identificados com nomes de estações do ano, em conformidade com os princípios de sigilo e ética profissional. A conduta do enfermeiro refletiu-se no compromisso com a competência técnica, responsabilidade, assiduidade e pontualidade, elementos essenciais à prática clínica especializada. Esta abordagem está alinhada com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, que orienta o exercício da profissão com base no respeito pelos direitos humanos, na integridade e na responsabilidade ética (OE, 2021).

Foram avaliadas e intervencionadas seis famílias, das quais duas não compareceram às primeiras entrevistas marcadas. As restantes quatro foram designadas com os nomes das estações do ano (Primavera, Verão, Outono e Inverno). A intervenção foi desenvolvida com base nas necessidades identificadas em cada uma, sendo a Família Inverno apresentada em maior detalhe neste relatório, pela sua riqueza relacional e por ter representado um caso exemplar no âmbito das dimensões analisadas e das estratégias de intervenção implementadas. As restantes três famílias estão descritas no Anexo

I, com a respetiva síntese dos ganhos em saúde incluída mais adiante neste relatório.

A caracterização da prestação de cuidados a cada família terá início com a apresentação das informações sobre o número de consultas realizadas e os membros familiares envolvidos. Posteriormente, proceder-se-á à descrição pormenorizada do processo de recolha de dados, incluindo as técnicas e os instrumentos utilizados, bem como a fundamentação clínica das decisões tomadas. Esta descrição contemplará aspetos como o tipo de estrutura familiar, a família extensa, os sistemas sociais mais amplos e a classe social.

Posteriormente, será realizada uma avaliação familiar baseada nas dimensões da matriz operativa do MDAIF (Estrutural, Desenvolvimento e Funcional), tendo em consideração as áreas de atenção que melhor atendem às necessidades das famílias. Em seguida, serão apresentados os diagnósticos identificados, as intervenções aplicadas quando pertinentes, os seus objetivos específicos e a análise dos resultados alcançados. Complementando a abordagem diagnóstica e interventiva, será ainda descrita a aplicação da EM, um instrumento que se mostrou muito útil na capacitação dos membros da família, promovendo uma comunicação empática, colaborativa e orientada para metas.

4.1.1. A Família Inverno

Í. e M. são membros de uma família nuclear, casados há 54 anos, têm dois filhos e dois netos. Vivem os dois na casa onde os pais de Í. criaram sete filhos. Reformaram toda a casa, sozinhos, dado que M. tem jeito para as obras e Í. gosta de ajudar. Venderam tudo o que tinham em seu nome e, presentemente, vivem sem grandes despesas que não sejam as do dia-a-dia. Com o valor que M. auferes das suas atuações como músico em casas de fado e outras coletividades, conseguem não tocar no dinheiro das respetivas reformas.

M. foi camionista de longo percurso (estrangeiro) durante 35 anos, pelo que foi Í. quem mais participou na educação dos filhos, ainda que M. tenha estado sempre presente pois vinha a casa todas as semanas. Tinham, nessa altura, uma relação boa, mas porque Í. era tolerante para com os comportamentos

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

agressivos verbais do marido que era pouco paciente. Depois da reforma, Í. trabalhou muito a relação porque ama o marido e porque é uma pessoa meiga e amorosa, como se autocaracteriza. Ele tornou-se então mais tolerante e agora têm uma relação calma, passando todo o seu tempo juntos. M. é brincalhão e irónico, mas no bom sentido, ainda que seja mais reservado do que a esposa. Esta diz fazer amigos em todo o lado e adorar conversar.

Tabela 1 - Perfil Sociodemográfico e Clínico da Família Inverno

Fonte: Dados fornecidos pelos próprios utentes no contexto da consulta de enfermagem e Sclínico®

Família Inverno	Membro 1	Membro 2
Idade	76	74
Profissão (Também antes da reforma)	Reformada Auxiliar ação educativa	Reformado Músico Camionista de longo percurso
Patologias Crónicas	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2 Hipertensão Arterial	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2 Doença Cardíaca Isquémica sem angina HBP
Medicação Crónica	Esomeprazole 20mg comp Nebivolol 5mg comp Sitagliptina 100mg comp Telmisartan+Hidroclorotiazida 80+25mg comp Ertugliflozina+Metformina (Segluromet) 2,5+1000mg comp Colecalciferol (Egostar) 22400 UI comp Pravastatina + Fenofibrato (Pravafenix) 40+160mg comp Naproxeno 500mg comp SOS	Ácido Acetilsalicílico + Atorvastatina + Ramipril Trinomia), 100mg+40mg+5mg Cáps Dapagliflozina (Edistride) 10 mg comp Bilastina 20 mg SOS Furosemida 40mg comp Metformina (Stagid) 700mg comp Espironolactona 25 mg comp Pantoprazole 40mg comp
Fumador(a) (S/N)	Não	Dos 18 até 36 anos
Consumo Bebidas Alcoólicas (S/N)	Não	Vinho tinto (182 gr álcool/semana)
Ocorrência de quedas nos últimos três meses (S/N)	Não	Não
Demonstra comportamento de adesão às consultas programadas	Sim	Sim

A Tabela 1 apresenta alguns dados sociodemográficos e clínicos da Família Inverno, composta por dois membros idosos reformados, com 76 e 74 anos, respetivamente. A Membro 1, Sra. Í, é uma ex-auxiliar de ação educativa e o Membro 2, Sr. M., um ex-camionista de longo percurso. Ambos apresentam múltiplas patologias crónicas, com especial destaque para a Diabetes *Mellitus* Tipo 2, comum a ambos, bem como hipertensão arterial (Sra. Í) e doença cardíaca isquémica sem angina e hiperplasia benigna da próstata (Sr. M.).

Do ponto de vista dos estilos de vida, o Sr. M. apresenta historial tabágico cessado aos 38 anos e refere consumo semanal de vinho tinto correspondente a cerca de 182g de álcool por semana (26gr por dia). Este valor ultrapassa o limite recomendado para indivíduos com patologia crónica, de acordo com as orientações da DGS (2014) que sugere uma ingestão inferior a 20g/dia em homens adultos, sendo ainda mais restritiva em caso de doença cardiovascular

e diabetes, devido ao risco acrescido de interações medicamentosas e eventos adversos.

Ambos os membros demonstraram comportamentos positivos no que respeita à adesão às consultas programadas, o que constitui um indicador favorável para a eficácia das intervenções de saúde planeadas. A presença simultânea de múltiplos fatores de risco e comorbilidades reforça a importância de uma abordagem centrada na família, com foco na promoção da autogestão, na capacitação individual e na articulação dos cuidados com base em evidência científica.

4.1.1.1. Dimensão Estrutural

Foram realizadas três consultas na USF, com os dois elementos do casal presentes e com uma duração variável, sempre superior a uma hora, utilizando a matriz operativa do MDAIF, a EFS e a EM. Para colheita de dados sobre a gestão das comorbilidades dos membros desta família foi utilizado o programa SClínico®.

Na primeira consulta foram construídos o Genograma (Figura 4) e Ecomapa (Figura 5) da família.

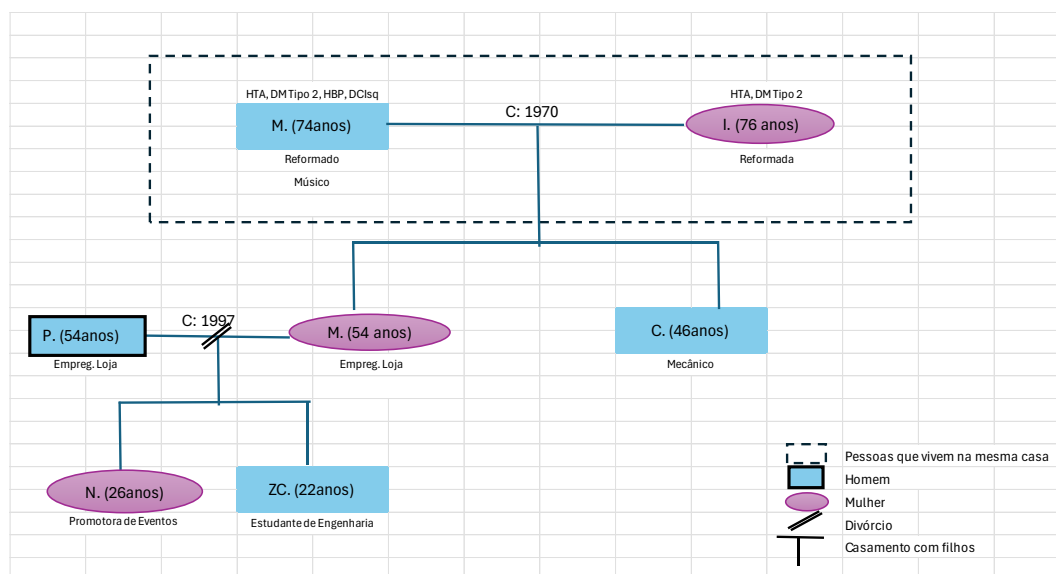


Figura 4 - Genograma da Família Inverno

A Figura 4 apresenta o genograma da Família Inverno, representação gráfica que permitiu identificar os elementos do agregado familiar e mapear três gerações, destacando não apenas os vínculos biológicos e conjugais, mas também a composição e dinâmica do núcleo coabitante.

O casal principal (M. e Í.) encontra-se na VIII etapa do CVF de Duvall (Duvall & Miller, 1985), correspondente à fase das Famílias Idosas. Ambos vivem juntos, reformados, e padecem das patologias crônicas assinaladas. O genograma revela ainda a existência de dois filhos adultos - M., sexo feminino, divorciada, com dois filhos, e C., solteiro, sem filhos - ambos fora do domicílio parental.

A leitura do genograma evidencia uma rede familiar que pode ser considerada um recurso de suporte, ainda que os elementos desta rede residam fora do domicílio do casal M. e Í. Essa informação é relevante para a avaliação da dimensão estrutural do MDAIF, uma vez que a localização e os papéis dos membros da família influenciam diretamente a capacidade de apoio e o funcionamento familiar.

Além das relações filiais, o genograma permite analisar o contexto conjugal dos descendentes e identificar eventuais fontes de tensão ou apoio (divórcios, famílias reconstituídas ou coabitação com filhos). O código de cores e símbolos utilizado está de acordo com a convenção proposta por Wright e Leahey (2009), facilitando a leitura clínica e a extração de dados relevantes para o planeamento de cuidados.

A construção do genograma constituiu um ponto de partida essencial para a formulação diagnóstica, permitindo identificar fatores protetores no sistema familiar, como a presença de vínculos afetivos positivos com a família extensa, bem como aspetos com potencial impacto no bem-estar dos utentes. Esta informação, recolhida durante a entrevista realizada com base na matriz operativa do MDAIF, serviu de base para a definição de intervenções centradas no reforço da rede de apoio e na promoção de estratégias de autogestão familiar.

O casal evidenciou, durante a entrevista, manter uma relação próxima e afetiva com a filha e os dois netos, com quem contactam diariamente por telefone. Foi

ainda referido que, semanalmente, realizam visitas recíprocas para partilha de refeições e momentos de convívio, o que constitui um importante fator de coesão familiar. A Sra. Í destacou a filha como a sua principal fonte de apoio emocional, descrevendo-a como sua confidente e conselheira, numa relação marcada por forte cumplicidade. Esta proximidade foi igualmente valorizada pelo Sr. M., que reconhece o papel estabilizador da filha no equilíbrio familiar.

Por outro lado, referiram que o relacionamento com o outro filho é mais reservado, com visitas ocasionais (frequência semanal) e contacto afetivo mais distante, fruto de um perfil mais reservado e independente, o que poderá limitar o envolvimento deste na prestação de apoio. Quanto ao ex-genro, pai dos netos, o casal indicou manter uma relação cordial, mas pouco frequente, sem expressão significativa na dinâmica familiar atual.

Esta configuração revela uma rede de suporte emocional estável, ainda que centrada predominantemente na figura da filha, o que poderá constituir tanto um fator de proteção como um potencial foco de sobrecarga, caso não exista partilha equilibrada de responsabilidades.

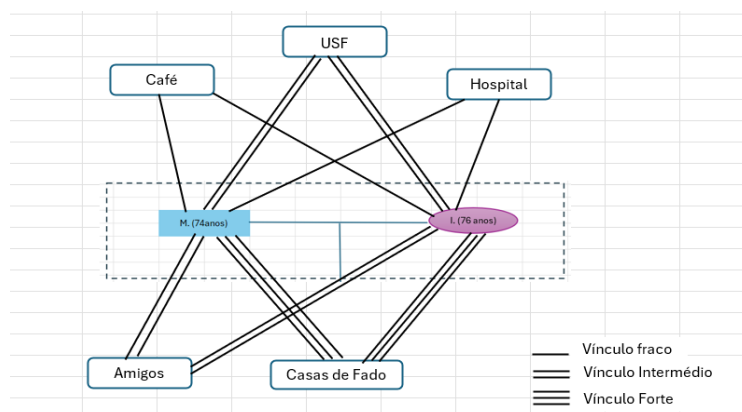


Figura 5 - Ecomapa da Família Inverno

A Figura 5 ilustra o Ecomapa da Família Inverno, representação gráfica que possibilitou identificar os principais recursos comunitários com os quais o casal interage, bem como a natureza e intensidade dos vínculos estabelecidos.

De acordo com os dados recolhidos na entrevista com base na matriz operativa do MDAIF, destaca-se um vínculo forte com as Casas de Fado, espaço de

pertença cultural e emocionalmente significativo, onde o Sr. M. participa ativamente como músico (guitarrista). Este dado revela-se um importante fator protetor, contribuindo para o bem-estar emocional, o reforço da identidade pessoal e a integração social.

Observa-se ainda a existência de vínculos fortes com amigos, tanto de longa data como de relações mais recentes, que se mantêm ativos e próximos, constituindo uma rede informal de suporte. O casal referiu também ligações com a USF e o hospital, classificadas como vínculos intermédios, reflexo da regularidade dos contactos e da sua perceção de utilidade dos serviços de saúde. Por fim, os vínculos com o café e outros espaços de lazer são tidos como mais fracos, embora relevantes para a manutenção da rotina social.

Este mapeamento permitiu evidenciar a existência de uma rede diversificada e funcional, com vários pontos de ancoragem fora do núcleo familiar, o que representa um aspeto favorável na avaliação da resiliência e dos recursos disponíveis. A natureza predominantemente informal dessa rede sublinha, contudo, a necessidade de reforçar e integrar essas ligações no plano de intervenção, assegurando que continuem a representar uma fonte de apoio estável e promotora da autogestão.

Com base nas pontuações obtidas na Escala de *Graffar* (16 pontos no total: 3 na categoria profissão, 4 na instrução, 3 na origem do rendimento familiar, 3 no tipo de habitação e 3 no local de residência), a Família Inverno é classificada como pertencente à classe média-alta. Esta classificação reflete uma situação habitacional estável (habitação própria) e um rendimento assegurado por pensões de reforma, complementado pelos rendimentos ocasionais obtidos pelo Sr. M. através da sua atividade como músico.

No que respeita ao rendimento familiar, ambos os elementos do casal são pensionistas, contando com rendimentos fixos mensais provenientes das respetivas reformas. No entanto, o principal sustento atual advém da atividade musical desempenhada pelo Sr. M., que complementa o orçamento familiar de forma significativa. O casal demonstrou competência na gestão dos seus recursos financeiros, privilegiando a poupança, com depósito regular das

reformas numa conta-poupança. Esta realidade sustentou a formulação do diagnóstico de Rendimento Familiar Não Insuficiente.

Relativamente ao Abastecimento de Água, foi referido o acesso a água canalizada da rede pública, sem restrições, o que permitiu estabelecer o diagnóstico de Abastecimento de Água adequado.

Dado que a atividade diagnóstica decorreu fora do contexto domiciliário, não foi possível recolher informação suficiente para a formulação de diagnósticos relativos aos focos Edifício Residencial e Precaução de Segurança.

4.1.1.2. Dimensão Desenvolvimento

De acordo com CVF de Duvall (Duvall & Miller, 1985), esta família encontra-se na oitava etapa, denominada Famílias Idosas, que corresponde ao período em que os pais estão reformados ou atravessam o processo de envelhecimento, enquanto os filhos já deixaram o lar para constituir as suas próprias famílias. Nesta fase, enfrentam-se desafios como a adaptação às mudanças físicas e emocionais decorrentes do envelhecimento, a reorganização dos papéis familiares, marcada por uma nova dinâmica com menos responsabilidades parentais e maior foco na relação conjugal e na vida pessoal, e a preservação de vínculos familiares, promovendo conexões saudáveis com filhos adultos e netos, enquanto se ajustam à autonomia destes (M. H. Figueiredo, 2023).

Na avaliação das áreas de atenção associadas à Dimensão Desenvolvimento, procedeu-se à análise da Satisfação Conjugal, por se tratar da única área pertinente à etapa do CVF em que a família se encontra — a oitava, correspondente às Famílias Idosas (Duvall & Miller, 1985). As restantes áreas, como Planeamento Familiar, Adaptação à Gravidez ou Papel Parental, não foram aplicáveis à realidade atual do casal.

Contudo, importa reconhecer que, mesmo não se enquadrando nos critérios formais de avaliação do foco Papel Parental, os idosos podem continuar a desempenhar funções parentais significativas. Esta parentalidade tardia expressa-se através do apoio emocional, da preservação de vínculos com filhos adultos, da transmissão de valores intergeracionais e da partilha de experiências

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área

de Enfermagem de Saúde Familiar

de vida, mantendo-se como um eixo relacional estruturante das dinâmicas familiares (Gui et al., 2024).

A recolha de dados foi conduzida segundo os pressupostos da EFS, recorrendo a perguntas circulares, reflexivas, comportamentais, lineares, de escala e estratégicas, de modo a aceder a múltiplas perspetivas dos membros do sistema familiar. Dada a elevada capacidade comunicativa do casal, muitos dos dados emergiram de forma espontânea, no decurso da conversa, permitindo identificar com naturalidade os aspetos mais relevantes para a formulação dos diagnósticos.

Os diagnósticos resultantes desta avaliação encontram-se sistematizados no Quadro 2, constituindo a base para a definição das intervenções dirigidas à promoção do bem-estar relacional e à adaptação funcional ao envelhecimento.

Quadro 2 - Foco Satisfação Conjugal na Família Inverno

SATISFAÇÃO CONJUGAL	
Resultado da Atividade Diagnóstica	Dados
Relação Dinâmica	
Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	O casal partilha tarefas domésticas sem regras fixas, com iniciativas espontâneas.
Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	Os cônjuges gostam da companhia um do outro e realizam diversas atividades em conjunto, como sair para restaurantes e dedicar-se a hobbies.
Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	Um dos membros gostaria de receber mais elogios e expressões verbais de carinho, enquanto o outro evita demonstrações explícitas.
Comunicação	
O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um	O casal dialoga sobre preocupações e desafios, demonstrando compreensão e apoio mútuo.
O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	Ambos discutem as diferenças de opinião sem conflitos maiores, chegando a acordos através do diálogo.
Satisfação com o padrão de comunicação do casal	O casal mantém comunicação aberta e transparente, sem segredos entre si, valorizando a troca de ideias.

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:**Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área****de Enfermagem de Saúde Familiar**

Interação Sexual	
Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	A intimidade é vivida de forma natural e respeitosa, adaptada às condições de saúde, sem imposições.
Conhecimento do casal sobre sexualidade	O casal reconhece que há diversas formas de expressar afeto, valorizando gestos de carinho além da relação física.
Função Sexual	
Existência de Disfunções Sexuais	Reconhecem mudanças relacionadas à saúde e medicação, impactando a frequência e disposição para a intimidade. Procuram alternativas para manter a proximidade emocional.
Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	O casal adapta a forma de vivenciar a intimidade, apostando no carinho e em manifestações afetivas diversas.

A análise do Quadro 2 evidencia uma abordagem compreensiva e multidimensional à satisfação conjugal, especialmente relevante em famílias com casais idosos e comorbilidades crônicas.

Durante a Entrevista Familiar Sistêmica, recorreu-se a perguntas reflexivas e circulares para explorar a dinâmica conjugal do casal Inverno. Quando questionados sobre a divisão das tarefas domésticas – “Como costumam organizar as tarefas da casa? Existe algum tipo de regra ou rotina definida?” – a D^a Í respondeu espontaneamente: “Cada um faz o que pode, sem precisar que o outro diga”. Esta resposta, integrada numa pergunta reflexiva, revelou uma partilha espontânea das responsabilidades, sem imposições ou hierarquias fixas, sugerindo um padrão relacional colaborativo e funcional. Para explorar o tempo de qualidade em casal, foi utilizada uma pergunta circular – “Se eu perguntasse à vossa filha como descreveria o tempo que vocês passam juntos, o que acha que ela diria?” –, ao que o Sr. M. respondeu: “Ela diria que estamos sempre juntos e gostamos disso. Vamos ao restaurante ou ouvimos música. Cada um tem os seus hobbies, mas também fazemos coisas juntos”. Esta interação demonstrou valorização do tempo partilhado e interesses comuns. No entanto, ao abordar a expressão emocional – “Sente que o outro demonstra o seu afeto da forma que precisa?” –, surgiu alguma assimetria: a Sra. Í afirmou: “Gostava que ele fosse mais carinhoso com palavras”, enquanto o Sr. M. reagiu com um sorriso contido, revelando desconforto. Esta discrepância, evidenciada por uma

pergunta reflexiva direta, indicou uma necessidade de alinhamento nas expectativas afetivas, reforçando a importância de intervenções futuras centradas na comunicação emocional.

De acordo com a investigação de Smith et al. (2022), a coesão conjugal em casais seniores está fortemente ligada à complementaridade relacional e à aceitação mútua, dois elementos-chave para a manutenção de uma relação satisfatória e adaptativa no contexto do envelhecimento. Esta pesquisa demonstrou que casais que desenvolvem papéis complementares — onde a expressão emocional, a tomada de decisões e o apoio mútuo se equilibram — apresentam níveis mais elevados de satisfação conjugal e menor incidência de conflitos. Estes achados corroboram a análise realizada na presente avaliação, na qual o casal evidenciou padrões relacionais saudáveis, mas também áreas vulneráveis que justificam intervenção clínica direcionada ao fortalecimento da comunicação afetiva.

Com base nos dados do Quadro 2, sobre a comunicação no casal da Família Inverno, realizou-se uma exploração diagnóstica através de perguntas circulares e reflexivas. A questão “Como costumam lidar com os desafios ou preocupações do dia a dia?” visou compreender o padrão de comunicação em momentos de tensão. Ambos os cônjuges responderam que “gostam de conversar calmamente sobre o que os preocupa” e que “procuram escutar-se com atenção”, evidenciando uma comunicação empática e de apoio mútuo. A utilização de perguntas reflexivas como “O que sentem quando percebem que o outro está em dificuldade?” permitiu observar uma sensibilidade mútua às necessidades emocionais do parceiro. Já a pergunta circular “Quem é habitualmente o primeiro a procurar o diálogo quando surgem opiniões diferentes?” trouxe à tona que ambos partilham essa iniciativa, procurando consensos através do diálogo, sem registo de conflitos maiores. Este dado sustenta um padrão de comunicação aberto e transparente, como reforçado na resposta à pergunta “Costumam guardar segredos um do outro?”, à qual responderam, com convicção, que “não existem segredos entre nós, tudo é conversado”. Estas respostas confirmam a existência de uma comunicação

funcional, promotora de coesão conjugal e capacidade adaptativa, fatores protetores no envelhecimento saudável em contexto familiar (Lima-Rodrigues et al., 2023).

No âmbito da avaliação da interação sexual, recorreu-se a perguntas reflexivas e lineares da EFS com o intuito de explorar percepções sobre intimidade e sexualidade no contexto do envelhecimento. A pergunta “Como descrevem a intimidade no vosso relacionamento atualmente?” gerou uma resposta serena e partilhada: “Vivemos a intimidade com naturalidade, respeitando os nossos limites e saúde. Nada é imposto”. Esta resposta revelou que a intimidade é vivida de forma natural e respeitosa, ajustada às condições de saúde e sem imposições, refletindo uma relação assente no respeito mútuo e na ausência de pressão — elementos reconhecidos como fundamentais para a vivência afetiva na velhice (Pocnet et al., 2023). Outra questão colocada foi “O que entendem por sexualidade nesta fase da vossa vida?”, permitindo aceder à compreensão alargada do casal sobre a temática. A Sra. Í. afirmou: “Não é só o físico, são os gestos, as palavras, a forma como nos cuidamos”. Esta resposta reforça uma visão integrativa da sexualidade, alinhada com os princípios da abordagem centrada na família, que reconhece diferentes formas de expressão afetiva como recursos protetores da saúde conjugal (Bennett & Brooke, 2022).

Para explorar a dimensão da função sexual, recorreu-se a perguntas reflexivas e comportamentais, ajustadas à fase do ciclo vital e ao contexto biopsicossocial do casal. A pergunta: “Sentem que a saúde ou a medicação têm influenciado a vossa intimidade de alguma forma?” permitiu identificar a percepção de alterações na frequência e disposição para a intimidade, relacionadas com fatores físicos e farmacológicos. O Sr. M. respondeu: “Com a medicação, nem sempre apetece”. Esta resposta, reforçada pela afirmação da Sra. Í. “E depois do enfarte dele, há seis anos, não gostamos de arriscar”, evidenciou a consciência das limitações impostas pela condição de saúde e a adoção deliberada de estratégias de adaptação, orientadas para a segurança e o bem-estar mútuo. Questionados sobre estratégias adotadas para manter a proximidade, foi utilizada uma pergunta circular do tipo: “O que acham que o outro valoriza mais nesses

momentos de intimidade?”, ao que ambos destacaram presença e carinho. Estes dados sustentam o diagnóstico de função sexual ajustada, assente na adaptabilidade e maturidade afetiva, coerente com os pressupostos do MDAIF, que valoriza os recursos internos das famílias e a sua capacidade de reorganização face às mudanças. A literatura recente destaca que a funcionalidade sexual na velhice pode manter-se através de uma redefinição da intimidade, integrando afetos e expressões não físicas como fontes de satisfação conjugal (Pocnet et al., 2023).

Em síntese, a avaliação da Dimensão Desenvolvimento evidencia uma vivência conjugal tendencialmente funcional, marcada pela partilha espontânea das tarefas domésticas, pela valorização do tempo partilhado e por uma comunicação assente na empatia e na transparência. No entanto, a satisfação conjugal encontra-se parcialmente comprometida pela assimetria na expressão de sentimentos, com um dos cônjuges a manifestar carência de demonstrações verbais de afeto. Esta vulnerabilidade relacional evidencia a pertinência de uma intervenção orientada para a comunicação emocional, promovendo o alinhamento das expectativas afetivas e o reforço da coesão conjugal. Tal abordagem é sustentada pelos pressupostos do MDAIF e da perspetiva centrada na família, sendo que a EFS se revelou um instrumento facilitador na coconstrução do plano terapêutico, a partir das dinâmicas concretas vivenciadas pelo casal. O fortalecimento desta coesão e da comunicação emocional é fundamental para promover a corresponsabilização e a colaboração mútua, elementos essenciais na autogestão eficaz da doença crónica no seio familiar.

Assim, foi formulado o diagnóstico de enfermagem Satisfação Conjugal Não Mantida, relacionado com a Relação Dinâmica disfuncional e manifestada pela Não Satisfação do Casal com a forma como cada um expressa os sentimentos.

4.1.1.3. Dimensão Funcional

No âmbito da avaliação da Dimensão Funcional, foi privilegiada a análise das estratégias de *coping* familiar, dada a sua relevância na adaptação a eventos significativos vividos pelo casal Inverno, como a separação da filha, as ausências

prolongadas do Sr. M. enquanto camionista e a insatisfação expressa pela Sra. Í. quanto à forma de expressão afetiva do cônjuge. Estes episódios permitiram observar a presença de um *coping* familiar positivo, refletido na capacidade de adaptação, solidariedade mútua e reorganização das rotinas, elementos centrais na funcionalidade familiar (Wright & Leahey, 2013).

A escolha por focar esta área — em detrimento de uma exploração mais detalhada do processo familiar, como preconizado pelo MDAIF — resultou de uma decisão metodológica sustentada pela necessidade de priorizar as áreas diretamente relacionadas com os objetivos terapêuticos estabelecidos. Esta abordagem encontra respaldo nos princípios do MDAIF, que preconiza a flexibilidade e a personalização da avaliação consoante a fase do ciclo vital e os contextos específicos de cada família (Silva et al., 2020).

A aplicação da Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* revelou uma pontuação de 180, situando a Família Inverno numa faixa de baixo risco para o desenvolvimento de problemas de saúde associados ao *stress*, conforme os parâmetros definidos pelos autores (Holmes & Rahe, 1967). Complementarmente, o Apgar Familiar de *Smilkstein* evidenciou percepções positivas por parte de ambos os cônjuges, os quais classificaram a sua família como altamente funcional. Estes resultados sugerem uma estrutura relacional sólida, com recursos internos que favorecem a adaptação a adversidades e a gestão conjunta das exigências do quotidiano (Smilkstein, 1978).

4.1.1.4. Autogestão: áreas prioritárias

Ainda no decurso da primeira consulta, procedeu-se à avaliação da Gestão e da Adesão ao Regime Terapêutico (ver Tabela 2), com o objetivo de identificar eventuais constrangimentos nesta área. Para tal, recorreu-se às funcionalidades disponibilizadas pela plataforma SClínico®, ficando a análise detalhada e a formulação dos diagnósticos de enfermagem para momento posterior, em virtude da extensão temporal da consulta inicial.

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Tabela 2 - Avaliação da Gestão e Adesão ao Regime Terapêutico na Família Inverno

Família Inverno		Sr. M.	Sra. Í
Programas de Saúde		Saúde da Família	
		- Programa Nacional Saúde das Pessoas Idosas - Programa Nacional para as Doenças Cerebro-CardioVasculares Risco-Cardiovascular - Programa Nacional da Diabetes	- Programa Nacional Saúde das Pessoas Idosas - Programa Nacional para as Doenças Cerebro-CardioVasculares Risco-Cardiovascular - Programa Nacional da Diabetes - Programa Nacional para as Doenças Cerebro-CardioVasculares Risco - Programa Nacional Hipertensão
Dados Clínicos		Peso= 63 kg Perímetro Abdominal: 88 cm TA= 138/74 mmHg Altura= 175 cm Índice de Massa Corporal (IMC) = 20,6 Kg/m ² Glicose: 204 mg/dl (pós-prandial) Frequência Cardíaca= 56 bpm Alcool – 182 gr álcool/semana Tabaco – Zero (Ex-fumador; Fumou 18-36 anos) RCV – 10% HGB A1c – 6,9 Barthel – 100% Risco úlcera Diabética – Baixo Escala de Morse – Baixo Risco Plano Nacional de Vacinação (PNV) - Atualizado	Peso= 70kg Perímetro Abdominal: 96 cm TA= 124/67 mmHg Altura= 152 cm IMC = 30,3 Kg/m ² Glicose: 174 mg/dl (pós-prandial) Frequência Cardíaca= 76 bpm Alcool – Zero Tabaco – Zero RCV – 5% HGB A1c – 6,7 Barthel – 100% Risco úlcera Diabética – Baixo Escala de Morse – Baixo Risco PNV - Atualizado
Objetivo		Monitorizar aceitação da doença, a gestão e a adesão ao regime terapêutico de cada membro da família.	
Aceitação do Estado de Saúde		Não Comprometido	Não Comprometido
Comportamento de Procura de Saúde		Demonstrado	Demonstrado
Potencial para melhorar a Capacidade		Demonstrado	Demonstrado
Potencial para melhorar o Conhecimento		Demonstrado	Demonstrado
Gestão do Regime Terapêutico	Capacidade para gerir Regime medicamentoso	Demonstrado	Demonstrado
	Capacidade para gerir Regime de Exercício	Demonstrado	Demonstrado
	Capacidade para gerir Regime Alimentar	Demonstrado	Demonstrado
	Conhecimento sobre Regime Medicamentoso	Demonstrado	Demonstrado
	Conhecimento sobre Regime de Exercício	Demonstrado	Demonstrado
	Conhecimento sobre Regime Alimentar	Demonstrado	Demonstrado
Adesão ao Regime Terapêutico	Segue o Regime medicamentoso recomendado	Sim	Sim
	Segue o Regime dietético recomendado	Não	Não
	Segue o Regime de exercício recomendado	Não	Não
	Conhecimento para promover comportamentos de adesão	Sim	Sim

A Tabela 2 permite verificar que ambos os elementos da família Inverno estão integrados nos programas de saúde adequados ao seu perfil clínico,

nomeadamente nos programas de saúde da pessoa idosa, prevenção cardiovascular, diabetes e hipertensão. Os dados clínicos demonstram monitorização eficaz e atualizada, com indicadores como IMC, perímetro abdominal e valores laboratoriais a serem registados e acompanhados. O objetivo geral definido — monitorizar a aceitação da doença e a gestão do regime terapêutico de cada membro da família — revela-se pertinente e alinhado com os princípios do MDAIF (2009) e do modelo das forças de Gottlieb (2013) que privilegiam a autonomia e a capacitação familiar.

A análise clínica da família Inverno evidencia áreas prioritárias de vigilância e intervenção. O Sr. M. apresenta um IMC dentro da normalidade, bem como valores tensionais adequados, constituindo fatores protetores no âmbito cardiovascular. No entanto, a hemoglobina glicada (HbA1c) de 6,9% e a glicemia pós-prandial elevada indicam a necessidade de reforçar a gestão da diabetes *mellitus*, prevenindo complicações a médio e longo prazo. Por sua vez, a Sra. Í. apresenta obesidade de grau I (IMC 34,1 kg/m²), associada a hiperglicemia (174 mg/dl) e a uma HbA1c de 6,7%, refletindo um controlo metabólico insuficiente e exigindo intervenções centradas na promoção de hábitos de vida saudáveis. Ambos os elementos do casal demonstram comportamentos promotores de saúde — como a ausência de consumo de tabaco e a adesão ao regime farmacológico —, revelando disponibilidade para o processo de mudança.

Contudo, a autogestão da doença crónica deverá ser fortalecida com recurso a estratégias educativas e motivacionais. Neste sentido, a intervenção deve apoiar-se no Modelo das Forças de Gottlieb, que enfatiza os recursos internos e a resiliência familiar, e no Modelo de Autogestão de Lorig (2003), que valoriza o papel ativo da pessoa na gestão da sua condição crónica, promovendo empoderamento, autonomia e corresponsabilidade no plano terapêutico.

Adicionalmente, a Tabela 2 evidencia que os dois cônjuges não apresentam comprometimento na aceitação do estado de saúde, demonstrando comportamento ativo na procura de saúde. No que respeita à GRT, foram identificadas competências satisfatórias em todas as dimensões avaliadas — conhecimento, capacidade — com adesão demonstrada em quase todos os

parâmetros. Destaca-se, contudo, uma ligeira assimetria na adesão ao regime terapêutico pela Sra. Í., especificamente na execução de recomendações dietéticas e de atividade física. O Sr. M. evidencia também dificuldades na adesão ao plano de exercício recomendado.

Estas dificuldades poderão estar relacionadas com aspetos motivacionais ou barreiras contextuais, sendo relevante aprofundar estas áreas. A análise integrada destes dados sustenta a formulação de diagnósticos que orientem a intervenção para o reforço da autogestão, fator crucial na promoção da saúde familiar em contexto de cronicidade (Silva et al., 2021).

Elencados os resultados obtidos através da avaliação dos dados incluídos na Tabela 2, foram formulados os diagnósticos incluídos no Quadro 3.

Quadro 3 - Diagnósticos relacionados com a Adesão e Gestão do Regime Terapêutico na Família Inverno

Sr. M.	• Obesidade (IMC=30,3); • Não adesão ao regime de exercício recomendado;
Sra. Í.	• Hiperglicemia (204 mg/dl pp); • Não adesão ao regime de exercício recomendado; • Não adesão ao regime alimentar recomendado.

O Sr. M. tem o PNV atualizado e realiza consulta de vigilância semestralmente. Na avaliação realizada na segunda consulta apresentava valores tensionais controlados (138/74mmhg), um IMC normal (20,6 kg/m²), mas uma glicemia pós-prandial acima dos valores normais, tendo a sua hemoglobina glicada sido de 6,9% nas últimas análises clínicas. Foi fumador durante 18 anos, mas não fuma desde os 36 anos, e bebidas alcoólicas consome apenas à refeição (182 gramas de álcool por semana). Mesmo nas saídas para as casas de fado não toca em álcool; só consome água. Independente em todas as atividades de vida diárias, não sofreu quedas nos últimos meses e apresenta um baixo risco de úlcera diabética (avaliação realizada pelo *Ipswich Touch Test – IpTT*).

No decurso da mesma avaliação, constatou-se que, embora tivesse conhecimento sobre o regime de exercício, não demonstrava uma capacidade sólida de autogestão nesse domínio, resultando na implementação irregular das

práticas recomendadas, uma vez que, apesar de ter um pequeno ginásio nos anexos da casa, pouco o utiliza. Relativamente ao regime medicamentoso, cumpre as orientações, com a colaboração da esposa.

Assim, identificaram-se como recursos e pontos fortes do Sr. M. os seguintes diagnósticos: adesão à vacinação demonstrada, sem hipertensão arterial, conhecimento sobre hipertensão arterial demonstrado, aceitação do estado de saúde demonstrada, conhecimento e capacidade para gerir o regime de exercício e alimentar, sem abuso de tabaco, sem abuso de álcool e comportamento de procura de saúde demonstrado.

Adicionalmente, foram identificados os seguintes diagnósticos para intervenção:

- Hiperglicemia;
- Não adesão ao regime de exercício recomendado

Considerando a Tabela 2, inferimos que a Sra.Í tem o seu PNV atualizado e realiza as suas consultas de vigilância semestralmente. Na consulta de avaliação apresentava tensões arteriais controladas (124/67mmhg), uma glicemia pós-prandial de 174 mg/dl, com uma hemoglobina glicada de 6,7% nas últimas análises clínicas, mas um IMC de 30,3 Kg/m², o que se traduz no diagnóstico de obesidade. Não fumadora e não consumidora de bebidas alcoólicas, diz que, entre ela e o marido chegam a beber seis litros de água em dois dias. Também independente em todas as atividades de vida diárias, não sofreu quedas nos últimos meses e apresenta um baixo risco de vir a desenvolver úlcera diabética (avaliação realizada pelo *Ipswich Touch Test* – IpTT).

Relativamente à gestão e adesão verificou-se igualmente que apresenta conhecimento sobre o regime de exercício, mas não o cumpre, também não fazendo uso do ginásio nos anexos da casa. “Fazíamos muita caminhada de manhã. Depois começamos a ter um grupinho para ir tomar o pequeno-almoço. Mas temos as máquinas no anexo: elítica, passadeira. Ele tem pesos, elásticos”.

Quanto ao regime alimentar, faz uma “asneirita ou outra... De vez em quando, abro o frigorífico e vou à marmelada. . .”. Diz conhecer as regras para cozinhar, que faz tudo a meio sal, comem muitos legumes e só esporadicamente colocam

batata na sopa. No entanto, os pequenos-almoços no café, com os amigos, são uma tentação e ela perde-se um pouco, ao contrário do marido, que é mais regrado nesse aspeto. Verifica-se então que, apesar de ter conhecimento sobre o regime alimentar, a Sra. Í não o cumpre.

Quanto ao regime medicamentoso, cumpre as orientações, com a colaboração do marido.

Identificaram-se assim pontos fortes e recursos na Sra. Í., estes baseados nos seguintes diagnósticos: adesão à vacinação demonstrada, sem hipertensão arterial, conhecimento sobre hipertensão arterial demonstrado, aceitação do estado de saúde demonstrado, conhecimento e capacidade para gerir o regime de exercício e alimentar, sem abuso de tabaco, sem abuso de álcool e comportamento de procura de saúde demonstrado.

Foram então identificados os seguintes diagnósticos para intervenção:

- Obesidade;
- Não adesão ao regime de exercício recomendado;
- Não adesão ao regime alimentar recomendado.

4.1.1.5. Intervenções de enfermagem

M. H. Figueiredo (2012) defende que a intervenção deve ser ajustada ao estágio de mudança em que a pessoa ou família se encontra, e que o ESF deve ser um facilitador da mudança, respeitando o ritmo, valores e contexto de cada família. No caso da Família Inverno, ambos os elementos encontravam-se na fase de contemplação da mudança comportamental, caracterizada por ambivalência: reconheciam a existência do problema, mas não demonstravam disponibilidade para agir no sentido da mudança. Esta etapa é considerada adequada para intervenções que explorem a ambivalência, clarifiquem valores e reforcem a motivação para a mudança, conforme proposto por Miller e Rollnick (2013) e adaptado ao contexto familiar por M. H. Figueiredo (2012).

4.1.1.5.1. Intervenções Individualizadas

A intervenção junto da Família Inverno foi orientada por um modelo de cuidado colaborativo, centrado na capacitação para a autogestão e fundamentado nos pressupostos do Modelo das Forças de Gottlieb (2013), do Modelo de Autogestão de Lorig (2003) e da Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2013). Foram identificadas necessidades prioritárias em quatro domínios: hiperglicemia (Sr. M.), obesidade (Sra. Í.), e não adesão ao regime alimentar e de exercício físico em ambos os cônjuges.

A fase de intervenção iniciou-se com a aplicação de uma pergunta de escala: “Numa escala de 0 a 10, quão importante é para si o controlo dos fatores de risco associados à sua saúde?”. Ambos atribuíram um valor de 9, salientando: “De vez em quando temos de pecar, não é? Uma francesinha sabe tão bem...”, demonstrando elevada motivação, mas também alguma ambivalência. A partir desta resposta, foram conduzidas intervenções individualizadas.

Intervenção com o Sr. M. — Promoção da literacia alimentar e gestão da hiperglicemia

Com base no PNPAS (DGS, 2020), desenvolveu-se uma sessão educativa sobre leitura de rótulos alimentares, promovendo a autonomia do utente na escolha de produtos com menos de 5g de açúcar por 100g. Durante a EM, à pergunta “Como se sentiria ao fazer escolhas alimentares mais informadas e saudáveis?”, respondeu: “Sentia-me mais seguro, acho que evitava alguns erros que tenho feito”, evidenciando motivação intrínseca. Reconheceu, no entanto, dificuldades interpretativas: “Às vezes baralha... é mesmo saber o que é bom ou mau”, apontando a necessidade de estratégias visuais e práticas para melhorar a compreensão.

Foi também explorado o impacto do consumo de açúcares na variação glicémica, utilizando perguntas como “Quais são as dificuldades que encontra ao tentar reduzir alimentos processados e bebidas açucaradas?”. O utente referiu: “O hábito de comer bolachas ao lanche” e “a vontade de beber sumos quando está calor”. Enfatizou ainda a utilidade de intervenções simples: *“Com ajuda e sugestões simples, talvez consiga fazer melhores escolhas no dia a dia”*. Esta resposta revelou disposição para colaborar na construção de um plano alimentar

adaptado à sua realidade, em consonância com os princípios da autogestão e do empoderamento.

Intervenção com a Sra. Í. — Alimentação ajustada ao perfil metabólico e gestão ponderal

A intervenção centrou-se na promoção de uma alimentação equilibrada, com foco na redução do consumo de alimentos calóricos e na introdução de vegetais, leguminosas e cereais integrais. À pergunta “Quão importante é para si ter uma alimentação equilibrada?”, respondeu: “É fundamental, sobretudo para controlar a diabetes”. Apontou como principal obstáculo os “bolos ao pequeno-almoço”, mas mostrou abertura à mudança: “Quero emagrecer um pouco, pensar melhor – e não ter tanta fome a meio do dia”.

Com o objetivo de facilitar o planeamento alimentar, foi proposta a elaboração conjunta de um menu semanal e lista de compras, estratégias valorizadas pela utente: “Seria uma ajuda. Às vezes fico sem ideias e acabo por repetir”. Esta abordagem, baseada nos princípios de Gottlieb, permitiu uma intervenção personalizada e sustentável, reforçada pela utilização de ferramentas educativas práticas e alinhadas com o contexto socioeconómico da família.

Outra área de intervenção com a Sra. Í. foi a autorregulação das porções. Questionada sobre “como se sente em relação à quantidade de comida que costuma colocar no prato?”, respondeu: “Às vezes acho que é demais, especialmente quando o prato está mesmo cheio”. Referiu já utilizar medidas visuais como a palma da mão ou colheres para controlar porções, estratégias que considera úteis: “Isto ajuda a não exagerar e a manter o peso mais estável”.

No âmbito da alimentação consciente, a utente reconheceu dificuldades em distinguir fome física de comer por hábito: “Às vezes tenho vontade de comer mesmo sem fome, especialmente quando estou nervosa”. Identificou sinais de saciedade e expressou o desejo de tornar as refeições “mais conscientes, prazerosas e alinhadas com as necessidades”. Como resposta a esta vulnerabilidade, procedeu-se à referenciação para a consulta de Nutrição, fortalecendo o acompanhamento e o suporte interdisciplinar.

4.1.1.5.2. Intervenções centradas na Família

Com o objetivo de reforçar o apoio emocional e a coesão conjugal, foram planeadas intervenções conjuntas mediadas pelo enfermeiro, centradas na promoção de mudanças sustentáveis no estilo de vida do casal. Entre as estratégias definidas destacaram-se a realização de refeições em conjunto, com envolvimento ativo de ambos na escolha dos alimentos e confeção, a redução gradual da compra e consumo de pão, caminhadas diárias como atividade partilhada, a criação de um espaço de comunicação aberta sobre as dificuldades sentidas, a elaboração conjunta de um menu semanal e respetiva lista de compras, a adoção de medidas práticas para controlo das porções alimentares (como o uso da palma da mão), o reforço do comer consciente com atenção aos sinais de fome e saciedade, e a valorização de pequenas conquistas com reforço positivo contínuo.

Segundo o PNPAS (DGS, 2020), os hábitos alimentares inadequados e a obesidade são dois dos principais fatores que contribuem para a redução dos anos de vida saudável da população portuguesa, representando, respetivamente, 8,3% e 7,5% do total de mortes em Portugal em 2021. Este plano nacional visa capacitar os cidadãos para tomarem decisões informadas sobre alimentação e práticas culinárias saudáveis, promovendo escolhas equilibradas e incentivando os serviços de saúde a oferecer respostas eficazes, controlar doenças crónicas associadas a hábitos inadequados e garantir acesso a cuidados nutricionais de qualidade.

No âmbito da prática de exercício físico, foi promovida a exploração da ambivalência e da resistência à mudança através de questões abertas e evocativas, como: “O que mudou na vossa rotina que fez com que as caminhadas deixassem de fazer parte do vosso dia a dia?” A utente respondeu que “foi a falta de motivação”, enquanto o seu companheiro referiu que “com o tempo frio e os dias mais curtos, fomos adiando e acabou por se perder o hábito”. Perante a pergunta “O que tornava as caminhadas importantes para vocês na altura em que as faziam com regularidade?”, ambos reconheceram que “era um

momento de partilha e bem-estar”, e que “ajudava a aliviar o stress e a manter a saúde física”.

Esta tomada de consciência revelou-se um ponto de partida fundamental para o reforço da motivação e definição de estratégias realistas de retoma da atividade física. Para explorar a dissonância entre o discurso e o comportamento atual, foram colocadas novas questões: “O que vos tem impedido de aproveitar mais o vosso ginásio, sendo um espaço que reconhecem como útil e que já valorizaram?” A utente referiu que “está ali, mas acabamos por não usar, talvez por comodismo”, enquanto o companheiro acrescentou que “às vezes parece que falta aquele empurrão para começar”. Quando questionados sobre “O que vos ajudaria a tirar mais partido do vosso ginásio?”, ambos concordaram que “ter um horário definido e comprometer-se mutuamente” seria uma boa estratégia. À pergunta “Como se sentem em relação à possibilidade de reservarem um tempo diário para usarem o ginásio em casa?”, mostraram-se recetivos, afirmando que “Trinta minutos por dia é possível, se nos organizarmos melhor”.

Para fomentar ainda mais a realização de atividade física, foi-lhes perguntado se gostariam de se juntar ao projeto “Mexam esses anos”, uma iniciativa da instituição que reúne idosos com mais de 65 anos para a prática controlada de exercício físico. A questão exploratória foi: “Estariam interessados em participar numa atividade que promove exercício físico em grupo?” Ambos demonstraram entusiasmo, dizendo que “parece uma boa forma de voltar à rotina de exercício, com apoio e companhia”. Foram então referenciados para o fisioterapeuta da Unidade de Cuidados na Comunidade responsável pelo projeto.

Como recurso educativo, foi apresentado o documento “Recomendações da OMS para a atividade física e comportamento sedentário” (DGS, 2018), promovendo a literacia em saúde e ajudando-os a identificar benefícios relevantes e estabelecer metas realistas. Mostraram-se recetivos à informação, reconhecendo que “precisamos mesmo de mexer mais” e que “é importante manter a força e a autonomia”. A OMS (2020) recomenda que idosos com doenças crónicas mantenham uma rotina de atividade física regular, ajustada às

suas condições individuais, para preservar a força muscular, reduzir o risco de quedas e minimizar comportamentos sedentários.

Este plano de ação foi estruturado para promover mudanças comportamentais positivas, sem imposição ou pressão. Os instrumentos e estratégias motivacionais utilizados revelaram-se adequados para trabalhar com a família, facilitando a identificação de recursos pessoais e coletivos e promovendo a adesão a hábitos mais saudáveis. Peixoto et al. (2015) destacam que intervenções ajustadas às necessidades individuais influenciam diretamente a progressão dos indivíduos no processo de mudança, reforçando a importância da motivação e da qualidade adaptativa para o sucesso terapêutico. A gestão e adesão ao regime terapêutico são cruciais para alcançar as metas planejadas, sendo a adesão entendida como a concordância do comportamento do indivíduo com os objetivos, planos e recomendações do tratamento (Ley & Putz, 2024).

A utilização das Forças de Gottlieb (2013) na GRT reforça uma abordagem centrada nas capacidades e recursos individuais e familiares, promovendo empoderamento, autoeficácia e esperança. Este modelo valoriza a colaboração entre profissionais de saúde e utentes, respeitando crenças, valores e contexto único de cada pessoa/família. Encarnação (2021) sublinha a persistência do modelo biomédico tradicional, que muitas vezes ignora a singularidade do indivíduo, focando-se nos défices e rotulando pessoas segundo as suas disfunções. O SBC, por sua vez, promove uma relação colaborativa enfermeiro-utentes, reconhecendo capacidades e fomentando soluções, o que melhora o ajustamento psicológico e a qualidade de vida.

A adoção de estratégias motivacionais centradas nos interesses e capacidades do casal — como a valorização do ginásio doméstico e o prazer nas caminhadas — exemplifica a aplicação prática desta abordagem, privilegiando recursos disponíveis e incentivando a autoeficácia e o envolvimento ativo no autocuidado. As intervenções motivacionais, suportadas no modelo dos 5Rs, facilitaram o reconhecimento da necessidade de modificar hábitos alimentares, baseando-se em evidências científicas e garantindo acompanhamento contínuo. Exemplos práticos incluem questões como “O que tornava as caminhadas importantes para

vocês?” (Relevância) e o reconhecimento positivo: “Quero dar-vos os parabéns pelos hábitos alimentares corretos que já têm...” (Reconhecimento), reforçando comportamentos como a utilização moderada de sal, o consumo frequente de legumes e a moderação na inclusão de batata na sopa.

Para o diagnóstico Satisfação Conjugal Não Mantida foi elaborado um plano de intervenção centrado na relação dinâmica disfuncional, manifestada pela não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos.

Como resultado desejado pretendeu-se que o casal fosse capaz de expressar os seus sentimentos e emoções, para com o outro. Estipularam-se as seguintes intervenções para responder ao diagnóstico formulado:

- Promover a comunicação expressiva de emoções;
- Promover a comunicação do casal;
- Planear rituais familiares;
- Motivar para atividades em conjunto.

Como atividades que concretizam as intervenções, foram realizadas as seguintes:

- Promoção da expressão aberta de sentimentos, através da facilitação da verbalização de emoções num contexto de escuta ativa, validação emocional e reformulação empática, promovendo a construção de significados partilhados e o fortalecimento dos vínculos relacionais.
- Criação de um ambiente seguro, onde a Sra. Í. se sentiu segura para partilhar emoções, sem medo de julgamento (o Sr. M. manteve-se reservado até ao fim, apesar do fantástico sentido de humor);
- Planeamento de atividades/rituais familiares regulares, como noites de jogos, passeios ou refeições em conjunto (a Sra. Í. sugeriu as caminhadas na praia);
- Promoção da criação de memórias positivas (incentivo à partilha de experiências significativas, como o registo fotográfico de momentos em

caminhadas, a planificação conjunta de saídas para locais com valor afetivo para ambos, a valorização de conquistas recentes);

- Definição de regras de comunicação claras (escuta ativa e evitar interrupções);
- Promoção de técnica de comunicação assertiva, garantindo que ambos se sentissem ouvidos e compreendidos e permitindo a expressão de necessidades e desejos de forma clara (exercício de *role-playing* – Técnica de inversão de papéis).

Quando os casais expressam as suas emoções de forma aberta e honesta, facilitam uma reaproximação emocional e física, diminuindo a sensação de sobrecarga e insatisfação no relacionamento e tendem a resolver conflitos de forma mais eficaz, fortalecendo o vínculo emocional (Sels et al., 2023). Nos casais idosos, este tipo de comunicação positiva pode ajudar a enfrentar desafios específicos desta fase da vida (Pantoja e Teles, 2020).

Na família Inverno, observa-se uma diferença marcada nos estilos de expressão emocional entre os elementos do casal. Í. mostra-se expressiva, afetuosa e recetiva ao contacto físico, ao passo que M. adota uma postura mais reservada, evitando manifestar abertamente o que sente, sobretudo em contextos públicos. Apesar desta reserva, M. reconhece que tal comportamento faz parte do seu feitio, descrevendo-se como bem-disposto e divertido, e clarificando que a ausência de expressão não significa ausência de sentimento. Importa sublinhar que não rejeita o contacto físico nem desvaloriza os gestos de afeto da esposa. Ainda assim, Í. verbaliza o desejo de que o marido fosse mais expressivo nas suas manifestações emocionais.

Assim, como atividade que concretiza a intervenção, recorri à técnica da Inversão de Papéis, uma abordagem que envolve a troca de lugares entre duas ou mais pessoas, para que possam melhor entender as perspetivas, sentimentos e emoções dos outros, ou seja ver a situação do ponto de vista do outro. Esta técnica, desenvolvida por Jacob Levy Moreno (1921) pode ajudar a promover a empatia, resolver conflitos e melhorar a comunicação.

O objetivo da utilização desta técnica seria primordialmente conseguir que o Sr. M. conseguisse expressar sentimentos e emoções de forma verbal à sua esposa, dados os resultados da atividade diagnóstica.

A atividade foi realizada com os elementos do casal posicionados frente a frente. Antes do início, foi-lhes explicada a técnica utilizada e o respetivo objetivo, tendo ambos manifestado compreensão. Contudo, desde os primeiros momentos, tornou-se evidente o desconforto do Sr. M., embora este, revelando uma atitude cordial e respeitosa, tenha permanecido no seu lugar e não expressado verbalmente qualquer objeção. Ainda assim, os seus sinais não verbais evidenciaram de forma clara o mal-estar face à atividade proposta. Ainda que ciente da dificuldade observada, manteve a convicção de que seria possível implementar a técnica com sucesso. Assim, prossegui com a sua aplicação, sustentada pela confiança nas suas potencialidades e nos pressupostos teóricos que a fundamentam.

No início da atividade, solicitei que cada um se apresentasse assumindo o papel do outro. De seguida, pedi-lhes que iniciassem uma conversa entre si. O Sr. M. abordou a situação com humor, imitando os gestos e a forma habitual de expressão da esposa, ao passo que ela respondeu assumindo o papel dele, usando uma ironia crítica e divertida. Intervim então, solicitando ao Sr. M., ainda na pele da esposa, que expressasse diretamente como se sentia em relação a ela. Neste momento, o Sr. M. evitou responder de forma direta, manifestando inquietação através de movimentos repetidos nas pernas e exibindo, por breves instantes, uma expressão de desconforto e sensação de encurralamento. Paralelamente, a esposa continuava a incentivá-lo a envolver-se na dinâmica, embora sem obter resposta.

Após algum tempo de interação, constatei a impossibilidade de alcançar com êxito os objetivos previamente definidos para a sessão, pelo que optei por interromper a técnica. O senhor M. recorria sistematicamente a estratégias de evasão, desviando-se das questões centrais e expandindo-se sobre temas alheios ao propósito do encontro. Paralelamente, manifestava, de forma subtil, a ideia de que o amor se expressa não apenas por meio da linguagem verbal, mas

também através de ações e gestos, posição com a qual a sua esposa se mostrava concordante. Ao ser questionado diretamente sobre o motivo de não verbalizar sentimentos como “amar” ou “gostar da esposa”, ou de não utilizar expressões de afeto, reagiu com uma pergunta retórica, insinuando que esse tipo de declaração seria característica de um impostor, justificando que “a maioria dos homens que o faz, é aquele que ‘lá fora’ tem outra”.

Finalmente, a Sra. Í., confessou algo que não tínhamos discutido na última consulta: o marido teve um crescimento complicado. O pai demonstrava comportamentos agressivos, tanto em relação à mãe como aos filhos, não tendo sido jamais observado a proferir palavras de afeto dirigidas à sua esposa ou aos descendentes.

“Ele é como foi educado, mas numa versão melhor, porque apesar de ser pouco tolerante a certas coisas, é um homem, marido e pai maravilhoso, que nada tem a ver com o seu próprio pai... Entendo a relutância dele em dizer estas coisas. E gostava, sim, que ele me dissesse, mas... como já viu... é como pedir a um gato que voe...”

A aplicação da técnica constituiu, para mim, uma vivência marcada por algum desconforto, decorrente do evidente constrangimento manifestado pelo Sr. M. Apesar disso, a postura encorajadora da Sra. Í. contribuiu para que a dinâmica se mantivesse em funcionamento, embora sem evidências claras de um envolvimento recíproco ou de uma construção conjunta do processo. Em determinados momentos, a atmosfera revelou-se tensa, o que dificultou a fluidez da interação e limitou o alcance da intervenção. O Sr. M., consciente dessa dinâmica, recorria pontualmente ao humor como estratégia de regulação emocional, utilizando pequenas interpelações cômicas com o intuito de suavizar o ambiente.

Jacob Levy Moreno (1889–1974), fundador do psicodrama e considerado um dos pioneiros da psicoterapia de grupo, desenvolveu um modelo terapêutico inovador baseado na ação, na espontaneidade e na dramatização das relações humanas. Uma das técnicas centrais da sua abordagem é a inversão de papéis, que permite ao protagonista colocar-se simbolicamente no lugar do outro, facilitando a percepção do ponto de vista alheio, bem como uma compreensão

mais profunda de si próprio e da relação que estabelece com os outros (Qicheng & Kan, 2024; Pio de Abreu, 1992).

Moreno (cit. por Gonçalves, 2001) expressa poeticamente o espírito da inversão de papéis: “Um encontro de dois: olhos nos olhos, face a face, arrancarei os teus olhos e colocá-los-ei no lugar dos meus; então ver-te-ei com os teus olhos e tu ver-me-ás com os meus”.

Este excerto exprime de forma metafórica o propósito terapêutico da inversão de papéis: o desenvolvimento da empatia, da capacidade de reconhecer o outro como diferente de si próprio e do autoconhecimento a partir da experiência emocional vivida.

Embora seja reconhecida pelo seu potencial transformador, a inversão de papéis pode gerar desconforto emocional, ao expor fragilidades e conteúdos internos que a pessoa pode evitar conscientemente. Entre os fatores que contribuem para este desconforto encontram-se a vulnerabilidade associada à exposição emocional, a revelação de aspetos pessoais difíceis de aceitar e o desafio de integrar a perspetiva do outro, sobretudo em contextos de conflito ou dor emocional (Orkibi & Feniger-Schaal, 2019; Maya et al., 2025).

Estas reações, ainda que desconfortáveis, fazem parte do processo terapêutico e, quando bem conduzidas, tornam-se oportunidades de crescimento emocional e relacional. A investigação recente confirma que a utilização adequada desta técnica, num contexto seguro e com mediação competente, pode fortalecer a empatia, promover o ajustamento psicológico e melhorar a comunicação interpessoal (Qicheng & Kan, 2024; Orkibi & Feniger-Schaal, 2019).

A literatura atual sobre psicodrama sublinha ainda a importância de uma atitude ética, compassiva e sensível por parte do terapeuta, garantindo que o ambiente favoreça a expressão emocional autêntica, sem julgamento, e respeitando o ritmo de cada participante. A inversão de papéis, quando realizada nestas condições, continua a ser uma das ferramentas mais eficazes do psicodrama para facilitar mudanças terapêuticas significativas.

4.2. Ganhos em Saúde

A avaliação dos ganhos em saúde nas quatro famílias intervencionadas foi realizada com base na observação clínica sistematizada durante as entrevistas, na evolução dos discursos e atitudes dos elementos familiares ao longo das sessões, e na identificação de diagnósticos familiares. A evidência de progresso foi considerada não apenas pela mudança de comportamentos, mas também pela emergência de consciência crítica, pela intencionalidade de mudança e pela mobilização das forças familiares, em coerência com os pressupostos do Modelo das Forças (Gottlieb, 2013) e do Modelo de Autogestão (Lorig & Holman, 2003).

Na Dimensão Estrutural, não foi possível formular diagnóstico nos focos Edifício Residencial e Prevenção de Segurança devido à ausência de visita domiciliária. Esta limitação foi compensada através de entrevistas presenciais detalhadas, da aplicação de técnicas de entrevista motivacional e da utilização de linguagem estruturada com base no MDAIF. Sempre que possível, as decisões clínicas foram trianguladas com a informação constante nos registos clínicos das famílias.

No entanto, os focos Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Presença de Animal Doméstico foram avaliados em 100% das famílias. Esta recolha de informação permitiu ajustar as orientações de saúde à realidade económica e logística de cada agregado, garantindo maior equidade na intervenção.

A caracterização da composição familiar, do tipo de família, da presença de família extensa e dos sistemas sociais mais amplos foi igualmente realizada em todas as famílias, permitindo compreender as dinâmicas relacionais e os recursos de apoio disponíveis. Esta leitura da rede familiar contribuiu para orientar estratégias focadas nas especificidades de cada núcleo, reforçando o papel ativo das famílias no processo de cuidados.

A Figura 6 sintetiza os ganhos em saúde observados por dimensão avaliada, destacando a abrangência e coerência das melhorias registadas.

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:
Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar

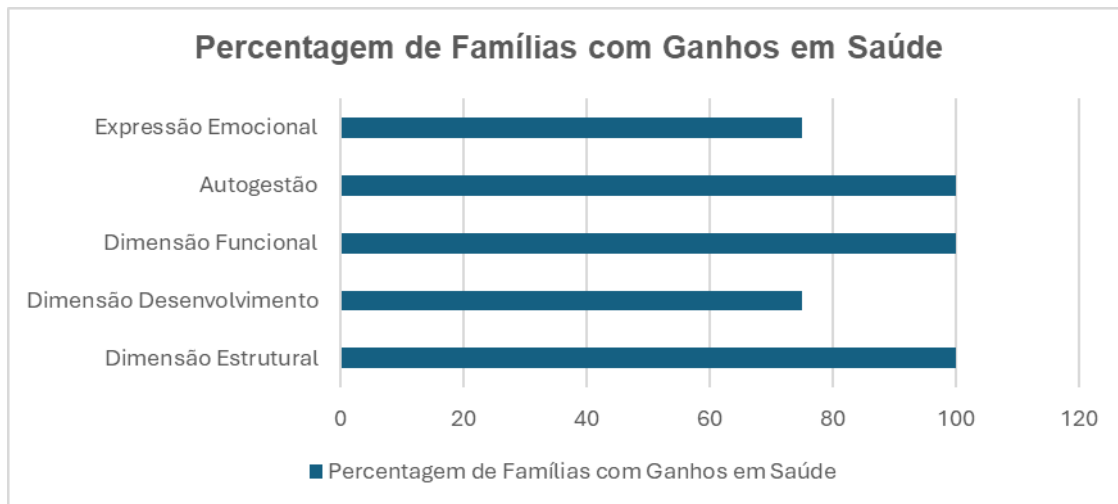


Figura 6 - Ganhos em saúde nas famílias intervencionadas, por dimensão avaliada (dados relativos às quatro famílias incluídas na intervenção clínica)

Na Dimensão de Desenvolvimento, emergiu um diagnóstico relevante na Dimensão Desenvolvimento em três das famílias, relacionado com a relação dinâmica disfuncional e manifestado pela não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos.

Trabalhar esta área foi um verdadeiro desafio dado que a expressão de sentimentos nos idosos desempenha um papel essencial no bem-estar emocional e na qualidade de vida. Esta problemática reflete padrões socioculturais enraizados, comuns nas gerações mais velhas, onde a contenção emocional era valorizada e a expressão afetiva muitas vezes desvalorizada (Dmello & Hussain, 2023; Grenier & Ojembe, 2021; Huang, 2024). A intervenção nesta área exigiu estratégias empáticas e culturalmente sensíveis, como o questionamento reflexivo, circular e de escala, o reforço das forças familiares e a criação de um espaço seguro para expressão emocional.

Foram mobilizadas diversas técnicas de entrevista — nomeadamente o questionamento linear, reflexivo, circular, estratégico e de escala —, associadas a elogio às forças familiares, reforço da literacia em saúde e estímulo ao apoio mútuo. Estas abordagens permitiram trabalhar a regulação emocional e promover a expressão afetiva como fator protetor da saúde relacional.

Durante as sessões, foram identificados momentos de reserva emocional, situações que foram geridas com respeito pelo ritmo individual, validando o silêncio como forma de expressão e criando um ambiente de segurança emocional. Foram privilegiadas perguntas indiretas, circulares e reflexivas, aliadas à escuta ativa e ao reforço positivo, o que permitiu promover gradualmente a confiança e a abertura ao longo do processo de intervenção. Esta abordagem, centrada na relação terapêutica, revelou-se fundamental para lidar com resistências e favorecer o envolvimento genuíno das famílias, ainda que, no caso da Família Inverno, se tenham mantido dificuldades significativas na expressão de sentimentos.

A Dimensão Funcional revelou-se estável em todas as famílias, com ausência de processos disfuncionais. Observou-se adesão às consultas programadas, integração em programas de vigilância e envolvimento ativo nas decisões de saúde, reforçando a competência familiar na gestão das situações crónicas.

Destaca-se a intervenção realizada com a Família Inverno, cuja seleção para descrição aprofundada neste relatório se justificou pela presença simultânea de múltiplas dimensões relevantes: desafios relacionais, doenças crónicas, estrutura intergeracional e potencial transformador. Esta foi, igualmente, a família onde se observaram ganhos mais expressivos na gestão do regime terapêutico e na literacia em saúde. Apesar da persistência de alguns comportamentos não aderentes, verificou-se um aumento da consciência crítica sobre os mesmos e um reforço do apoio mútuo entre os cônjuges. A utilização de ferramentas visuais, sessões educativas e estratégias motivacionais contribuiu para o desenvolvimento de competências de autogestão.

A análise retrospectiva dos ganhos em saúde, sintetizada na Tabela 3, evidencia melhorias consistentes nas quatro famílias acompanhadas, com base nas dimensões estruturais, de desenvolvimento e funcionais do MDAIF, bem como no domínio da autogestão. Verificou-se avaliação completa da dimensão estrutural, ausência de disfunção na dimensão funcional e evolução positiva na dimensão de desenvolvimento, especialmente no campo da comunicação afetiva

FAMÍLIAS COM CASAS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

e reorganização relacional. Em todas as famílias foram promovidas estratégias de autogestão, com respostas diferenciadas mas globalmente positivas, refletidas na apropriação das decisões terapêuticas, reforço da literacia e maior corresponsabilização.

Tabela 3 - Grelha retrospectiva de avaliação dos ganhos em saúde nas quatro famílias intervencionadas

FAMÍLIA	Dimensão Estrutural	Dimensão Desenvolvimento	Dimensão Funcional	Autogestão	Ganhos Observados
Primavera	✓	⚠ (Satisfação Conjugal Não mantida por Relação Dinâmica Disfuncional - não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos)	✓	✓ (boa gestão medicamentosa, dificuldades no exercício/alimentação)	Promoção da comunicação afetiva e reorganização parental
Verão	✓	✓ (satisfação conjugal mantida)	✓	✓ (dificuldades com alimentação e sedentarismo do Sr. F.)	Reconhecimento das dificuldades e envolvimento familiar ativo
Outono	✓	⚠ (Satisfação Conjugal Não mantida por Relação Dinâmica Disfuncional - não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos)	✓	✓ (intervenções educativas e personalizadas para promover adesão)	Abertura emocional, envolvimento positivo com estratégias propostas
Inverno	✓	⚠ (Satisfação Conjugal Não mantida por Relação Dinâmica Disfuncional - não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos)	✓	✓ (empoderamento e consciência crítica)	Empoderamento, corresponsabilização e reforço de literacia

Esta síntese confirma a eficácia das intervenções clínicas realizadas e sustenta a evidência de ganhos em saúde, mesmo em contexto de prática limitada.

Apesar de níveis de adesão distintos, todas as famílias demonstraram evolução no domínio da autogestão, refletida na apropriação das decisões terapêuticas, reforço da literacia em saúde, corresponsabilização e ativação de recursos internos.

A prática de ESF revelou, assim, o seu potencial transformador, ao promover cuidados centrados na família, humanizados e sustentáveis. Estes cuidados foram orientados por uma abordagem clínica que integrou a realidade de cada agregado familiar, promovendo a tomada de decisão partilhada e valorizando as capacidades existentes.

Neste contexto, o MDAIF (M. H. Figueiredo, 2012) constituiu a estrutura orientadora para a identificação dos focos de avaliação e organização da intervenção. O Modelo das Forças (Gottlieb, 2013) sustentou a relação terapêutica numa perspetiva de valorização e mobilização dos recursos internos da família. Já o Modelo da Autogestão (Lorig & Holman, 2003) fundamentou a promoção da corresponsabilização e da literacia em saúde como estratégias essenciais para a capacitação na gestão do processo de saúde-doença no quotidiano.

Deste modo, os ganhos em saúde identificados resultam de uma intervenção centrada na capacitação relacional, na clarificação de papéis e na ativação das forças familiares como eixo estruturante do cuidado.

4.3. Liderança e colaboração na ESF

O desenvolvimento da alínea b) do ponto 1. do artigo 3º do Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (nº428/2018 da OE) - Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar - envolveu uma articulação estratégica com outras equipas de saúde, garantindo a mobilização dos recursos necessários para a prestação de cuidados à família. Assim, o EEECESF deve garantir uma cultura organizacional

baseada na formação, na prática e na investigação interprofissional. Além disso, cabe-lhe criar e sustentar uma visão partilhada da ESF, abrangendo todos os níveis de prevenção, e promover a visibilidade do conhecimento nesta área através das tecnologias de informação e comunicação (OE, 2018).

Ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório-Módulo I e Módulo II, a abordagem interdisciplinar foi explorada, assegurando a referenciação dos membros das famílias conforme as necessidades identificadas. Inicialmente, foram realizadas consultas de enfermagem, nas quais os dados obtidos da avaliação familiar e individual foram registados no sistema informático SClínico®, tornando-se acessíveis à equipa de saúde familiar. Essa partilha de informação facilitou a colaboração entre diferentes profissionais, promovendo a discussão das necessidades das famílias e contribuindo para um atendimento mais coordenado.

No âmbito da referenciação, encaminhou-se uma pessoa para o médico de família, para avaliar a necessidade de confirmar um diagnóstico de hipertensão arterial. Paralelamente, incentivou-se a participação de todos os membros familiares no projeto “Mexam esses anos” e ainda uma utente que foi referenciada para o serviço da nutrição que presta apoio à USF.

Tendo como propósito o fortalecimento da cultura organizacional e dos pilares estruturantes de formação, prática e investigação, foram promovidas duas ações de formação em serviço dirigidas à equipa de enfermagem da USF. Esta iniciativa resultou de um processo colaborativo de auscultação das necessidades formativas e da manifestação de interesse por parte de alguns profissionais no SBC de Gottlieb (2013). A dinamização dessas formações evidenciou o exercício da competência de liderança e colaboração nos processos de intervenção em ESF, ao mobilizar saberes teóricos e práticos alinhados com os pressupostos da prática avançada e com o desenvolvimento contínuo das equipas.

A formação profissional contínua a desempenhar um papel fundamental na prestação de cuidados mais seguros, eficazes e centrados no utente. Estudos indicam que a atualização constante dos profissionais melhora a comunicação e a empatia na relação entre enfermeiros e utentes, promovendo um atendimento

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área

de Enfermagem de Saúde Familiar

mais acolhedor e personalizado (Proença et al., 2021). Além disso, a formação contínua contribui para a satisfação dos enfermeiros, aumentando a motivação e fortalecendo a prática baseada na melhor evidência disponível (Nishio & Kuratomi, 2024; Vásquez et al., 2021).

No contexto da liderança, a formação proporciona oportunidades de desenvolvimento de habilidades de gestão, comunicação e resolução de problemas, fundamentais para a coordenação eficiente de equipas. Além disso, facilita a adaptação a novos modelos de prestação de cuidados, incentivando práticas inovadoras e melhorando a qualidade dos serviços.

Ao investir na educação contínua, os enfermeiros tornam-se líderes informados e proativos, influenciando positivamente os processos e a eficácia do seu trabalho. O enfermeiro formador tem um papel determinante na identificação de oportunidades de crescimento, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os envolvidos. Esse fortalecimento da liderança possibilita que os enfermeiros enfrentem desafios com conhecimento e habilidades atualizados, elevando a qualidade dos cuidados prestados (Abreu et al., 2024).

Dessa forma, é essencial analisar e compreender a dinâmica do processo de formação realizado na USF durante o estágio. Para garantir que a formação seja um meio eficaz de desenvolvimento e não apenas um objetivo isolado, foram consideradas diversas etapas fundamentais. Como um procedimento sistémico, o processo formativo estruturou-se em quatro fases essenciais: Identificação das necessidades de formação, Planeamento, Implementação e Avaliação, assegurando que cada etapa contribísse para a melhoria contínua das práticas e da qualificação dos profissionais.

Quadro 4 - Cronograma de Atividades do Plano formativo

Cronograma do Planeamento da Formação				
Atividades	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Planeamento da Formação:				
Elaboração do Cronograma				
Diagnóstico de Situação:				
Elaboração do Instrumento de Diagnóstico				
Aplicação do Instrumento de Diagnóstico				
Análise dos Resultados				
Desenvolvimento da Formação:				
Plano da Sessão				
Elaboração da Folha de Participantes				
Elaboração da Apresentação dos Dados em ppt.				
Formação em Serviço no Local de Estágio:				
Apresentação				
Avaliação dos Resultados da Apresentação:				
Análise dos Resultados				

O diagnóstico de necessidades formativas é um processo essencial para identificar lacunas de conhecimento, competências e habilidades dos profissionais, permitindo o desenvolvimento de programas de formação alinhados com as exigências do setor e as necessidades individuais. Esse diagnóstico pode ser realizado de forma reativa, identificando dificuldades existentes, ou proativa, antecipando necessidades futuras para garantir uma adaptação eficaz às mudanças.

Este diagnóstico foi elaborado através de um questionário que foi enviado a todos os enfermeiros da USF (Anexo II). O mesmo visou identificar as necessidades formativas individuais de cada profissional da unidade, com o objetivo de planejar e adaptar a formação em serviço, no âmbito do mestrado e no âmbito do tema do projeto. O preenchimento demorou cerca de 10 minutos e para cada pergunta fechada, o profissional deveria selecionar a hipótese que entendesse correta para si e deveria responder às perguntas abertas com a sua opinião honesta e considerando a sua prática clínica como ESF. A primeira parte do questionário incidiu sobre a família, Saúde Familiar, MDAIF e experiência dos profissionais nestas áreas; a segunda consistia nos conceitos de prestação de cuidados ao casal, casal idoso e casal idoso com doença crônica e a terceira englobava questões de escala sobre a importância do MDAIF e da autogestão da doença crônica nos casais idosos.

Foi notória a insatisfação da equipa com a utilização do MDAIF. Apesar de todos estarem conscientes da existência do modelo, a ausência de monitorização da documentação e a inexistência de indicadores específicos para a ESF comprometem a visibilidade dos ganhos em saúde neste contexto.

Assim, depois de analisados os resultados do instrumento de diagnóstico de necessidades formativas (Anexo III), foram elaboradas as sessões formativas que se apresentam nos Anexos IV e V e cujo inquérito de satisfação se anexa (Anexo VI), com os respetivos resultados no Anexo VII.

Ao concluir este processo, constatei que a equipa demonstrou uma receção positiva às atividades formativas, porém revelou pouca predisposição para integrar o MDAIF nos seus planos de trabalho. Embora reconheçam que o

modelo é estruturado e abrangente, a sua implementação apresenta desafios significativos, exigindo um conhecimento aprofundado por parte dos enfermeiros e uma adaptação às particularidades de cada família. Essa adaptação requer tempo, um recurso escasso face ao elevado número de famílias atribuídas a cada enfermeiro.

Adicionalmente, a equipa salienta que o modelo pode não ser totalmente aplicável a todas as famílias, sobretudo àquelas que enfrentam dificuldades socioeconómicas relevantes, necessitando de ajustes na abordagem para assegurar uma intervenção eficaz e equitativa. Outro ponto crítico identificado foi a dificuldade na mensuração dos benefícios proporcionados pelo modelo, o que compromete a demonstração objetiva dos seus impactos tanto para as famílias como para os serviços de saúde.

Apesar dessas limitações, existe consenso entre os profissionais quanto ao valor do MDAIF na ESF, reconhecendo-o como uma ferramenta que contribui para uma prática mais estruturada e centrada na família, promovendo uma abordagem holística e integrada aos cuidados de enfermagem.

A formação sobre o Modelo SBC de Gottlieb foi recebida de forma igualmente positiva, sendo amplamente reconhecido o seu valor por enfatizar as forças da pessoa e da família, em vez de focar exclusivamente nas fragilidades ou problemas de saúde. Esta abordagem foi valorizada pelos enfermeiros de família por promover uma intervenção mais habilitada, fortalecendo a autonomia das famílias e incentivando mecanismos de resiliência.

Contudo, alguns profissionais mencionaram que a implementação prática do modelo pode enfrentar desafios importantes. Entre eles, destaca-se a necessidade de adaptação às diferentes realidades familiares. Além disso, a sua integração nos CSP exige alterações estruturais e organizacionais, garantindo que os enfermeiros tenham tempo e recursos adequados para operacionalizar esta abordagem de forma sustentável.

A avaliação das sessões formativas, apresentada no Anexo IX, evidenciou indicadores positivos de impacto, nomeadamente no que respeita à relevância dos conteúdos abordados e à eficácia pedagógica da intervenção realizada.

De entre os oito profissionais que responderam ao inquérito de satisfação, 87,5% consideraram que os objetivos foram integralmente cumpridos, e a totalidade referiu que as sessões corresponderam às expectativas. A maioria (87,5%) reconheceu a importância dos temas abordados, salientando a utilidade prática para a intervenção em ESF. No que respeita à aquisição de conhecimentos, 75% avaliaram positivamente este critério, repartidos entre “suficiente” (25%) e “bom” (50%).

O desempenho da formadora foi amplamente valorizado: 87,5% dos participantes reconheceram a clareza na apresentação dos objetivos, o domínio dos conteúdos e a capacidade de motivação. A qualidade dos suportes pedagógicos e a adequação da duração das sessões foram classificadas como “excelente” por 100% dos inquiridos.

Estes resultados evidenciam o contributo formativo como eixo complementar na consolidação de competências clínicas especializadas, promovendo a disseminação de práticas fundamentadas na equipa e reforçando o compromisso com a qualidade dos cuidados prestados no contexto dos CSP.

5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo dedica-se a uma análise crítica e reflexiva das experiências acumuladas durante o estágio em ESF, que foi fundamental para o desenvolvimento das competências estabelecidas nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018 da OE.

Este percurso representou uma oportunidade única de crescimento e aprimoramento contínuo, essencial para elevar a prática clínica a novos patamares. O texto reflete sobre os momentos em que a teoria foi efetivamente traduzida em prática clínica, destacando situações em que as intervenções resultaram em ganhos significativos na saúde familiar, mesmo em contextos complexos. Tais situações evidenciam as interações dinâmicas e, por vezes, imprevisíveis dos sistemas, que se adaptam constantemente, conforme os princípios da ciência da complexidade (Rusoja et al., 2018). Ao identificar e analisar esses momentos, torna-se possível compreender como eles podem ser replicados e aprimorados, tendo em conta que tanto o pensamento sistémico quanto a ciência da complexidade reconhecem a natureza dinâmica, interconectada e contextual da saúde.

Para facilitar a compreensão do impacto das ações e intervenções no desenvolvimento das competências, estas serão apresentadas na mesma ordem estabelecida pelo Regulamento n.º 428/2018 da OE. Salienta-se que estas ações contribuíram para um cuidado familiar mais abrangente e eficaz, promovendo a saúde e o bem-estar de forma integrada e baseada na evidência científica.

5.1. 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:

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

Durante o estágio, a gestão de situações complexas revelou-se uma constante, permitindo estabelecer uma articulação eficaz com as famílias através de uma disponibilidade contínua e uma abordagem sistémica. Esta prática visou

responder às necessidades específicas de cada família, dando especial atenção aos casais com membros idosos com comorbilidades crónicas.

Construir uma relação sólida com a família implicou criar um vínculo de confiança e estabelecer uma comunicação aberta, permitindo que, durante as entrevistas, todos os membros pudessem expressar as suas preocupações e necessidades. Tal processo viabilizou a identificação de fatores de risco, a avaliação dos recursos disponíveis e o reconhecimento dos desafios singulares de cada agregado familiar. Em conjunto, definiram-se objetivos de saúde que orientaram a implementação de ações preventivas e de promoção da saúde.

Esta colaboração permitiu a criação de planos de ação personalizados, destinados a prevenir doenças, gerir condições crónicas e controlar situações complexas de forma integrada. Assim, foi possível assegurar que as intervenções se alinhassem com as particularidades do contexto familiar, reforçando as capacidades de auto-organização e garantindo uma resposta coordenada e eficiente entre os diferentes níveis de cuidado.

b) Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.

No contexto da ESF, a recolha de dados relevantes ao estado de saúde do agregado familiar requer uma abordagem multidimensional e sistemática. Para tal, foram realizadas entrevistas e consultas que permitiram obter informações detalhadas sobre o estado de saúde, hábitos, preocupações e necessidades de cada membro da família; aplicaram-se inquéritos e questionários padronizados, assegurando uma recolha estruturada dos dados; analisaram-se os registos clínicos e os dados epidemiológicos da comunidade, oferecendo uma visão mais abrangente do estado de saúde e dos determinantes que afetam os agregados familiares; e promoveu-se a participação ativa da família, de modo a construir uma relação de confiança e a estabelecer uma comunicação aberta onde pudessem expressar as suas preocupações e necessidades.

Este envolvimento ativo contribuiu para que a recolha de dados fosse mais realista e representativa, facilitando a elaboração de planos de cuidados personalizados e eficazes. A combinação destas estratégias resultou numa recolha abrangente e precisa de informação, que permitiu adotar uma

intervenção integrada, capaz de responder às particularidades do contexto familiar, promovendo a saúde, prevenindo doenças e efetuando o controle de situações complexas.

c) Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.

Procedeu-se à mobilização de conhecimentos oriundos não apenas da enfermagem, mas também de outras ciências, de forma a fundamentar o processo de tomada de decisão. Para esse efeito, utilizaram-se as evidências mais recentes e os desenvolvimentos nas áreas de enfermagem e disciplinas correlatas, como a psicologia, a medicina e a terapia familiar, garantindo que as decisões fossem informadas e baseadas em evidências científicas.

Tendo em conta a influência das diversas etapas do desenvolvimento familiar e individual, bem como das crenças culturais e espirituais, dos fatores ambientais e dos recursos disponíveis, realizou-se uma avaliação abrangente das famílias com recurso à matriz operativa do MDAIF. Adicionalmente, avaliou-se a reciprocidade entre os membros, a família e o ambiente familiar. Ao reconhecer a complexidade e a interdependência dos fatores que afetam a saúde familiar, e ao compreender de que forma os membros influenciam – e são por sua vez influenciados – pelo seu contexto, tornou-se possível ajustar as intervenções às necessidades específicas de cada família.

Desta forma, assegurou-se que todas as dimensões relevantes fossem consideradas na promoção da saúde familiar, permitindo a oferta de um cuidado diferenciado e adaptado às particularidades de cada família e dos seus membros.

d) Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.

Uma das principais abordagens consistiu na capacitação das famílias para a definição de metas e expectativas promotoras de saúde. Através de consultas regulares e participativas, foram identificadas as necessidades e objetivos de cada família, recorrendo a ferramentas como o MDAIF, questionários e escalas de avaliação. A definição de metas claras e alcançáveis foi um passo essencial

para encorajar hábitos de vida saudáveis e prevenir doenças, fortalecendo a autonomia das famílias no cuidado da sua saúde.

No decorrer do estágio, foi dada especial atenção à criação de um ambiente seguro e acolhedor para a discussão de temas difíceis, muitas vezes ligados questões sensíveis. Para tal, priorizou-se a construção de uma relação baseada na confiança, com demonstrações de empatia e respeito mútuo. A privacidade foi sempre garantida nas interações, utilizando técnicas de comunicação assertiva e ativa para estimular a abertura e o diálogo.

A prática do pensamento sistemático e crítico foi crucial para compreender de forma mais ampla as dinâmicas familiares e os focos de intervenção. As análises realizadas integraram dados sociais, culturais e ambientais, permitindo a identificação de padrões e determinantes de saúde. Adicionalmente, as intervenções foram fundamentadas em evidências científicas e modelos teóricos reconhecidos, assegurando uma abordagem estruturada e eficaz.

A análise das influências sobre a saúde familiar constituiu outra etapa significativa. A dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e fatores ambientais foram avaliados com detalhe, permitindo reconhecer os elementos que impactam os cuidados à família. Este processo facilitou a elaboração de estratégias adaptadas às características e necessidades específicas de cada núcleo familiar.

Finalmente, a colaboração no desenvolvimento de planos de cuidados personalizados foi uma ação determinante para alcançar resultados satisfatórios. A família foi envolvida de forma ativa e central na conceção do plano, priorizando os seus desejos e necessidades. Foram estabelecidos objetivos claros e mensuráveis, bem como mecanismos de monitorização para acompanhar o progresso e realizar ajustamentos sempre que necessário.

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

A interação com as famílias, nomeadamente o diálogo, revelou-se essencial na identificação e formulação de objetivos claros, promovendo o bem-estar geral dos núcleos familiares e de cada um dos seus membros. Este processo

incentivou a participação ativa da família nos cuidados de saúde, consolidando a sua posição como protagonista na gestão e promoção da sua própria saúde.

Com intervenções sustentadas em investigação científica e evidências clínicas, assegurou-se que as práticas implementadas fossem eficazes, seguras e adequadas ao contexto e às necessidades específicas das famílias e dos seus membros. Como parte integrante do cuidado familiar, existiu a possibilidade de mediar alguns pequenos desacordos e prestar suporte emocional, abordagem que incluiu estratégias para lidar com emoções difíceis minimizadoras dos impactos negativos que poderiam ter surgido em momentos de fragilidade.

Ao longo deste percurso, as respostas das famílias às intervenções implementadas foram monitorizadas de forma contínua, o que permitiu a realização de alterações ou correções no plano de cuidados, assegurando que os objetivos traçados fossem eficazmente atingidos.

f) Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.

O EF desempenha um papel central na criação de um ambiente de confiança e proximidade, promovendo o diálogo e incentivando a partilha de histórias por parte da família e dos seus membros. Este processo permitiu identificar as forças e oportunidades de crescimento das famílias, reforçando a sua capacidade para enfrentar desafios e promover o seu bem-estar.

A análise criteriosa dos fatores que influenciam a dinâmica familiar, incluindo as interações entre os seus membros, a comunidade envolvente e o sistema de saúde, foram essenciais para fomentar relações de apoio e implementar estratégias de mudança positiva.

Durante o acompanhamento, foi dado feedback regular sobre os pontos fortes da família e avaliados os resultados alcançados, ajustando as estratégias para garantir que as intervenções sejam úteis e eficazes.

Por fim, todo o processo de cuidados foi documentado e avaliado, com foco na integração dos aspetos de saúde, ambiente e dinâmicas familiares. Este registo rigoroso garantiu que as intervenções fossem sistemáticas, sustentadas em

evidências científicas e orientadas para resultados concretos na promoção da saúde e do bem-estar da família e dos seus membros.

g) Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.

Durante este estágio, envolvi-me de forma ativa e intencional na prática da ESF, assegurando a excelência na qualidade dos cuidados prestados. Procedi a avaliações regulares da minha prática profissional, identificando áreas de melhoria e ajustando as intervenções para responder às necessidades específicas das famílias. Mantive uma relação próxima e colaborativa com as famílias, promovendo o diálogo e a partilha de informações, o que facilitou a conceção de estratégias de cuidados personalizadas.

Concebi e desenvolvi planos de cuidados centrados na família, sustentados em evidências científicas, e efetuei uma monitorização contínua para garantir o cumprimento dos objetivos previamente definidos. Paralelamente, colaborei com equipas interdisciplinares, mobilizando recursos indispensáveis e promovendo uma abordagem integrada e coordenada no cuidado às famílias.

Adicionalmente, investi no meu crescimento pessoal e profissional através de formações contínuas e da aplicação de ferramentas analíticas e modelos teóricos que sustentaram a minha prática.

h) Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.

Após os contactos iniciais com as famílias, foi realizado um esforço contínuo para recolher o seu feedback, com o objetivo de avaliar o nível de satisfação relativamente à relação estabelecida entre o enfermeiro e a família, bem como em relação aos cuidados prestados. Para tal, foram utilizadas perguntas abertas, como, por exemplo, a forma como experienciaram o ritual familiar, de modo a obter informações úteis para um processo de melhoria contínua.

Adicionalmente, foi implementado um sistema de avaliação dos resultados dos cuidados de saúde, efetuando-se uma comparação entre o estado de saúde da família antes e depois das intervenções realizadas. Essa análise foi realizada com recurso aos indicadores fornecidos pelo MDAIF e aos ganhos em saúde registados através do SClinico.

Importa salientar, neste ponto, que a técnica aplicada no acompanhamento da Família Inverno revelou-se ineficaz, em certa medida, não tendo produzido os efeitos desejados na totalidade, representando, todavia, um avanço significativo na concretização dos meus objetivos. Ainda assim, considero ter tido o privilégio de interagir com um casal cuja educação, valores éticos e respeito pelo trabalho dos profissionais de saúde foram evidentes ao longo de todo o processo. Subsiste em mim um sentimento de frustração por não ter alcançado os resultados desejados, mas também um profundo reconhecimento pela oportunidade de ter estabelecido contacto com esta família e com esta experiência. A perfeição é uma construção idealizada e inalcançável nas relações humanas; ainda assim, a Família Inverno tem, inequivocamente, motivos para se sentir orgulhosa do seu percurso e dos laços que os unem.

O uso de técnicas de intervenção por profissionais não treinados representa um desafio significativo na prestação de cuidados de saúde, especialmente em contextos que exigem abordagens especializadas, como a ESF. Embora a intenção de ajudar e intervir seja muitas vezes bem-intencionada, a falta de formação adequada pode comprometer a eficácia das ações e, em alguns casos, gerar consequências indesejáveis para os utentes e suas famílias (Aunger et al., 2024).

Técnicas mal aplicadas podem não só comprometer os resultados das intervenções, mas também criar resistência por parte dos utentes e famílias, dificultando a adesão aos tratamentos e prejudicando a relação de confiança com os profissionais de saúde.

Além disso, a atuação sem formação adequada pode negligenciar aspetos essenciais da abordagem sistémica e holística do cuidado, ignorando fatores como a comunicação interpessoal, o impacto emocional das condições de saúde e as dinâmicas familiares envolvidas. A falta de conhecimento sobre protocolos e diretrizes baseadas em evidência científica pode ainda expor os utentes a riscos desnecessários, reduzindo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Papachristou et al., 2024).

5.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

a) Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários à família.

Durante o estágio, foram estabelecidos vínculos estratégicos com equipas e profissionais de saúde, promovendo a colaboração interdisciplinar e a mobilização de recursos adequados às necessidades específicas das famílias e dos seus membros. Sempre que necessário, procedeu-se à referenciação para outros profissionais ou unidades funcionais, assegurando a continuidade de cuidados através de uma articulação integrada, respeitadora das preferências e especificidades de cada família.

Implementei estratégias de formação, incentivando a reflexão crítica e a aplicação de evidências científicas na prática clínica. Além disso, promovi um ambiente colaborativo, facilitando a comunicação e a troca de experiências entre os membros da equipa, o que contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às famílias.

Este trabalho conjunto possibilitou a criação de uma abordagem integrada e coordenada, fundamental para a prestação de cuidados de excelência.

b) Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. A gestão dos cuidados de saúde familiar requer um olhar sistémico sobre os contextos e dinâmicas das famílias, considerando os diferentes níveis de prevenção e a articulação entre os profissionais e os recursos disponíveis na comunidade. No decurso do percurso académico, este domínio revelou-se essencial para a construção de uma prática clínica informada, centrada na pessoa e na família, e sustentada em evidência científica.

Ao longo do estágio, a aplicação do MDAIF permitiu identificar determinantes funcionais, estruturais e contextuais que influenciavam a saúde das famílias acompanhadas. A identificação destas dimensões possibilitou priorizar intervenções alinhadas com os diferentes níveis de prevenção, nomeadamente a promoção da saúde e prevenção primária (como ações educativas sobre estilos de vida).

Simultaneamente, a integração do modelo das Forças de Gottlieb reforçou a importância de reconhecer o papel ativo da família no seu próprio processo de saúde e de valorizá-la como unidade de cuidado. Com base neste pressuposto, promovi a corresponsabilização dos membros familiares na definição de metas de cuidado e na tomada de decisão partilhada, nomeadamente em situações de comorbilidade crónica nos casais idosos.

Para além da prática direta com as famílias, contribuí ativamente para a melhoria dos sistemas organizacionais da unidade, com destaque para o planeamento e dinamização de sessões formativas dirigidas à equipa de enfermagem sobre a abordagem sistémica à família. Estas iniciativas visaram otimizar a utilização dos recursos existentes, reforçar a capacitação dos profissionais e promover uma cultura organizacional orientada para a qualidade e a inovação.

5.3. Análise reflexiva das competências desenvolvidas

A reflexão sobre as competências desenvolvidas é uma etapa essencial do processo formativo, promovendo a consolidação do conhecimento, a valorização das aprendizagens e o aperfeiçoamento das práticas profissionais.

A prática clínica supervisionada permitiu aplicar de forma intencional e fundamentada as competências comuns do enfermeiro especialista, como previsto no Regulamento n.º 140/2019. Cada domínio foi mobilizado de acordo com contextos específicos da intervenção em saúde familiar, respeitando os critérios de avaliação definidos pela OE.

A atuação demonstrou conformidade com os indicadores relativos à responsabilidade profissional, ética e legal, ao respeitar a confidencialidade dos dados das famílias, agir segundo os princípios ético-deontológicos, e integrar os utentes na tomada de decisão dos cuidados. No domínio da melhoria contínua da qualidade, foram observados contributos para o aperfeiçoamento dos procedimentos de intervenção, valorizando o ambiente seguro, o bem-estar e a governança clínica local. Em relação à gestão dos cuidados, registou-se liderança colaborativa e capacidade de organização dos recursos disponíveis, promovendo cuidados integrados e articulação efetiva com a equipa

multidisciplinar. A resposta às necessidades das famílias foi otimizada através do planeamento sistemático e flexível dos cuidados. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, destaca-se a incorporação da evidência científica nas decisões clínicas, a utilização dos modelos teóricos MDAIF e das Forças (Gottlieb) como suporte teórico, bem como uma postura reflexiva e crítica sobre a própria intervenção. O reconhecimento das próprias limitações e potencialidades revelou um processo de autoconhecimento com impacto na qualidade da relação terapêutica.

A prática clínica desenvolvida permitiu ainda aplicar de forma concreta as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar, conforme estabelecido no Regulamento n.º 428/2018 da OE. Estas competências, orientadas para a promoção da saúde, prevenção da doença e capacitação das famílias, foram mobilizadas em diversos contextos, evidenciando uma atuação especializada, autónoma e centrada na comunidade. Destacou-se a competência na gestão dos cuidados de saúde familiar, através da planificação e implementação de intervenções ajustadas às necessidades dos agregados familiares, com enfoque nos diferentes níveis de prevenção e ao longo do ciclo de vida.

A utilização dos modelos MDAIF e das Forças permitiu uma abordagem fundamentada, holística e sensível à realidade sociocultural das famílias acompanhadas. Foi igualmente evidente a promoção da autonomia e capacitação familiar, através de estratégias educativas, reforço dos mecanismos de apoio mútuo e valorização dos recursos internos das famílias, especialmente no contexto de doença crónica e envelhecimento. A intervenção junto da díade conjugal demonstrou sensibilidade às dinâmicas relacionais e aos desafios da transição para a reforma e dependência.

A prática clínica integrou ainda a utilização de sistemas de informação e tecnologias, com registos estruturados, monitorização de indicadores e comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, contribuindo para a continuidade e qualidade dos cuidados. Por fim, foi exercida liderança clínica e colaboração interdisciplinar, promovendo a articulação entre profissionais e a

construção de respostas integradas, bem como uma postura reflexiva e crítica sobre os contributos da prática para o desenvolvimento profissional e para a produção de conhecimento em saúde familiar.

Na reta final deste relatório, realça-se que a mobilização da evidência científica e dos conhecimentos para a prática clínica é um elemento fulcral na concretização do grau de mestre, conforme estipulado no Decreto-Lei nº 65/2018, artigo 15.º. Este grau assinala a capacidade de desenvolver e aprofundar os conhecimentos adquiridos a partir do primeiro ciclo, transformando-os em contributos originais para a investigação e para a prática clínica. No contexto da saúde familiar, tal abordagem evidencia a habilidade de aplicar conhecimentos de forma crítica e integradora, permitindo enfrentar situações novas e complexas que exigem a resolução de problemas num contexto multidisciplinar.

Esta postura implica não só a integração e utilização rigorosa de evidências científicas na tomada de decisões clínicas, como também a capacidade de analisar criticamente as informações disponíveis, mesmo quando estas se encontram incompletas, e de ponderar as implicações éticas e sociais das soluções propostas. Adicionalmente, é fundamental a capacidade de comunicar de forma clara e desprovida de ambiguidades, dirigindo os resultados e raciocínios a diferentes públicos, sejam especialistas ou não.

Assim, este relatório demonstra que, para além da aplicação prática e da resolução de situações complexas, o desenvolvimento da prática do EF baseado na evidência científica reforça a aprendizagem ao longo da vida e a autonomia profissional. Esses elementos são, sem dúvida, indispensáveis para a excelência na prática clínica e para a consolidação do grau de mestre, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de saúde e para a promoção de intervenções mais eficazes e humanizadas.

6. CONCLUSÃO

O presente relatório constitui a síntese de um percurso formativo e clínico orientado para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Familiar, no contexto do acompanhamento a famílias compostas por casais idosos com comorbilidades crónicas. A prática supervisionada permitiu consolidar uma abordagem centrada na família, integrando os modelos teóricos do MDAIF (M. H. Figueiredo, 2012) e das Forças (Gottlieb, 2013), essenciais para sustentar intervenções fundamentadas, personalizadas e responsivas às necessidades relacionais, afetivas e clínicas das famílias acompanhadas.

A operacionalização do cuidado à família enquanto unidade de cuidados permitiu responder às necessidades específicas de cada membro, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, em conformidade com o Regulamento n.º 428 da Ordem dos Enfermeiros (2018). A análise da díade conjugal evidenciou que, ainda que não se tenham verificado mudanças estruturais profundas, ocorreram ganhos significativos ao nível da consciência relacional, da valorização dos vínculos afetivos e da adoção de estratégias adaptativas sustentadas.

Neste enquadramento, a personalização das intervenções, orientada por uma abordagem sensível à complexidade da interação conjugal e às particularidades de cada membro do casal, demonstrou-se essencial para a promoção da saúde familiar. Esta adaptação individualizada contribuiu para minimizar os efeitos adversos decorrentes da vivência da doença crónica, favorecendo a corresponsabilização e a coesão no processo de cuidado.

A abordagem participativa, sustentada na escuta ativa e no respeito pela subjetividade de cada elemento do casal, possibilitou a construção conjunta de planos de cuidados ajustados à realidade, às capacidades e ao contexto sociocultural de cada família. Paralelamente, emergiram como fatores facilitadores da adesão terapêutica e da autogestão da doença crónica a motivação, a literacia em saúde e a confiança na relação terapêutica, especialmente num cenário marcado pelo envelhecimento populacional.

A reflexão em torno da atuação sem formação prática consolidada evidencia que o domínio técnico-científico constitui um alicerce indispensável para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. A profissionalização da prática, alicerçada em competências específicas e sustentada por referenciais teóricos robustos, revela-se essencial para assegurar respostas seguras, eficazes e ajustadas às necessidades complexas dos indivíduos e famílias no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar.

Neste sentido, a supervisão crítica do percurso formativo destacou a importância da atualização científica contínua e da autorreflexão como dimensões estruturantes da prática especializada, reconhecendo os seus limites e reafirmando o compromisso com uma atuação pautada pela evidência, pelos valores éticos, humanos e pela responsabilidade profissional.

Em síntese, a intervenção junto de casais idosos com doença crónica permitiu evidenciar a complexidade e a riqueza da prática em Enfermagem de Saúde Familiar, exigindo do Enfermeiro Especialista a integração articulada entre conhecimento técnico-científico, sensibilidade relacional e compromisso ético. O percurso formativo e prático demonstrou que o EEECESF assume um papel determinante na capacitação das famílias, na promoção de estilos de vida saudáveis e na continuidade dos cuidados no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

Perante os desafios crescentes associados ao envelhecimento e à gestão da doença crónica, tornou-se evidente a necessidade de uma intervenção especializada, reflexiva e sensível às dinâmicas relacionais, capaz de gerar mudanças sustentadas, fortalecer a autonomia familiar e afirmar uma prática centrada na dignidade, na resiliência e na esperança. Esta prática traduz-se num compromisso efetivo com a ciência, a humanidade e a responsabilidade social da profissão de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, E. A., da Silva, E. A., & Domanoski, P. C. (2024). O papel do enfermeiro educador no desenvolvimento da liderança. *Nursing Edição Brasileira*, 27(307), 10081–10085.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). *PAUF – Guia do utilizador*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/PAUF-Guia%20do%20Utilizador.pdf>
- Afonso, J. A. M. (2018). *Relação conjugal ao longo do ciclo de vida: Satisfação, comunicação, motivação, coesão e adaptabilidade* (Tese de doutoramento, ISPA – Instituto Universitário). Repositório ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/6846>
- Almeida, A. M. (2020). *Heranças familiares*. SBE Edições e Produções.
- Almeida, D. V., & Cotta, R. M. (2018). Unidades ponderadas: Tecnologia de gestão para a estruturação da atenção primária à saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2143–2154. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>
- Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a escala de Grafar*. Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Aunger, J. A., Abrams, R., Mannion, R., Westbrook, J. I., Jones, A., Wright, J. M., Pearson, M., & Maben, J. (2024). How can interventions more directly address drivers of unprofessional behaviour between healthcare staff? *BMJ Open Quality*, 13(3), e002830. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2024-002830>
- Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional.
- Bastos, C., Santos, C., Martins, M. M., Fernandes, C., & Lima, L. (2021). Necessidades dos idosos na autogestão da doença crónica: Perspetivando um programa de intervenção de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 26, e83048. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.83048>
- Bauer, J. M., & Reisch, L. A. (2019). Behavioural insights and (un)healthy dietary choices: A review of current evidence. *Journal of Consumer Policy*, 42, 3–45.
- BCSD Portugal. (2022). *Agenda 2030 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)*. <https://ods.pt/>

- Bennett, K. M., & Brooke, J. (2022). Intimacy, sexuality, and couple dynamics in older adulthood. *Journal of Aging Studies*, 61, 101042. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101042>
- Bezerra, P. A., Nunes, J. W., & Moura, L. B. A. (2021). Envelhecimento e isolamento social: Uma revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02661. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02661>
- 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), 701–710. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2008). *Nursing interventions classification* (5.^a ed.). Mosby.
- Carvalho, A. F. da C. F. D., Andrade, A. I., Rodrigues, L. S. A. F., & Albernaz, M. F. M. (2023). Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais: O que nos dizem as evidências. *Servir*, 2(01e), 65. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31605>
- Castro, J. L. C., Passos, Á. L. V., Araújo, L. F., & Santos, J. V. O. (2020). Análise psicossocial do envelhecimento entre idosos: As suas representações sociais. *Atualidades em Psicologia*, 34(128), 1–15. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i128.35246>
- Castro, L., Souza, D. N., Pereira, A., & Magalhães, I. (2020). Cuidador informal familiar: Relação familiar e a satisfação/insatisfação na gestão do cuidado. *Latin American Journal of Development*, 6(2), 464–479.
- Cavalcanti, A. C., Seringhetti, L. R. M., Silva, T. N., & Neri, A. L. (2018). A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 14(2), 55–64.
- Cochar-Soares, N., Delinocente, M. L. B., & Dati, L. M. M. (2021). Fisiologia do envelhecimento: Da plasticidade às consequências cognitivas. *Revista de Neurociências*, 29(1), 1–28.
- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (2024). *Relatório Nacional da Direção Executiva do SNS*. <https://sns.gov.pt/publicacoes/relatorio-nacional-2024>
- Direção-Geral da Saúde. (2012, atualizada em 2014). *Norma nº 030/2012: Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo do álcool no adulto*. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/detecao-precoce-e-intervencao-breve-no-consumo-excessivo-de-alcool.pdf>

- Direção Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017–2025)*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários: Modelo de intervenção e ferramentas*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Recomendações da OMS para a atividade física e comportamento sedentário: Adaptação para Portugal*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-da-oms-para-a-atividade-fisica-e-comportamento-sedentario-adaptacao-para-portugal-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física: Relatório anual*. <https://www.dgs.pt>
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde da população em Portugal*. Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde. <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>
- Direção Geral da Saúde. (2023). *Relatório de saúde dos idosos em Portugal: Envelhecimento ativo e saudável*. <https://www.dgs.pt>
- Dmello, V., & Hussain, D. (2023). Cultural differences in factors that influence the well-being of older people: A narrative review. *Human Arenas*, 7(2). <https://doi.org/10.1007/s42087-023-00386-y>
- Duvall, E. M., & Miller, B. C. (1985). *Marriage and family development* (6.^a ed.). Harper & Row.
- Encarnação, P. C. (2021). Strengths-based care: A philosophy to care in nursing promoting empowerment, self-efficacy, and hope. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.45203>
- Eriksson, H., Sandberg, J., Ternestedt, B. M., & Midlöv, P. (2019). Family caregivers' experiences of supporting an older person with multi-morbidity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 138–146. <https://doi.org/10.1111/scs.12605>
- Eurostat. (2022). *Dados sobre faixas etárias: População adulta e jovens adultos*. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Eurostat. (2023). *Causes of death statistics*. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Fernandes, A., Santinha, G., Forte, T., & Diogo, S. (2020). Políticas locais e envelhecimento ativo: A realidade portuguesa à luz da perceção de

diferentes atores. *Revista de Geografia e Ordenamento do Território (GOT)*, 20, 79–104.

- Figueiredo, A. (2022). *Sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde Português – O papel do setor privado* (Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa). https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/27557/1/master_antonio_pereira_figueiredo.pdf
- Figueiredo, C. L. (2022). *O lado do idoso institucionalizado: Perceção e impacto da pandemia Covid-19* (Dissertação de mestrado, Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada). Repositório Comum.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel.
- Figueiredo, A. E. B., Ceccon, R. F., & Figueiredo, J. H. C. (2021). Doenças crónicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 77–88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
- Fonseca, A. M., Carvalho, A., & Costa, R. (2022). Enfermagem de saúde familiar e o envelhecimento com multimorbilidade: Desafios na capacitação familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar*, 33(1), 45–53.
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., & Michie, S. (2018). Eficácia da entrevista motivacional na mudança de comportamento de adultos em ambientes de saúde e assistência social: Uma revisão sistemática de revisões. *PLOS ONE*, 13(10), e0204890. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2013). *Mindfulness and psychotherapy* (2nd ed.). Guilford Publications.
- Gonçalves, C. (2001). *Psicodrama: Fundamentos teóricos e metodológicos*. Porto: Afrontamento.
- Gottlieb, L. (2013). *Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family*. Springer Publishing. <https://doi.org/10.1111/nuf.12011>

- Gottlieb, L. N. (2014). Strengths-based nursing: A process for implementing a philosophy into practice. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 35–56. <https://doi.org/10.1177/1074840717717731>
- Gottlieb, L. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças*. Lusodidacta.
- Gottlieb, L. N., & Feeley, N. (2020). The role of the nurse in strengths-based practice: A relational care perspective. *Nursing Inquiry*, 27(2), e12335. <https://doi.org/10.1111/nin.12335>
- Grenier, A., & Ojembe, B. (2021). Culture, mental health, and older people. In R. Moodley & E. Lee (Eds.), *The Routledge international handbook of race, culture and mental health* (pp. 301–313). Routledge.
- Gui, D., Yin, P., & Han, B. (2024). *Intergenerational support and mental health among older adults: Evidence from CHARLS*. Aging & Mental Health. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2334313>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Huang, R. (2024). Cultural influences on mental health among older adults: A comparative study. *Journal of Mental Health and Aging*, 8(5), 226. <https://www.alliedacademies.org/articles/cultural-influences-on-mental-health-among-older-adults-a-comparative-study.pdf>
- Huque, M. H., Kootar, S., Kiely, K. M., Anderson, C. S., van Boxtel, M., Brodaty, H., & Anstey, K. J. (2024). A single risk assessment for the most common diseases of ageing, developed and validated on 10 cohort studies. *BMC Medicine*, 22, Article 501. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03711-6>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Retrato territorial de Portugal*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/358634995>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de população residente em Portugal 2018–2080* (PDF). Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?att_display=n&att_download=y&look_parentBoui=426127543
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). *Famílias e estruturas familiares em Portugal: Censos 2021*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/408063308>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Portugal em números 2023: População e sociedade* [Relatório anual]. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/684013353>

- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2021). *Relatório nacional sobre osteoporose e fraturas osteoporóticas em Portugal*. <https://www.insa.min-saude.pt>
- Kilgour, A. H. M., et al. (2024). Barriers and motivators to undertaking physical activity in adults over 70—a systematic review of the quantitative literature. *Age and Ageing*, 53(4), afae080. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae080>
- Ley, C., & Putz, P. (2024). Eficácia de intervenções e técnicas na adesão à fisioterapia em adultos: Uma visão geral das revisões sistemáticas e meta-análises panorâmicas. *Systematic Reviews*, 13, 137. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02538-9>
- Lima-Rodrigues, M., Ferreira, C., & Pinto, M. (2023). Comunicação conjugal e ajustamento emocional na terceira idade: Implicações para a prática clínica. *Revista Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 38(1), 52–68. <https://doi.org/10.34632/rpps.2023.14476>
- Lopes, D. G., Mendonça, N., Henriques, A. R., Branco, J., Canhão, H., & Rodrigues, A. M. (2023). Trajectories and determinants of ageing in Portugal: Insights from EpiDoC, a nationwide population-based cohort. *BMC Public Health*, 23, 1564. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16370-8>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lorig, K. R. (2014). Chronic disease self-management program: Insights from the eye of the storm. *Frontiers in Public Health*, 2, 253. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00253>
- Lüscher, J., Pauly, T., Gerstorf, D., et al. (2022). Having a good time together: The role of companionship in older couples' everyday life. *Gerontology*, 68(12), 1428–1439. <https://doi.org/10.1159/000524089>
- Martins, A. (2018). *Revisão sistemática do ciclo vital da família* (Dissertação de mestrado, Instituto Nacional Miguel Torga). <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/854>
- Mendes, F., Martins, M. M., & Fernandes, C. S. (2021). Estratégias de autogestão na doença crónica: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20162.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3.^a ed.). Guilford Press.

- Ministério da Saúde. (2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto*. Diário da República, 1.^a série, n.º 150, 4096–4107. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-318609>
- Ministério da Saúde. (2007). *Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto*. Diário da República, 1.^a Série – N.º 161. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decretolei/298-2007-640665>
- Ministério da Saúde. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro*. Diário da República, 1.^a Série – N.º 38. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Ministério da Saúde. (2017). *Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho*. Diário da República, 1.^a série, n.º 118, 3244–3254. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/73-2017-107808083>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde 2018*. Serviço Nacional de Saúde. ISBN 978-989-99480-1-3
- Ministério da Saúde. (2024). *Operacionalização da contratualização interna nos cuidados de saúde primários para 2024* (PDF). Ministério da Saúde. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>
- Monteiro, B. (2020). Indicadores de monitorização e desempenho nas unidades de saúde familiar e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável na saúde (ODS 3): Uma análise comparada em Portugal no período de 2013–2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1221–1232. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31422019>
- Nishio, E., & Kuratomi, S. S. (2024). *Educação permanente e continuada em enfermagem* (2.^a ed.). Dialética.
- Nogueira, S. I. M. C. (2021). *Envelhecimento, género e sexualidades* (Tese de doutoramento, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/149081>
- Nossa, P. N. (2020). Envelhecimento, financiamento e inovação nos sistemas de saúde: Uma discussão necessária para a manutenção do direito à saúde. *Saúde e Sociedade*, 29(2). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200081>
- Oliveira, A., Sousa, P., & Vitorino, R. M. (2022). Intervenções de enfermagem na capacitação da pessoa com doença crónica: Revisão integrativa. *Saúde & Tecnologia*, 30, 1–12.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 350/2015: Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*.

- Diário da República, 2.^a Série, n.º 119, 16655–16660.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018*. Diário da República, n.º 135/2018, 2.^a Série, de 16 de julho, 19354–19359.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019*. Diário da República, 2.^a Série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Código deontológico do enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Regulamento n.º 613/2022*. Diário da República, 2.^a Série, n.º 131, 179–182.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030: Plano de ação*. Organização Mundial da Saúde.
<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Paiva, L., & Emerson, R. (2012). O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psicologia Clínica*, 24(1), 173–189. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100013>
- Pan, Z. (2023). Strengthening the primary health care for non-communicable disease prevention and control in the post-pandemic period. *Global Health Research and Policy*, 8(36). <https://doi.org/10.1186/s41256-023-00336-9>
- Pantoja, J. da S., & Teles, M. das G. (2020). Habilidades de comunicação interpessoal entre casais: Contribuições da terapia cognitivo comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16(2), 123–135. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200004
- Papachristou Nadal, I., Angkurawaranon, C., Singh, A., Choksomngam, Y., Sadana, V., Kock, L., Wattanapisit, A., Wiwatkunupakarn, N., & Kinra, S. (2024). Effectiveness of behaviour change techniques in lifestyle interventions for non-communicable diseases: An umbrella review. *BMC Public Health*, 24, 3082. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20612-8>
- PlanAPP – Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública. (2022). *Sustentabilidade demográfica e políticas de família: Nota de análise 01*.
https://www.planapp.gov.pt/wp-content/uploads/2022/08/NotaDeAnalise01_Final_160822.pdf

- PORDATA. (2024). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
- Peixoto, E. M., Enéas, M. L. E., & Yoshida, E. M. P. (2015). Relações entre intervenções terapêuticas, motivação para mudança e eficácia adaptativa em psicoterapia breve. *Contextos Clínicos*, 8(1), 16–26. <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.02>
- Pereira, L., & Almeida, F. (2022). Integração de cuidados na atenção primária: Avanços e desafios em contextos regionais. *Saúde e Sociedade*, 31(3), 489–502.
- Pio de Abreu, J. (1992). *O modelo do psicodrama moreniano*. Edições de Psiquiatria Clínica.
- Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: O percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal, 1978–2018 e a génese da medicina familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1197–1204. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>
- Pocnet, C., Pellerin, N., & Rossier, J. (2023). A systematic review of successful sexual aging in older adults: Psychological, relational, and contextual factors. *Family Relations*, 72(1), 115–132. <https://doi.org/10.1111/fare.13014>
- PORDATA. (2021). *Média de elementos das famílias*. Base de dados sobre estatísticas de Portugal. <https://www.pordata.pt/>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto*. Diário da República, 1.ª série, n.º 157, 3635–3643. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022). *Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto*. Diário da República, 1.ª Série, n.º 150, 5–52. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro*. Diário da República, 1.ª Série, n.º 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Proença, R., Vaz, H., & Pais, S. (2021). O papel da formação profissional contínua no processo de humanização do ambiente hospitalar. *Onco.News*, (42), 30–37. <https://onco.news/index.php/journal/article/view/18>

- Qama, E., et al. (2022). Factors influencing the integration of self-management in daily life routines in chronic conditions: A scoping review of qualitative evidence. *BMJ Open*, 12(12), e066647.
- Rocha, K. P. M., Diniz, N. P. M. C., Andrade, N. L., Silva, M. L. P., Dantas, B. A. S., & Torres, G. V. (2024). Aspetos associados à vulnerabilidade em saúde em pessoas idosas atendidas na atenção primária à saúde. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 10(Supl. 2), 78–92. [https://doi.org/10.60468/r.riase.2024.10\(2\).704.78-92](https://doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(2).704.78-92)
- Rodrigues, C. (2020). *Famílias com pessoas dependentes no autocuidado: Implicações para o enfermeiro de família* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://doi.org/10.12707/RVI22071>
- Rusoj, E., Haynie, D., Sievers, J. A., Mustafee, N., Nelson, F., Reynolds, M., Sarriot, E., Swanson, R. C., & Williams, B. (2018). Thinking about complexity in health: A systematic review of the key systems thinking and complexity ideas in health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24, 600–606.
- Sampaio, S. M. M., & Duque, E. J. G. C. (2024). A importância da família na vida do idoso institucionalizado. In S. Guerra & L. Ramos (Orgs.), *Reflexões jurídicas sobre os direitos da pessoa idosa* (pp. 191–206). Instituto Persona de Educação. <https://doi.org/10.29327/5433315.1-9>
- Santos, I., von Humboldt, S., & Leal, I. (2020). O efeito da imagem corporal e da satisfação conjugal no ajustamento ao envelhecimento dos idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(1), 99–114. <https://doi.org/10.15309/20psd210117>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2018). Permanências e discontinuidades nas concepções contemporâneas de casamento na perspectiva de casais longevos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34423. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34423>
- Sels, L., Ceulemans, E., Bulteel, K., & Kuppens, P. (2023). The role of emotional communication in romantic relationships: A pathway to reconnection and resilience. *Journal of Social and Personal Relationships*, 40(1), 50–71. <https://doi.org/10.1177/02654075221136044>
- Silva, R. (2013). *Avaliação do impacto do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no contexto dos cuidados de saúde primários em Vila Franca do Campo* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/26045>

- Silva, D. R., Canavarro, M. C., & Veríssimo, M. T. (2020). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF): Princípios e aplicação clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 123–132. <https://doi.org/10.12707/RV20197>
- Smith, A. L., Johnson, R. E., & Nguyen, T. H. (2022). The role of relational complementarity and mutual acceptance in marital satisfaction among older couples. *Journal of Family Psychology*, 36(4), 484–496. <https://doi.org/10.1037/fam0000876>
- 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
- Sousa, F. G. M., Figueiredo, M. C. A. B., & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: Um estudo descritivo. *Revista Pesquisa em Saúde*, 11(1), 60–63.
- Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: Dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um foco central da enfermagem* (pp. 15–26). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39477>
- Turabian, J. L. (2021). Family-centred approach in elderly care. *Gerontology and Geriatric Research*, 4(2), 128.
- Valente Rosa, M. J. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 50, 102963. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>
- Vilar, A. I. (2012). *A família e a autogestão dos processos de saúde-doença: O caso da diabetes tipo 2* (Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Wang, Y., Cheng, F., Hou, N., et al. (2025). Increased risk of chronic diseases and multimorbidity in middle-aged and elderly individuals with early vision, hearing, or dual sensory impairments: Insights from prospective cohort studies and Mendelian randomization analysis. *BMC Medicine*, 23, 118. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-03857-x>
- Weitkamp, K., Heene, M., & Zemp, M. (2021). The role of dyadic coping for relationship satisfaction and psychological distress in couples dealing with chronic illness: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 146, 110467. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110467>

- World Health Organization. (2001). *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107930/9289011716-eng.pdf>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- World Health Organization. (2021). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (5th ed.). F. A. Davis Company
- Documentos orientadores da USF, 2024: Carta da qualidade; Regulamento interno; Plano de ação; Relatório de atividades; Plano de acompanhamento interno. Disponíveis na USF

FAMÍLIAS COM CASAS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

**Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar**

ANEXOS

ANEXO I: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ÀS FAMÍLIAS

Família Primavera

A família Primavera é uma família do tipo casal, constituída pelo Sr. F. e pela Sra. E., ele com 76 anos e ela com 75 anos. Trata-se de uma família idosa (etapa VIII do CVF de Duvall) que, de acordo com a escala de *Graffar* adaptada, se caracteriza como sendo de classe média. Ambos apresentam como comorbilidades crónicas a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* tipo 2. Têm dois filhos, que já não residem no mesmo domicílio. Mantêm contacto presencial com o filho mais novo duas vezes por semana e com o filho mais velho e respetiva família ao domingo. A intensidade do contacto com o neto mais novo é diária, dado que são os avós que o acompanham à escola e às atividades extracurriculares. O contacto telefónico com os restantes elementos da família extensa ocorre uma vez por semana. Estas relações exercem funções relevantes de companhia social, apoio emocional, aconselhamento e regulação social. Relativamente aos sistemas mais amplos, esta família tem um vínculo intermédio com o futebol e o ténis do neto, com o ginásio e com a USF. O vínculo com o hospital, café e ATL do neto é fraco (nesse horário preferem frequentar o ginásio).

Na primeira consulta estiveram presentes ambos os membros do casal. Foram avaliados todos os focos da dimensão estrutural, não tendo sido identificadas necessidades de intervenção. Apesar de as áreas de atenção Animal Doméstico e Prevenção de Segurança não terem sido diretamente observadas por ausência de visita domiciliária, os dados fornecidos indicaram segurança e higiene adequadas. O casal referiu possuir dois cães dálmatas, ambos vacinados, desparasitados, com chip, licença da Junta de Freguesia e seguro. Relataram que a cama dos animais e a casa são aspiradas e higienizadas diariamente.

Na dimensão de desenvolvimento, constituiu-se como objetivo dos cuidados a satisfação conjugal, tendo sido formulado o diagnóstico Satisfação Conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional relacionada com a não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos. Esta problemática,

como analisado anteriormente no relatório, é transversal a muitas famílias idosas, enraizada em padrões socioculturais que desvalorizam a expressão emocional nas gerações mais velhas. Durante a intervenção, foi evidente uma reserva afetiva inicial, sendo necessário respeitar o tempo da família e criar um ambiente seguro para a partilha emocional. Recorreram-se a estratégias como o questionamento linear, reflexivo e estratégico, o elogio às forças familiares e à metáfora como ferramenta terapêutica. A metáfora utilizada consistiu numa imagem de uma casa com janelas fechadas — sugerindo que os sentimentos, quando mantidos ocultos, tornam o espaço relacional escuro e abafado. Através desta imagem, os elementos do casal foram convidados a identificar “janelas” que poderiam abrir, ou seja, formas de comunicar afetos de modo mais leve, frequente e recíproco. Numa das sessões, por exemplo, a D^a. E. reconheceu que, quando o marido lhe fazia chá à noite, sentia-o como um gesto de carinho, ao que ele respondeu que esse era o seu modo de dizer que gosta dela sem palavras. Esta partilha foi valorizada como uma “janela entreaberta” já existente, que podia ser ampliada, favorecendo a consciencialização da importância da expressão afetiva como fator protetor da saúde relacional.

Paralelamente, foram prestadas informações sobre as tarefas desenvolvimentais associadas à etapa VIII do ciclo vital familiar, reforçando a relevância da reorganização das rotinas e da vivência da relação conjugal numa fase em que a parentalidade ativa já não ocupa o centro da dinâmica familiar. No entanto, a presença diária dos avós na vida do neto — acompanhando-o à escola e às atividades extracurriculares — evidencia a continuidade de papéis parentais, ainda que em moldes distintos. A intervenção promoveu a reflexão sobre este envolvimento e incentivou o casal a redefinir fronteiras e responsabilidades, de forma a preservar o equilíbrio entre a função de avós e a vivência plena da conjugalidade. Este processo foi interpretado como uma reorganização parental, entendida como ajustamento saudável às exigências intergeracionais e, mais uma vez, fator promotor de saúde relacional.

Com base nos pressupostos do Modelo das Forças (Gottlieb, 2013), a intervenção centrou-se na valorização das capacidades do casal para

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

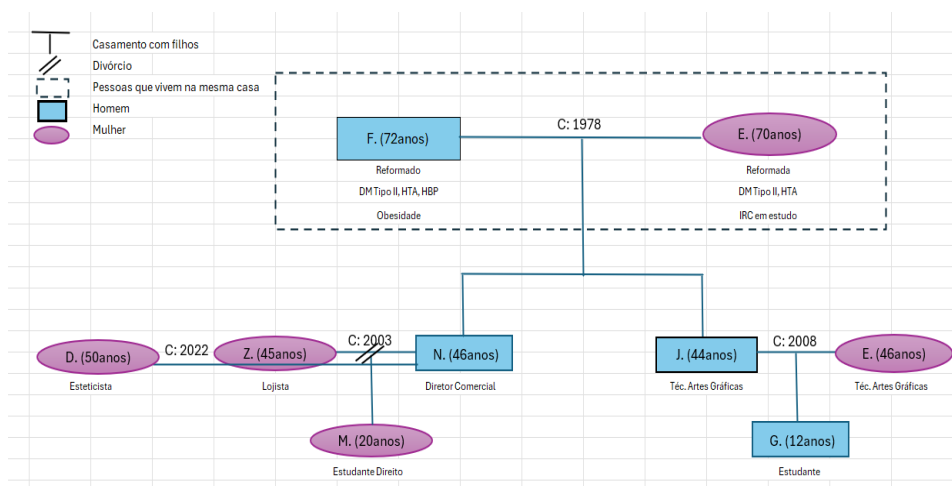
Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

reorganizar a comunicação afetiva e redefinir os seus papéis, com ganhos observáveis na qualidade da interação, na escuta e na empatia demonstrada ao longo das sessões.

Em relação à dimensão funcional, enunciou-se o diagnóstico: Processo Familiar funcional. Foram aplicadas as escalas de Apgar familiar de *Smilkstein* e a Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe*. De acordo com a primeira, esta é uma família altamente funcional e, de acordo com o segundo instrumento têm uma baixa probabilidade de incidência de doença associada a eventos perturbadores de vida.

Relativamente à autogestão da doença crônica, ambos os membros do casal demonstraram uma gestão eficaz do seu regime terapêutico, abrangendo a alimentação, a toma da medicação e a prática de exercício físico. Esta abordagem evidenciou uma adesão consistente a estilos de vida saudáveis, contribuindo para um processo de gestão da doença estruturado e adequado às suas necessidades individuais. A intervenção, ancorada nos modelos do MDAIF, das Forças e da Autogestão reforçou o empoderamento da família, valorizando a literacia em saúde e promovendo uma corresponsabilização ativa, em linha com os princípios do Modelo de Autogestão (Lorig & Holman, 2003). Evidenciou-se ainda eficaz na promoção da qualidade da relação conjugal e na capacitação do casal para o envelhecimento saudável.

Nas Figuras 6 e 7 estão representados o Genograma e Ecomapa da família Primavera.



FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Figura 6: Genograma da Família Primavera

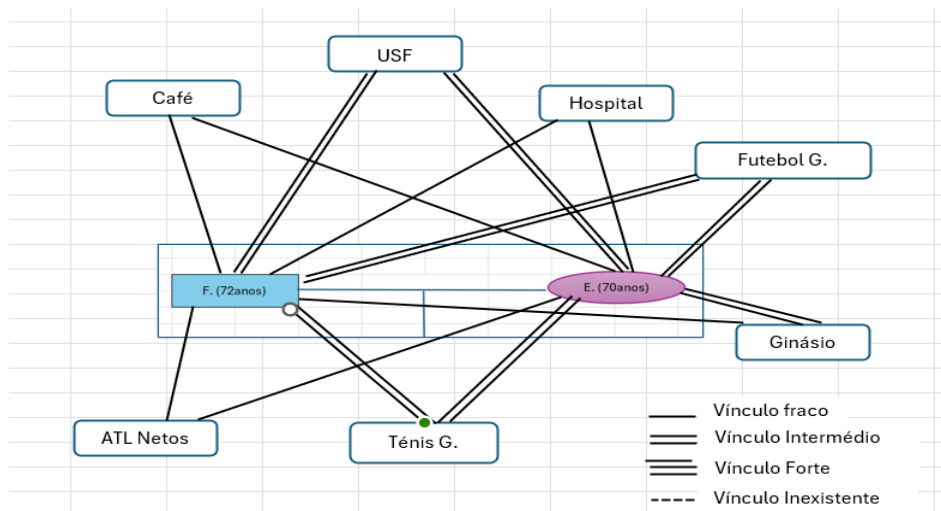


Figura 7: Ecomapa da Família Primavera

Família Verão

A Família Verão é constituída pelo Sr. A. (71 anos) e pela Sra. M. (70 anos), um casal idoso (etapa VIII do CVF de Duvall), pertencente à classe média, de acordo com a pontuação obtida na escala de *Graffar* adaptada (16 pontos). Tiveram dois filhos, sendo que o mais novo faleceu precocemente, vítima de doença congénita. Mantêm contacto telefónico diário com o filho mais velho e presencial quinzenal. Com este, partilham dois netos. As relações familiares desempenham funções de apoio emocional, aconselhamento e orientação cognitiva.

Na dimensão estrutural, apresentam um diagnóstico Rendimento Familiar Não Insuficiente com conhecimento e capacidade demonstrado sobre a gestão do rendimento face às despesas mensais. O Abastecimento de Água é adequado (água canalizada, da rede pública) e foram relatadas estratégias eficazes de Precaução de Segurança (nomeadamente a adaptação à escadaria em tijoleira do prédio sem elevador). Demonstraram ainda uso consciente de equipamentos de aquecimento a óleo e de gás por botija. O Edifício Residencial foi considerado seguro e não negligenciado. Possuem um gato siamês, vacinado e desparasitado, com hábitos de higiene mantidos através da escovagem e

higienização diária da casa. Nenhuma destas áreas exigiu intervenção clínica direta.

Na dimensão de desenvolvimento, foi identificado um diagnóstico de Satisfação Conjugal mantida, traduzido numa relação dinâmica não disfuncional, manifestada por comunicação eficaz, interação sexual adequada e uma função sexual não comprometida. A postura relacional do casal, ainda que reservada, revelou capacidade de partilha, afeto e regulação emocional ajustada à etapa atual do ciclo de vida. A ausência de conflitos nesta dimensão não invalidou o uso de estratégias como a escuta ativa e o reforço positivo, utilizadas para consolidar os recursos relacionais e prevenir eventuais ruturas silenciosas, muitas vezes normalizadas no envelhecimento conjugal.

Na dimensão funcional, a família demonstrou um funcionamento saudável e coeso. Foram aplicadas as escalas de Apgar Familiar de *Smilkstein* e a Escala de Readaptação Social de *Holmes* e *Rahe*, cujos resultados indicaram, respetivamente, um nível elevado de funcionalidade e uma baixa probabilidade de adoecimento associado a eventos perturbadores de vida. Estes dados reforçaram a perceção de uma estrutura familiar sólida, com padrões estáveis de comunicação, suporte mútuo e tomada de decisão partilhada.

No domínio da autogestão, foram identificadas algumas dificuldades específicas no Sr. A., particularmente no que diz respeito à alimentação e à prática de exercício físico. Apesar de demonstrar adesão à terapêutica medicamentosa, persistem hábitos alimentares desajustados, como o consumo excessivo de sal e condimentos, justificados pelo próprio com expressões como “tudo o que é bom faz mal e eu gosto de comer o que é bom”. A Sra. M., ativamente preocupada, tenta compensar esta resistência adaptando as receitas e utilizando temperos naturais, demonstrando corresponsabilização e compromisso com o bem-estar do marido. No entanto, as tentativas de mudança enfrentam resistência passiva e fraca motivação.

A resistência em reconhecer hábitos alimentares inadequados pode estar associada a diversos fatores, como crenças pré-estabelecidas sobre nutrição,

desconhecimento das consequências da alimentação desequilibrada ou questões emocionais ligadas ao conforto alimentar (Bauer & Reisch, 2019).

Foram ainda identificados comportamentos sedentários persistentes, provavelmente relacionados com fatores físicos, emocionais ou percebidos. A resistência à mudança pode estar enraizada em experiências anteriores de frustração, desmotivação e desconhecimento dos benefícios concretos da atividade física, como frequentemente descrito em contextos de comorbilidade crônica (Kilgour et al., 2024).

Perante este cenário, foram implementadas estratégias educativas e motivacionais centradas nos princípios do Modelo da Autogestão (Lorig & Holman, 2003), com enfoque na aquisição de literacia em saúde, definição de objetivos realistas, reforço positivo e valorização de forças familiares.

A intervenção foi conduzida de forma respeitosa e adaptada ao ritmo individual do Sr. A., integrando estratégias motivacionais e comunicacionais centradas na promoção da mudança consciente. Recorreu-se a perguntas reflexivas, reformulações construtivas e técnicas de entrevista motivacional, como a escuta reflexiva, o balanço decisional e a evocação de experiências anteriores bem-sucedidas. Numa das sessões, por exemplo, a pergunta “O que o faz querer mudar agora, mesmo que seja só um pouco?” permitiu aceder a motivações intrínsecas ligadas à preservação da autonomia funcional. Paralelamente, o Modelo das Forças (Gottlieb, 2013) sustentou a valorização do papel da Sra. M. como força interna do sistema, promovendo a aliança conjugal como recurso terapêutico e facilitador de mudança. A integração progressiva de novas práticas, ainda que modestas, revelou-se promissora, demonstrando ganhos potenciais em termos de corresponsabilização, empatia e motivação para a autogestão.

Apesar da resistência inicial, os resultados da intervenção demonstraram progressos discretos mas relevantes no domínio da autogestão. O Sr. A. demonstrou abertura para reduzir o uso de sal, aceitando experimentar as alternativas propostas pela Sra. M., como o uso de ervas aromáticas e condimentos naturais, em linha com as orientações do PNPAS (DGS, 2020).

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Esta mudança, ainda que parcial, refletiu um primeiro passo na consciencialização dos seus hábitos e na reavaliação do seu papel na gestão da doença. Foram também realizados ensaios pontuais de caminhadas em pequenos trajetos após o jantar, sugeridos no contexto de mudança incremental, de acordo com as recomendações do Plano Nacional para a Promoção da Atividade Física (DGS, 2020), o que permitiu iniciar a perceção dos benefícios físicos imediatos da atividade.

As orientações clínicas foram reforçadas com a entrega de um plano alimentar adaptado (Anexo II), complementado por uma lista de compras saudável e acessível (Anexo III). No que respeita à atividade física, foi trabalhada a consciencialização para a sua importância com base nas recomendações do Plano Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF, DGS, 2020), tendo sido sugeridas estratégias leves e realistas para incorporar movimento na rotina, respeitando o ritmo e as preferências do Sr. A.

A análise desta família evidencia que, mesmo na ausência de conflitos relacionais ou disfunções aparentes, é possível promover ganhos em saúde relevantes através da capacitação para a autogestão, do reforço da literacia em saúde e da ativação dos recursos relacionais existentes.

Apresenta-se em seguida (Figuras 8 e 9) o Genograma e Ecomapa da Família Verão.

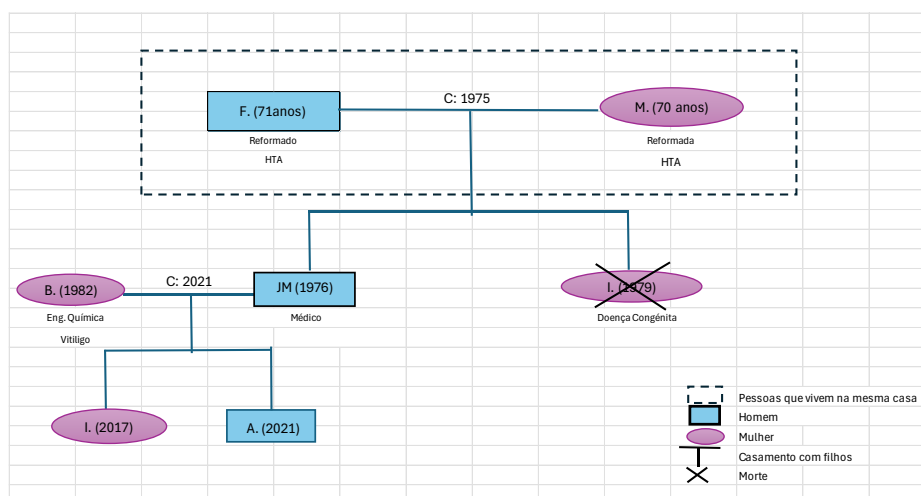


Figura 8: Ecomapa da Família Verão

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

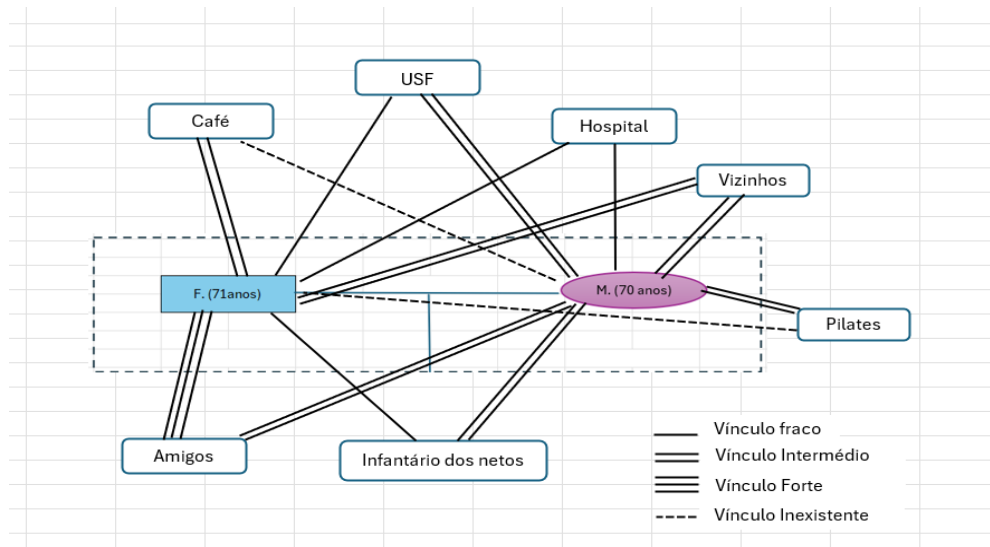


Figura 9: Ecomapa da Família Verão

Família Outono

A família Outono é constituída pelo Sr. P. (75 anos) e pela Sra. J. (73 anos), um casal idoso (etapa VIII do CVF de Duvall). Ambos apresentam diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes *Mellitus* tipo 2, ao que o Sr. P. acrescenta a dislipidemia. Trata-se de uma família nuclear, pertencente à classe média (grau 3 na escala de *Graffar* adaptada). Têm uma filha de 48 anos, casada, e dois netos adolescentes, com quem mantêm contacto telefónico diário e pessoal semanalmente. As funções destas relações são de companhia social e apoio emocional.

Na dimensão estrutural não foi identificada necessidade de intervenção, embora não tenham sido obtidos dados suficientes para formular diagnósticos nas áreas de atenção da Prevenção de Segurança e do Animal Doméstico, por ausência de observação direta. Os restantes focos foram considerados estáveis e sem evidência de risco.

Na dimensão desenvolvimento, foi formulado o diagnóstico Satisfação Conjugal não mantida por Relação Dinâmica disfuncional relacionada com a não Satisfação do Casal com a forma como cada um expressa os sentimentos. Para intervir neste domínio, foi utilizada a técnica das Cartas Terapêuticas, com o

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área

de Enfermagem de Saúde Familiar

objetivo de estimular a expressão emocional, a partilha afetiva e a valorização da história conjugal.

A atividade foi realizada no âmbito da segunda entrevista familiar, com os elementos do casal separados, em divisões diferentes. Previamente foi-lhe explicado o objetivo desta técnica e disponibilizado um cartão desdobrável A5 a cada um. Foi solicitado que escrevessem como têm sido os natais (entrevista realizada em dezembro) como casal e daí estenderem a narrativa aos anos de casamento, exprimindo aquilo que sentiam, sentem e desejam sentir futuramente.

Na fase seguinte da sessão, os cartões foram trocados, sendo lidos em silêncio por cada um dos cônjuges. As reações revelaram surpresa, reconhecimento e emoção contida. A Sra. J. afirmou que “já sabia que ele era carinhoso, mas é bom ouvir — ou ler, neste caso”, enquanto o Sr. P. referiu que “ela escreveu muito, para quem não gosta de escrever... e senti-me bem ao ler”. As cartas foram guardadas pela Sra. J., e ficou acordado que, até à próxima consulta, escreveriam diariamente uma palavra ou frase sobre o seu dia enquanto casal e a trocariam no final de cada dia.

Na sessão seguinte, o casal trouxe algumas mensagens escritas, embora não diárias. Admitiram que nem sempre cumpriram a proposta, mas que a atividade os levou a refletir e a valorizar pequenos gestos do quotidiano. Referiram que, embora não tivessem verbalizado tudo o que escreveram, sentiram-se mais próximos. A técnica mostrou-se útil para estimular uma narrativa comum e favorecer a expressão emocional em contexto relacional. Esta abordagem, fundamentada nas práticas narrativas e na psicoterapia com foco na atenção plena (Germer et al., 2013), proporcionou uma oportunidade terapêutica de reinterpretar os vínculos e significados da relação conjugal.

As cartas terapêuticas desempenham várias funções, como conectar eventos e encontros, unindo o passado com o presente e as possibilidades futuras. Podem destacar progressos, consolidar mudanças positivas, sustentar os significados criados durante as sessões, sugerir novas direções, oferecer suporte emocional,

reforçar competências e promover a reflexão, fortalecendo a capacidade do indivíduo para lidar com os seus problemas (Paiva & Emerson, 2012).

Na dimensão funcional, o processo familiar revelou-se funcional. A aplicação da Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* indicou baixo risco de adoecimento relacionado com eventos perturbadores significativos no último ano. A Escala Apgar Familiar de *Smilkstein* revelou um nível elevado de coesão, adaptabilidade e apoio percebido no seio familiar.

No domínio da autogestão, foram identificadas dificuldades significativas na adesão à prática de exercício físico. Através de uma avaliação personalizada, foi possível compreender que as barreiras incluíam fatores físicos (cansaço e dores articulares), emocionais (baixa motivação) e ambientais (clima, segurança, acessibilidade). A intervenção baseou-se nos princípios do Modelo de Autogestão (Lorig & Holman, 2003), integrando educação em saúde, motivação gradual e adaptações práticas. Paralelamente, foram mobilizadas as recomendações do PNPAF (DGS, 2020), ajustando as propostas à realidade do casal.

Entre as estratégias sugeridas, destacaram-se caminhadas curtas após o jantar, sessões leves de movimento com música em casa e estabelecimento de metas semanais alcançáveis. Foi igualmente explorada a vertente relacional da prática de exercício: encorajar o casal a caminhar em conjunto como momento de partilha e reforço do vínculo afetivo. A Sra. J. mostrou maior adesão inicial, influenciando positivamente o Sr. P., o que confirmou a importância da aliança conjugal como recurso terapêutico — conforme sublinhado pelo Modelo das Forças (Gottlieb, 2013). A intervenção resultou em ganhos mensuráveis: o casal passou a caminhar regularmente três vezes por semana em percursos próximos, reportando sensação de bem-estar e melhoria da disposição emocional.

A prática centrada na família, aliada a estratégias motivacionais e educativas, revelou-se eficaz na promoção de mudanças sustentáveis. O envolvimento gradual, respeitando o ritmo e as preferências do casal, possibilitou não só o início da prática física regular, como também reforçou a consciência crítica sobre hábitos de saúde, a corresponsabilização e a comunicação afetiva.

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Nas Figuras 10 e 11, apresentam-se o Genograma e Ecomapa da Família Outono.

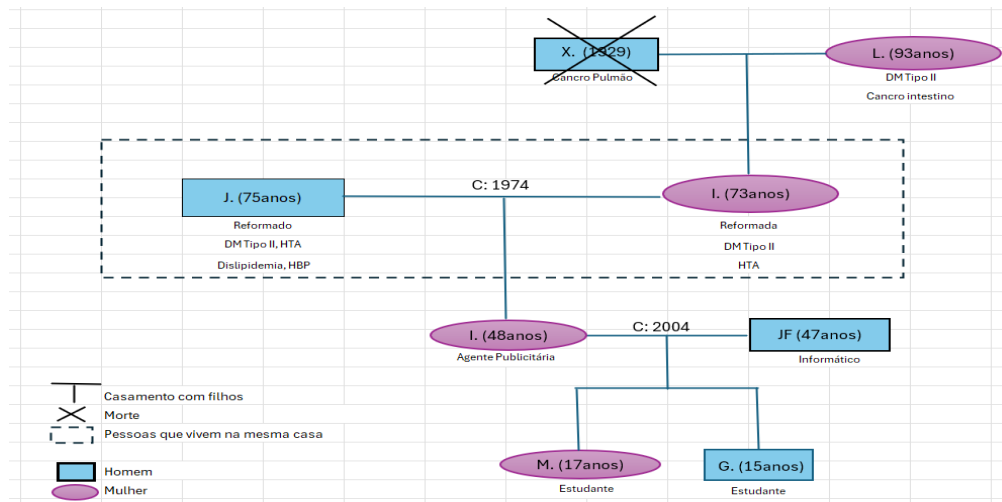


Figura 10: Genograma da Família Outono

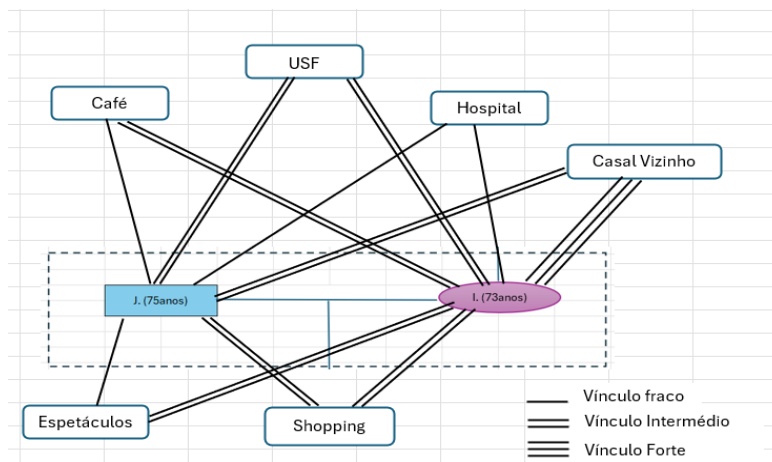


Figura 11: Ecomapa da Família Outono

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:**Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar****ANEXO II: PLANO ALIMENTAR SEMANAL****Plano Alimentar Semanal**

Refeição	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Pequeno-almoço	logurte natural + aveia + maçã e canela	Papas de aveia com banana	Pão integral c/ queijo fresco magro + chá	logurte natural + pêra + sementes	Papa de aveia com maçã + canela	Pão integral + ovo cozido	logurte natural + fruta da época
Meio da manhã	1 fruta (maçã)	1 punhado de frutos secos	1 fruta (pera)	1 iogurte natural	1 fruta (banana)	1 iogurte natural	1 fruta (pêssego)
Almoço	Leguminosas c/ arroz integral + legumes cozidos + frango grelhado	Dourada no forno + batata-doce + salada	Tofu estufado + arroz integral + brócolos	Sopa + omelete de espinafres + salada	Lentilhas estufadas + quinoa + legumes salteados	Bacalhau à Brás (sem natas) + legumes cozidos	Frango assado + arroz integral + salada
Lanche	logurte natural + nozes	Pão integral + queijo fresco	Húmus com cenoura crua	Fruta + 2 bolachas integrais	Pão integral c/ manteiga de amendoim (s/ açúcar)	logurte natural + fruta	Infusão + pão integral
Jantar	Sopa + ovo mexido + legumes	Sopa + peixe grelhado + legumes	Sopa + salada de grão-de-bico com atum	Sopa + frango cozido + legumes	Sopa + legumes salteados + ovo	Sopa + sandes de atum com vegetais	Sopa + salada de feijão-frade com ovo

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO III: LISTA DE COMPRAS PERSONALIZADA

Lista de Compras Semanal (Baseada no plano alimentar semanal)

- Legumes e hortícolas:

Brócolos, espinafres, cenoura, cebola, alho, tomate, pepino, alface, couve, alho-francês, pimentos, beterraba

- Frutas:

Maçã, banana, pêra, pêssego, fruta da época

- Leguminosas:

Grão-de-bico, lentilhas, feijão-frade, feijão vermelho

- Cereais e derivados:

Arroz integral, aveia, quinoa, batata-doce, pão integral, bolachas integrais (sem açúcar)

- Laticínios:

logurte natural (sem açúcar), queijo fresco magro

- Proteínas:

Frango, dourada, bacalhau, ovos, tofu, atum em água

- Outros:

Azeite, sementes (linhaça, girassol), frutos secos (nozes, amêndoas), canela, infusões, húmus, manteiga de amendoim (100%, sem açúcar)

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:
Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO IV: QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS

Avaliação de Necessidades de Formação no Serviço de Estágio

(Questionário enviado aos enfermeiros da USF)

Este questionário visa identificar as necessidades formativas individuais de cada profissional da Unidade de Saúde Familiar Saúde no Futuro, com o objetivo de planejar e adaptar a Formação em Serviço conduzida pela Enfermeira Sandra Freitas, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e no âmbito do tema do seu projeto “Famílias com casais com membros idosos com comorbilidades crónicas: projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Saúde Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar”.

O preenchimento demorará cerca de 10 minutos. Todas as respostas e dados fornecidos serão mantidos em confidencialidade e anonimato.

Para cada pergunta fechada, selecione a hipótese que entender correta para si e responda às perguntas abertas com a sua opinião honesta e considerando a sua prática clínica como Enfermeiro(a) de Saúde Familiar.

Parte I

1. Defina sucintamente o conceito de Família?

2. Teve alguma formação em contexto de Enfermagem em Saúde Familiar?

- a) SIM
 - Ambiente académico
 - Formação em serviço
 - Formação individual
 - Outra

b) NÃO

3. Conhece o Referencial Teórico e operativo do MDAIF?

- a. SIM
- b. NÃO

3.1. Se sim, qual a sua experiência com este Modelo Teórico na sua prática clínica?

- a. Nenhuma

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

**Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar**

- b. Pouca
- c. Suficiente
- d. Bastante

3.2. Se respondeu NÃO à pergunta 3, gostaria de obter mais conhecimentos sobre este Modelo?

- a. NÃO
- b. SIM

4. Nas suas consultas, utiliza o programa de Saúde Familiar para documentar cuidados no SClínico®?

- a. NÃO
- b. SIM
- c. ÀS VEZES

3.1 Se NÃO ou ÀS VEZES, refira os motivos que o/a inibem?

3.2 Se SIM, refira quais acha serem as vantagens?

4. Conhece algum dos focos de atenção em enfermagem que podem ser avaliados no programa de saúde familiar?

- a. NÃO
- b. SIM. Quais?

5. Responda com Verdadeiro (V) ou Falso (F) às seguintes afirmações:

5.1. Os postulados do MDAIF são compostos pela dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional e funcional;

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

5.2. Uma das áreas de atenção dimensão desenvolvimento é a Precaução de Segurança;

5.3. O programa de Saúde Familiar no SClínico é aberto, a partir do processo individual de um dos membros da família;

5.4. A escala de Graffar não é considerada no MDAIF, como um instrumento de diagnóstico;

5.5. As famílias nucleares têm de ser constituídas por casais formalmente casados;

5.6. A presença de animal doméstico é considerada na dimensão estrutura da família;

5.7. A avaliação das crenças familiares não é importante para a avaliação da família;

5.8. O Ecomapa é um instrumento de avaliação que se define pelo registo gráfico e sequencial da composição familiar e que contém pelo menos três gerações seguidas;

5.9. As redes de apoio não são consideradas na avaliação da família;

5.10. A satisfação conjugal, uma das áreas de atenção da dimensão desenvolvimento, implica a avaliação da relação dinâmica, da comunicação, da interação sexual e da função sexual;

5.11. A entrevista familiar sistémica deve manter o seu foco no indivíduo e não nas relações e na comunicação entre os membros da família;

5.12. O papel de prestador de cuidados e o rendimento familiar fazem parte da dimensão funcional da avaliação das famílias;

5.13. O Apgar Familiar de Smilkstein é uma das ferramentas de diagnóstico, utilizadas no MDAIF;

5.14. O papel de prestador de cuidados só é avaliado quando existe um membro da família que se encontra acamado.

Parte II

1. Como definiria o conceito de Casal?

2. Na sua perceção, em que consiste a prestação de cuidados aos casais com membros idosos com doença crónica?

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

3. Costuma avaliar, no contexto de famílias com casais em que ambos os membros têm doença crónica, os membros do casal em conjunto na consulta?

- a. NÃO
- b. SIM

- 3.1. Se SIM, ativa o programa de Saúde Familiar no S-Clínico?

- a. NÃO
- b. SIM

- 3.2. Se NÃO, acharia compensador ver o casal numa consulta conjunta relacionada com as suas doenças crónicas?

- a. NÃO
- ☒ b. SIM

5. Neste tipo de família, foca-se mais na gestão/adesão na doença crónica ou complementa com a avaliação do processo familiar?

- a. Foco na Gestão/Adesão da doença crónica
- b. Ambas

5. Em relação à gestão da doença crónica, quais os focos que lhe parecem adequados avaliar nas famílias com casais com membros portadores de doença crónica?

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Parte III

1. Numa escala de 0 a 5, onde 0 corresponde a NADA IMPORTANTE e 5 a MUITO IMPORTANTE, como descreveria a importância do programa de Saúde Familiar na sua prática clínica?

0	1	2	3	4	5

2. Numa escala de 0 a 5, onde 0 corresponde a NADA COMPETENTE e 5 a TOTALMENTE COMPETENTE, como descreveria a sua aptidão para abordar as famílias com membros com doença crónica, considerando a sua avaliação estrutura, desenvolvimento e funcionamento?

0	1	2	3	4	5

3. Numa escala de 0 a 5, onde 0 corresponde a NADA IMPORTANTE e 5 a MUITO IMPORTANTE, como classificaria a importância de avaliar os membros do casal enquanto subsistema familiar, para a procura da mestria na gestão e adesão ao seu regime terapêutico?

0	1	2	3	4	5

4. Numa escala de 0 a 5, onde 0 corresponde a NADA IMPORTANTE e 5 a MUITO IMPORTANTE, como classificaria a importância que as famílias com casais com membros idosos atribuem à autogestão da sua doença crónica?

0	1	2	3	4	5

Obrigada pela colaboração!

Sandra Freitas

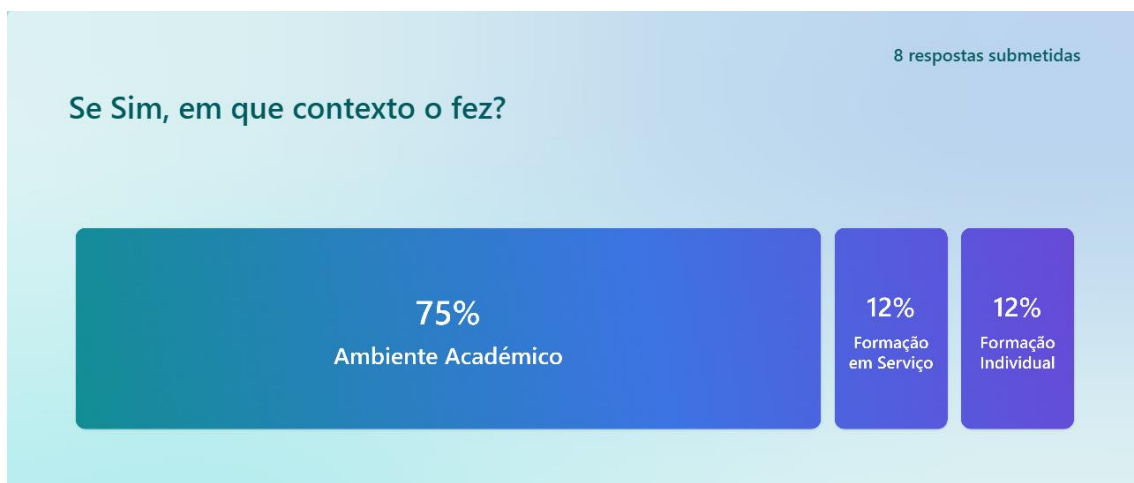
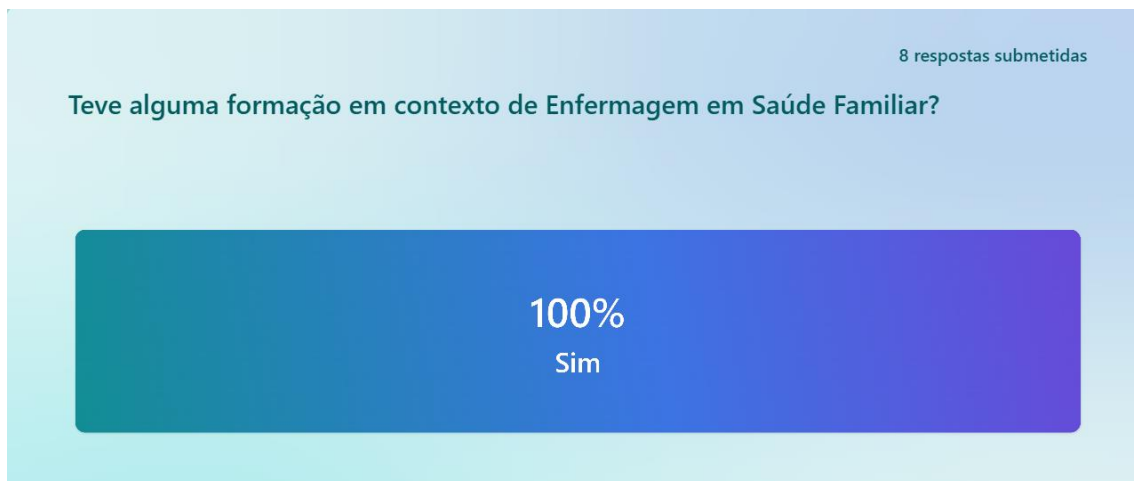
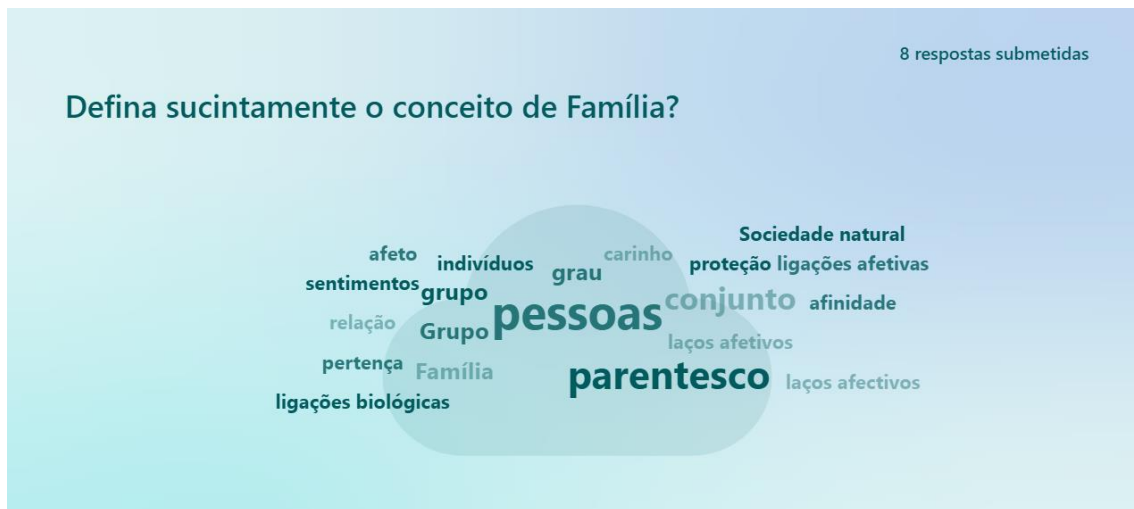
Aluna MESCSF

ESEP ep 11387

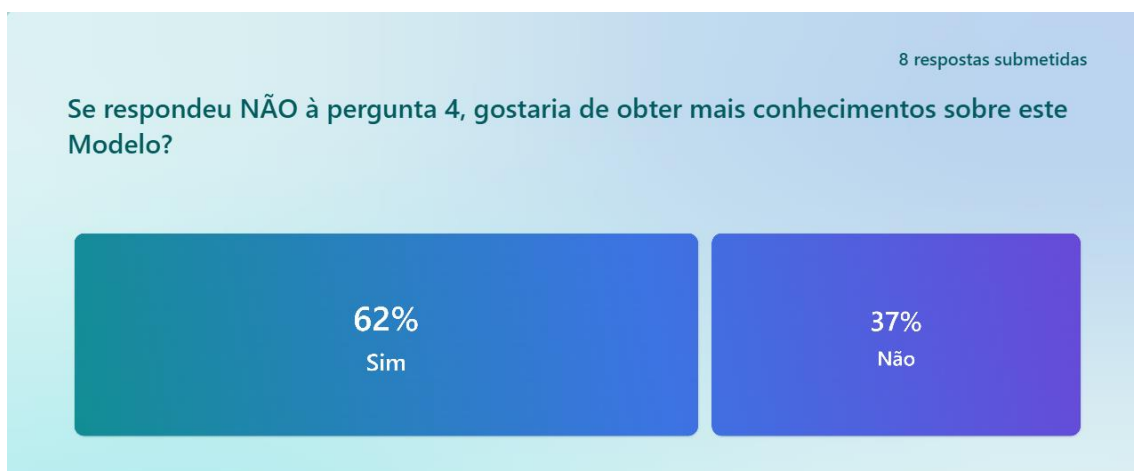
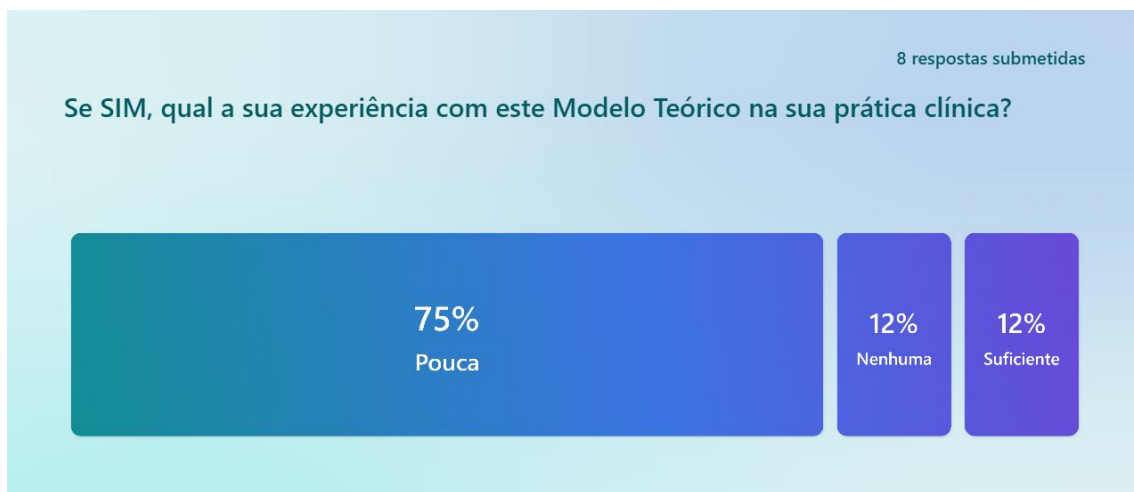
FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO V: RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES FORMATIVAS



FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:
Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar



FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

8 respostas submetidas

Nas suas consultas, utiliza o programa de Saúde Familiar para documentar cuidados no SClínico®?

50%
Não

50%
Às vezes

8 respostas submetidas

Se respondeu NÃO ou ÀS VEZES, refira os motivos que o/a inibem?



8 respostas submetidas

Se respondeu SIM, refira quais acha serem as vantagens?



FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

8 respostas submetidas

Conhece algum dos focos de atenção em enfermagem que podem ser avaliados no programa de saúde familiar?

87%
Sim

12%
Não

8 respostas submetidas

Se respondeu SIM, refira alguns.

satisfação conjugal Papel Parental Edifício Residencial gravidez abastecimento
cuidados **Rendimento Familiar** **Rendimento familiar**
Processo familiar **planeamento familiar** Papel parental
Envelhecimento **Processo Familiar** **Planeamento Familiar**
adaptação edifício residencial água segurança precaução papel prestador

8 respostas submetidas

As seguintes afirmações são Verdadeiras ou Falsas?

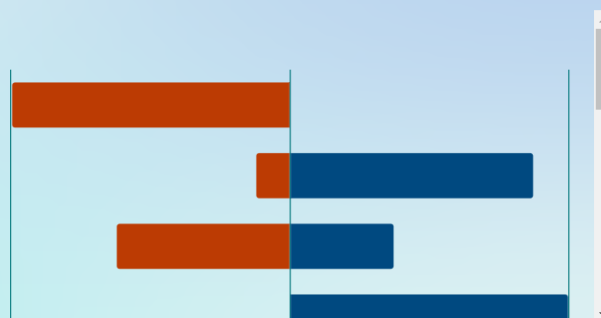
Verdadeiro Falso

Os postulados do MDAIF são compostos pela avaliação estrutural, do desenvolvi...

Uma das áreas de atenção dimensão desenvolvimento é a Precaução de...

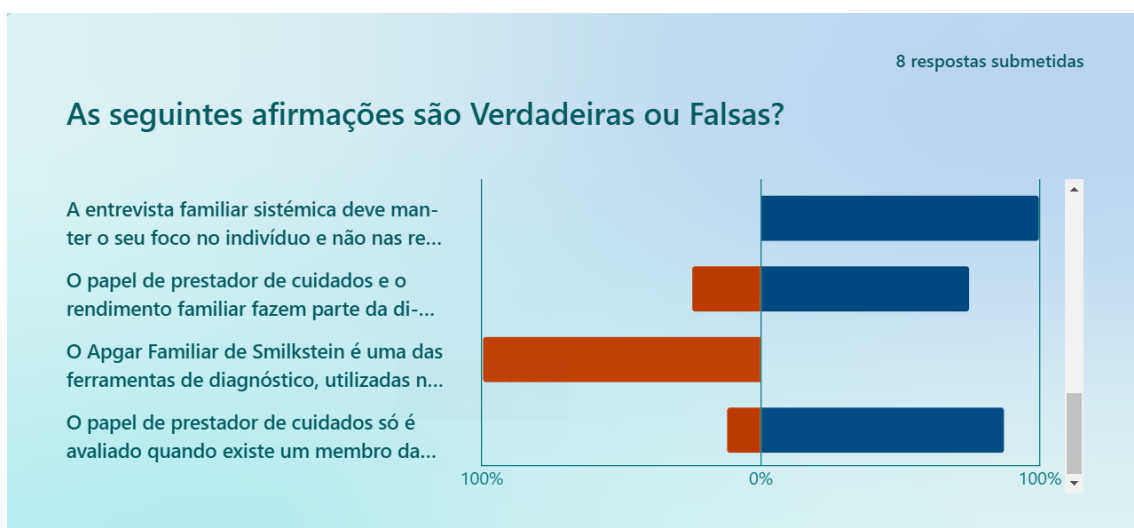
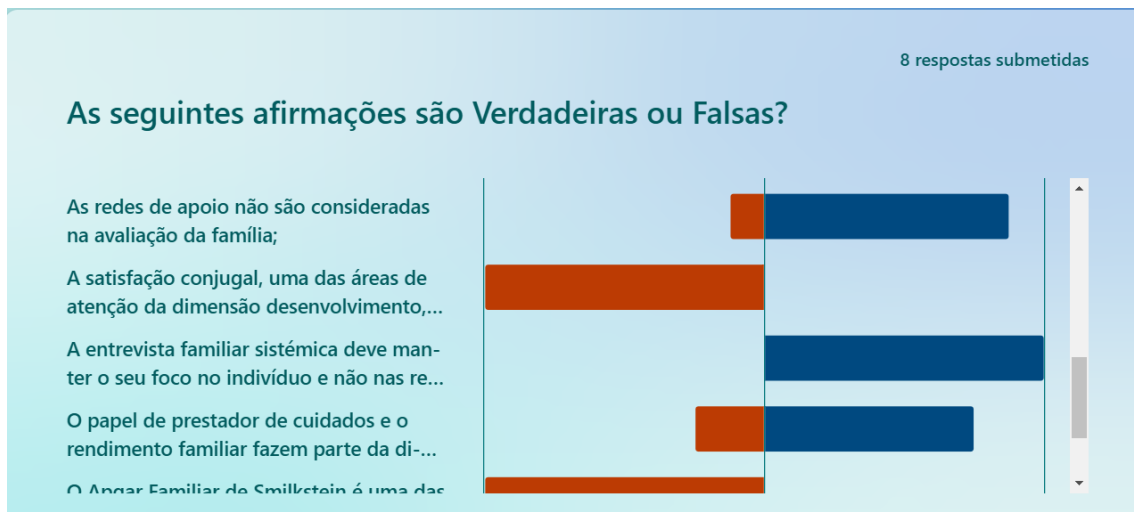
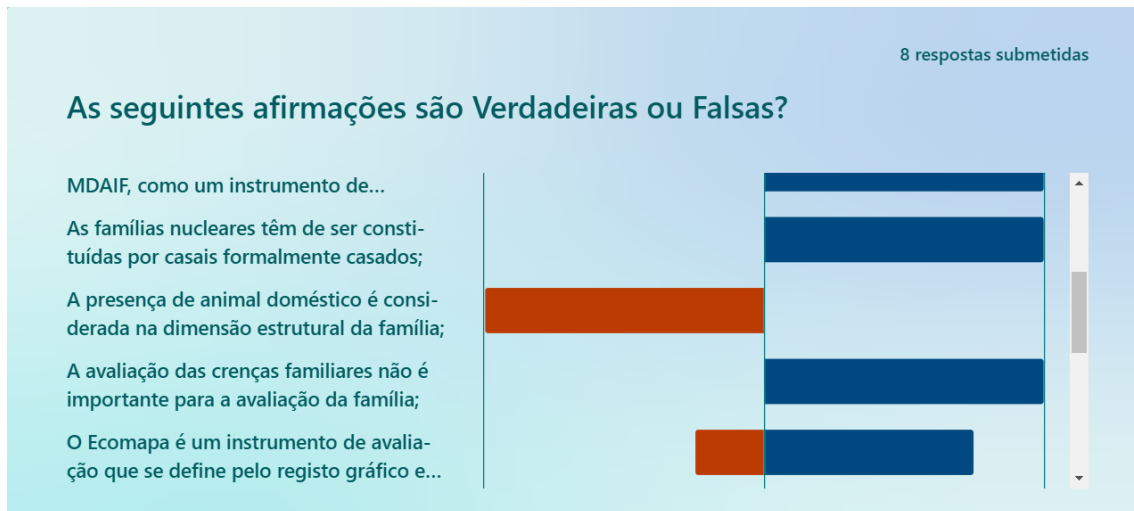
O programa de Saúde Familiar no SClínico® é aberto a partir do processo...

A escala de Graffar não é considerada no



FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar



FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

8 respostas submetidas

Como definiria o conceito de Casal?

A word cloud illustrating various concepts associated with the definition of a couple. The central and largest word is 'Duas pessoas'. Other prominent words include 'relação afetiva', 'compromisso', 'casamento', 'mesmo projeto', 'Par', 'indivíduos', 'vida', 'afeto', 'relacionamento afetivo', 'relação sentimental', 'convivência', 'Conjunto', 'laços carinho', and 'relação afectiva'.

8 respostas submetidas

Na sua percepção, em que consiste a prestação de cuidados aos casais com membros idosos com doença crónica?

A word cloud illustrating the components of care for couples with chronic diseases. The central and largest word is 'doença'. Other prominent words include 'saúde', 'necessidades', 'cuidados', 'doença crónica', 'apoio emocional', 'actividade física', 'regime terapêutico', 'avaliação', 'suporte social', 'clínico', 'qualidade', 'gestão', 'casal', 'prestação', 'objetivo', 'Vigilância', 'família', 'vida', 'enfermagem', and 'relação sentimental'.

8 respostas submetidas

No contexto de famílias com casais em que ambos os membros têm doença crónica, costuma avaliar os membros do casal em conjunto na consulta?

75%
Sim

25%
Não

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

8 respostas submetidas

Se SIM, ativa o programa de Saúde Familiar no SClínico®?

100%
Não

8 respostas submetidas

Se NÃO, acharia compensador ver o casal numa consulta conjunta relacionada com as suas doenças crónicas?

100%
Sim

8 respostas submetidas

Neste tipo de família, foca-se mais na gestão/adesão ao Regime Terapêutico na doença crónica ou complementa com a avaliação do processo familiar?

62%

Foco na gestão e adesão ao regime terapêutico

37%

Ambas

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

8 respostas submetidas

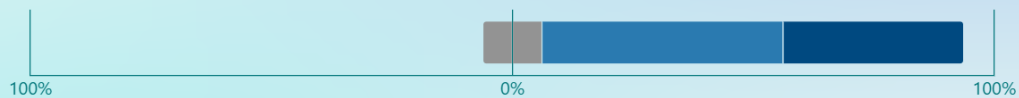
Em relação à gestão da doença crónica, quais os focos que lhe parecem adequados avaliar nas famílias com casais com membros portadores de doença crónica?



8 respostas submetidas

Numa escala de 0 a 5, onde 0 corresponde a NADA IMPORTANTE e 5 a MUITO IMPORTANTE, como descreveria a importância do programa de Saúde Familiar na su...

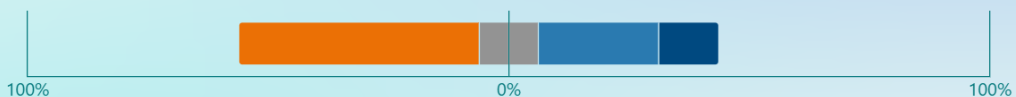
1 2 3 4 5



8 respostas submetidas

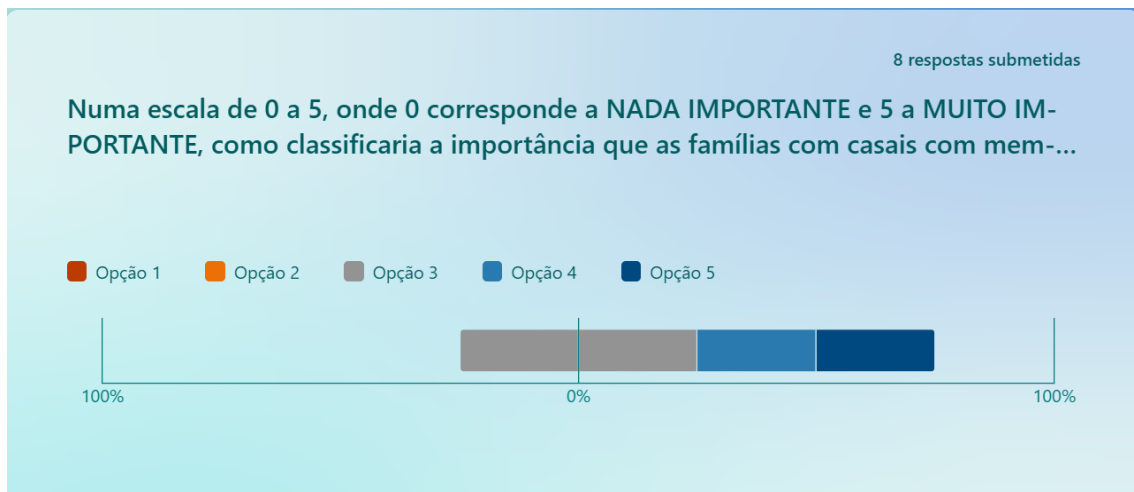
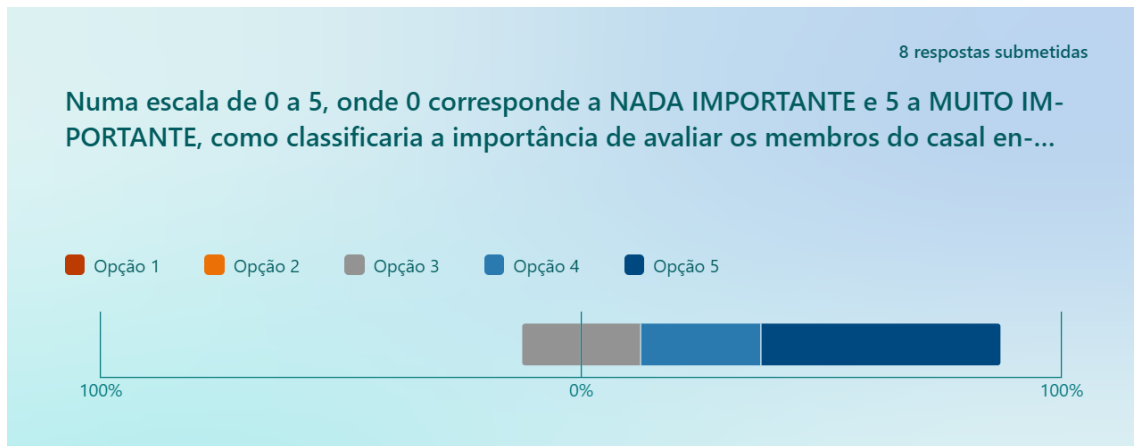
Numa escala de 0 a 5, onde 0 corresponde a NADA COMPETENTE e 5 a TOTALMENTE COMPETENTE, como descreveria a sua aptidão para abordar as famílias...

1 2 3 4 5



FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

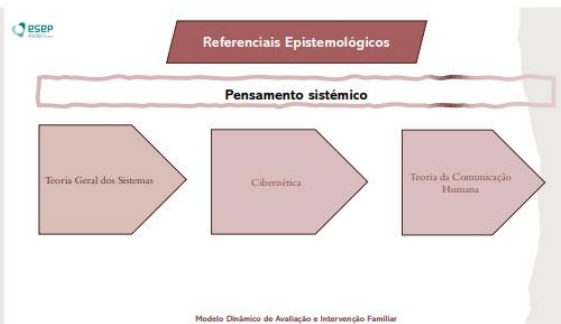
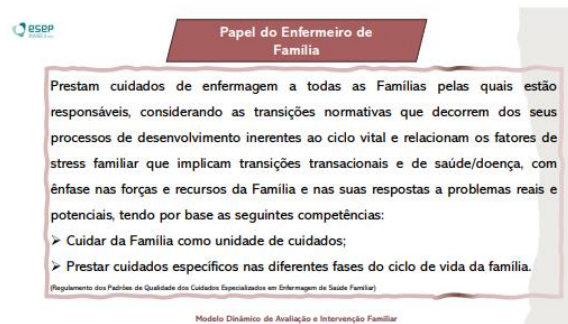
Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar



FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

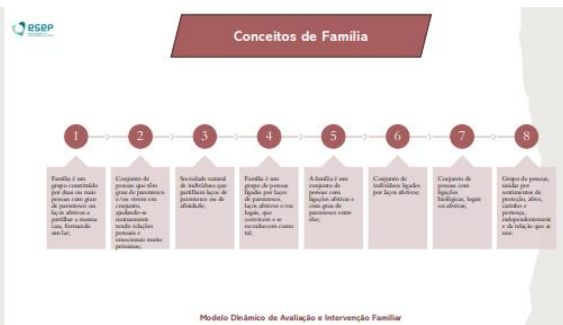
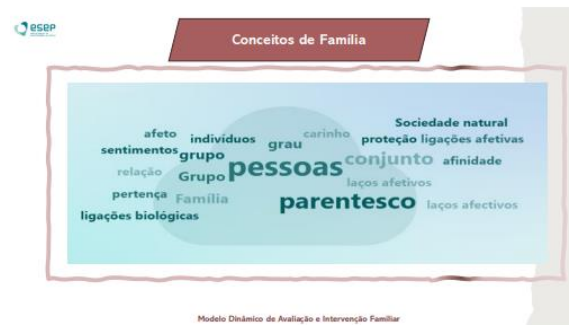
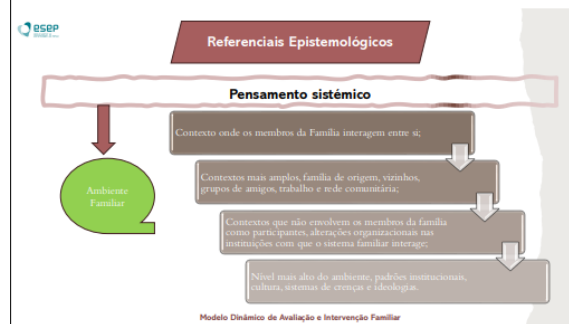
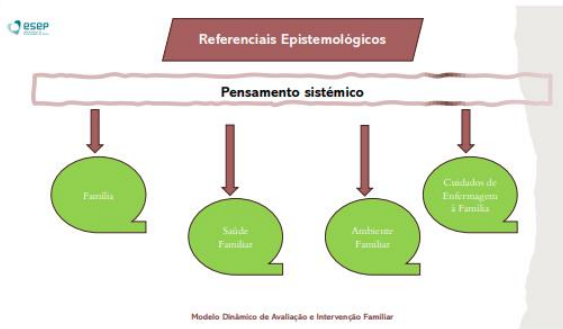
Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO VI: SESSÃO FORMATIVA MDAIF

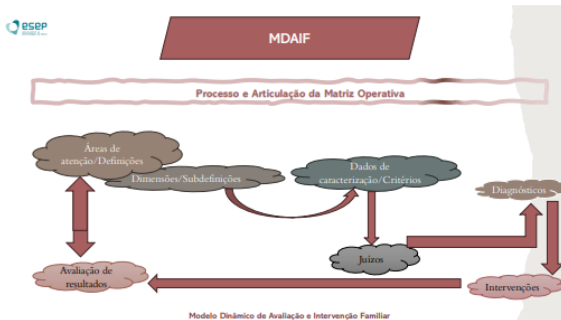
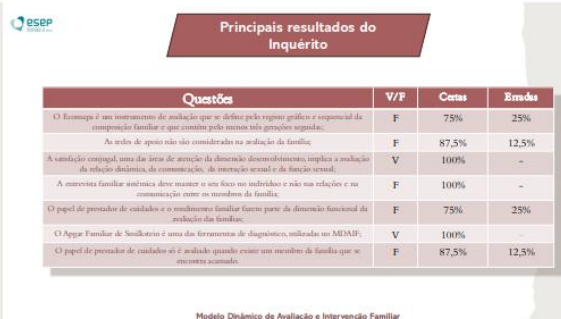
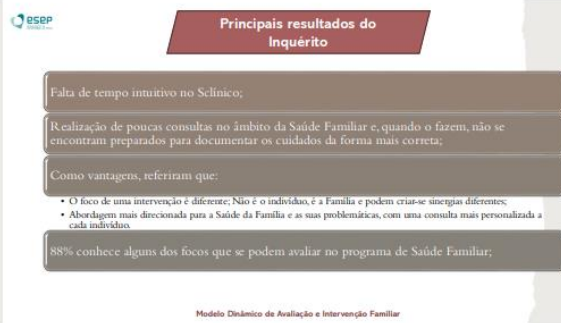


FAMÍLIAS COM CASAIIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

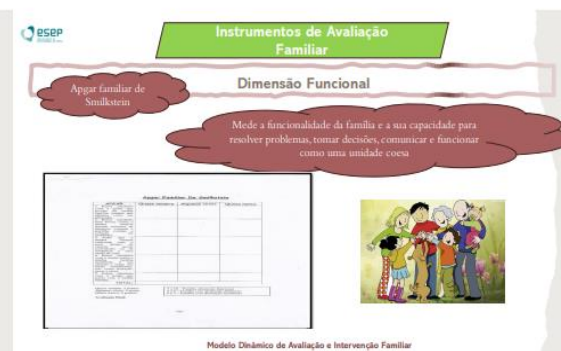
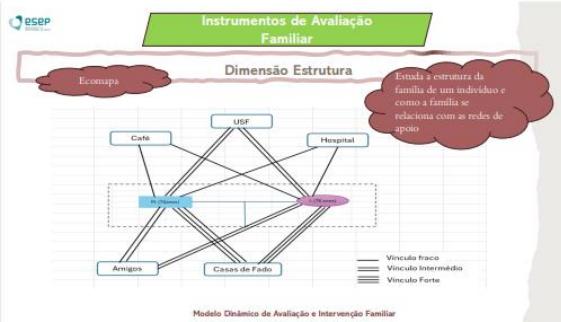
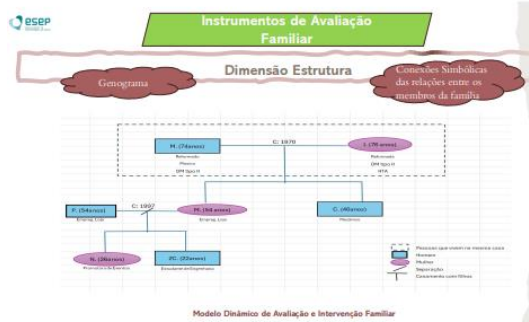


Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar



FAMÍLIAS COM CASAS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar



FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar



Instrumentos de Avaliação Familiar

FACES II

Dimensão Funcional

Mede o grau de coesão e adaptação da família. Ferramenta usada para avaliar a dinâmica familiar e entender como os membros da família interagem uns com os outros.



Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



Referências Bibliográficas

- ✓ Figueiredo, M. (2012). Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência.
- ✓ Figueiredo, M. et al (2022). Conceção de cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar. Estudos de caso. Saboos Lusodidacta.

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Obrigada pela atenção e colaboração

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

SANDRA FREITAS
EP11387

Porto, 2024

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO VII: SESSÃO FORMATIVA SBC

O Cuidar da Família baseado nas suas Forças



Sandra Freitas
ep11387

Laurie Gottlieb

Definição

O Cuidar baseado nas forças (SBC – Strengths Base Care) é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa e/ou das Famílias, centrando-se nos recursos que os indivíduos dispõem e que os ajuda a lidar eficazmente com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde.

Abordagem que identifica, mobiliza e utiliza as forças do indivíduo/famílias para promover a saúde e a cura.



Fundamentos Teóricos do SBC:

Mudança de Paradigma

O modelo de Gottlieb representa uma mudança de um enfoque no déficit para um enfoque nas forças, valorizando o que está a funcionar bem no indivíduo, na família e na comunidade.

Teoria do Desenvolvimento Humano

Baseia-se na ideia de que todos têm capacidades e recursos que podem ser mobilizados para promover a saúde e o bem-estar.

Objetivos do SBC

- Promover a autonomia das Famílias;
- Fortalecer a resiliência das Famílias;
- Promover saúde e bem-estar das Famílias;
- Melhorar a qualidade de vida das Famílias.



Princípios Fundamentais do SBC:

Foco nas Forças:

- Identificar e valorizar as capacidades e recursos da Família.

Parceria Terapêutica:

- Colaborar com as Famílias como parceiros ativos.

Cuidado Centrado na Pessoa:

- Personalizar o cuidado de acordo com as necessidades e preferências individuais e da Família.

Componentes do Modelo SBS

- **Avaliação das Forças:**
Utilizar ferramentas e técnicas para identificar as forças da Família;
- **Planejamento do Cuidado:**
Desenvolver planos de cuidado que utilizem essas forças;
- **Intervenções Baseadas nas Forças:**
Implementar intervenções que mobilizem e fortaleçam as capacidades da Família.



Ferramentas e Técnicas para identificação das Forças da Família

1. **Entrevistas Focadas nas Forças:**
Realizar entrevistas/questionários/observações que se concentrem em identificar as capacidades, recursos e histórias de sucesso da família.
2. **Mapas de Forças:**
Criar mapas visuais que destaquem as forças e recursos disponíveis dentro da família e na comunidade.
3. **Observação Participativa:**
Observar as interações familiares e identificar comportamentos e padrões que demonstram resiliência e apoio mútuo.
4. **Questionários e Inventários de Forças:**
Utilizar questionários padronizados para avaliar as forças individuais e coletivas da família.
5. **Histórias de Vida e Narrativas:**
Incentivar os membros da família a partilhar as suas histórias de vida, destacando momentos de superação e sucesso.
6. **Feedback Positivo e Reforço:**
Fornecer feedback positivo e reforçar comportamentos que demonstram as forças da família durante as interações de cuidado.

Benefícios do SBC

Melhoria da Satisfação das Famílias:

As Famílias e seus membros sentem-se mais valorizados e envolvidos no seu próprio cuidado.

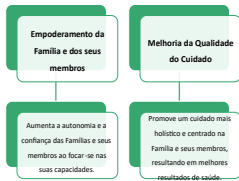
Resultados Positivos de Saúde:

A utilização das forças da Família pode levar a melhores resultados clínicos e maior bem-estar.

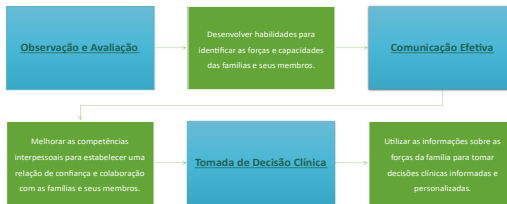
FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Benefícios Adicionais do SBC



Competências Necessárias:



Exemplo Prático:

Contexto: Uma enfermeira presta cuidados a uma família cujo membro mais velho, Sr. Eduardo, foi recentemente diagnosticado com uma doença crônica. A família está preocupada com a capacidade de cuidar dele em casa.



Passos da Abordagem Baseada nas Forças:

Entrevista Focada nas Forças:

- A enfermeira realiza uma entrevista com a família para identificar as suas forças. Durante a conversa, descobre que a família tem uma forte rede de apoio na comunidade e que a filha mais velha, Maria, tem experiência em cuidados de saúde.

Mapas de Forças:

- A enfermeira cria um mapa visual destacando as forças da família, como a rede de apoio comunitária e as habilidades de Maria. Este mapa é compartilhado com a família para que todos possam ver e valorizar os seus recursos.

Planejamento dos Cuidados:

- Juntos, a enfermeira e a família desenvolvem um plano de cuidados que utiliza essas forças. Maria assume um papel de liderar os cuidados diários, enquanto a comunidade oferece apoio emocional e logístico, como transporte para consultas médicas.

Intervenções Baseadas nas Forças:

- A enfermeira implementa intervenções que fortalecem as capacidades da família. Por exemplo, organiza sessões de treino para Maria sobre cuidados específicos necessários para o Sr. João e coordena grupos de apoio comunitário para oferecer suporte contínuo.

Feedback Positivo e Reforço:

- A enfermeira fornece feedback positivo regularmente, reforçando os esforços da família e destacando os progressos feitos. Ajuda a aumentar a confiança e a resiliência da família.

Resultados:



A família sente-se mais capacitada e confiante para cuidar do Sr. João, em casa;



O Sr. João experimenta uma melhoria na qualidade de vida devido ao cuidado personalizado e ao apoio contínuo da família e da comunidade.

Este exemplo ilustra como a abordagem baseada nas forças pode ser aplicada na prática para promover a saúde e o bem-estar, utilizando os recursos e capacidades existentes da família.

Referências Bibliográficas:

- Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-63-5
- Encarnação, P. (2021). *Strengths-based care: uma filosofia para cuidar em enfermagem promotora do empowement, da autoeficácia e da esperança*. Revista Baiana de Enfermagem, 35, e45203. DOI: 10.18471/rbe.v35.45203
- Gottlieb, L. N. (2013). *Strengths-based nursing care: health and healing for person and family*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0826195869

O Cuidar da Família baseado nas suas Forças

Obrigada pela vossa atenção e colaboração!

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÓNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO VIII: INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DAS SESSÕES FORMATIVAS

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

- Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar –

- Modelo das Forças de Gottlieb (SBC) -

1. Avaliação global das formações:

- a. De um ponto de vista geral, as formações agradaram-lhe?

Não	Muito Pouco	Talvez	Sim	Muito

- b. Os objetivos propostos foram cumpridos?

Não	Muito Pouco	Talvez	Sim	Muito

- c. As formações corresponderam às suas expetativas iniciais?

Não	Muito Pouco	Talvez	Sim	Muito

2. Relativamente aos conteúdos programáticos, considera que:

- a. Os temas abordados foram:

Nada importantes	Pouco importantes	Importantes	Bastante importantes	Muito importantes

- b. O tempo dedicado às apresentações foi:

Pouco	Muito Pouco	Suficiente	Bom	Muito Bom

- c. Em termos de aquisição de novos conhecimentos, foi:

Pouco	Muito Pouco	Suficiente	Bom	Muito Bom

3. Relativamente ao desempenho da formadora, considera:

- a. Foi clara na apresentação dos objetivos pedagógicos?

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:**Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar**

Pouco	Muito Pouco	Suficiente	Bom	Muito Bom

b. Dominava a matéria que ministrou?

Pouco	Muito Pouco	Suficiente	Bom	Muito Bom

c. Conseguiu motivar os elementos presentes?

Pouco	Muito Pouco	Suficiente	Bom	Muito Bom

4. Relativamente à organização da ação formativa, no que respeita a recursos de apoio, como considera?

a. A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados?

Má	Suficiente	Boa	Muito Boa	Excelente

b. A duração das ações formativas?

Má	Suficiente	Boa	Muito Boa	Excelente

c. O horário das ações de formação?

Mau	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Sandra Freitas

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO IX: INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DAS SESSÕES FORMATIVAS (RESULTADOS)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

- Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar –

- Modelo das Forças de Gottlieb (SBC) -

5. Avaliação global das formações:

a. De um ponto de vista geral, as formações agradaram-lhe?

Não	Muito Pouco	Talvez	Sim	Muito
		1 (12,5%)	5 (62,5%)	2 (25%)

b. Os objetivos propostos foram cumpridos?

Não	Muito Pouco	Talvez	Sim	Muito
			7 (87,5%)	1 (12,5%)

c. As formações corresponderam às suas expectativas iniciais?

Não	Muito Pouco	Talvez	Sim	Muito
			8 (100%)	

6. Relativamente aos conteúdos programáticos, considera que:

a. Os temas abordados foram:

Nada importantes	Pouco importantes	Importantes	Bastante importantes	Muito importantes
		1 (12,5%)	6 (75%)	1 (12,5%)

b. O tempo dedicado às apresentações foi:

Pouco	Muito Pouco	Suficiente	Bom	Muito Bom
		6 (75%)	2 (25%)	

c. Em termos de aquisição de novos conhecimentos, foi:

Pouco	Muito Pouco	Suficiente	Bom	Muito Bom
	2 (25%)	4 (50%)	2 (25%)	

FAMÍLIAS COM CASAIS COM MEMBROS IDOSOS COM COMORBILIDADES CRÔNICAS:**Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área
de Enfermagem de Saúde Familiar****7. Relativamente ao desempenho da formadora, considera:****a. Foi clara na apresentação dos objetivos pedagógicos?**

Pouco	Muito Pouco	Suficiente	Bom	Muito Bom
		1 (12,5%)	5 (62,5%)	2 (25%)

b. Dominava a matéria que ministrou?

Pouco	Muito Pouco	Suficiente	Bom	Muito Bom
		1 (12,5%)	7 (87,5%)	

c. Conseguiu motivar os elementos presentes?

Pouco	Muito Pouco	Suficiente	Bom	Muito Bom
			7 (87,5%)	1 (12,5%)

8. Relativamente à organização da ação formativa, no que respeita a recursos de apoio, como considera?**a. A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados?**

Má	Suficiente	Boa	Muito Boa	Excelente
			8 (100%)	

b. A duração das ações formativas?

Má	Suficiente	Boa	Muito Boa	Excelente
			8 (100%)	

c. O horário das ações de formação?

Mau	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
		7 (87,5%)	1 (12,5%)	

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Sandra Freitas