



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar

Relatório de Estágio

PROMover cuidados com Significado – Intervenção do **Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar em Casais de** **Pessoas Idosas**

Paula Alexandra Antas Gomes

Orientador(es) | Anabela Pereira Coelho

Évora 2026





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar

Relatório de Estágio

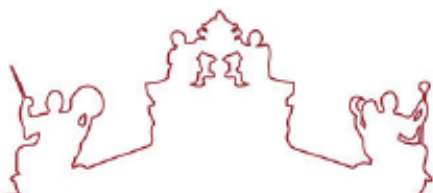
PROMover cuidados com Significado – Intervenção do **Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar em Casais de** **Pessoas Idosas**

Paula Alexandra Antas Gomes

Orientador(es) | Anabela Pereira Coelho

Évora 2026





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente		Raúl Alberto Carrilho Cordeiro (Instituto Politécnico de Portalegre)
Vogais		Ana Paula Calado Batista Enes de Oliveira (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) Anabela Pereira Coelho (Universidade de Évora) (Orientador) Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco (Instituto Politécnico de Portalegre) (Arguente)



AGRADECIMENTOS

Este relatório não representa apenas um percurso académico, é o reflexo de um caminho marcado por escolhas difíceis, cansaço acumulado e muitas ausências, mas também por aprendizagens e conquistas que jamais teria alcançado sozinha.

Aos meus filhos, o meu agradecimento mais sentido. Obrigada por compreenderem as minhas ausências, por serem o meu ponto de equilíbrio e por me lembrarem, todos os dias, do que realmente importa.

À minha família e aos meus amigos, agradeço a paciência, apoio e compreensão pelos meus silêncios e faltas.

À Professora Anabela, agradeço a disponibilidade, o rigor científico e a orientação ao longo de todo este percurso.

À enfermeira orientadora, o meu obrigada pelo acolhimento e pela forma generosa como me acompanhou durante o estágio.

Aos colegas de trabalho, agradeço a compreensão pelas minhas ausências e todo o apoio prestado. Obrigada por cuidarem das “minhas” famílias.

À Paula Bilro deixo um agradecimento que é, também, um reconhecimento. Obrigada por abrires esta porta e me “empurrar” na direção certa. Obrigada por acreditares em mim, quando eu própria duvidava, por me desafiares, por insistires e por me incentivares a investir no meu percurso profissional.

À Isabel (a Gracinha cá por casa) o meu obrigada especial. Caminhar contigo foi mais do que dividir trabalhos e prazos. Foi partilhar sonhos, risos e desafios. Obrigada pela companhia, pelo apoio nos momentos mais difíceis e por não me deixares desistir. Que bom foi poder partilhar contigo esta viagem.

A todos, o meu obrigada mais sincero. Este percurso é meu, mas não teria sido possível sem vocês ao meu lado.

Título: PROMover cuidados com Significado – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar em Casais de Pessoas Idosas

RESUMO

Este relatório de estágio, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, descreve o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas e o papel diferenciador do Enfermeiro Especialista na promoção do envelhecimento saudável. Num contexto marcado pelo envelhecimento populacional, multimorbilidade e fragilidade, emergem desafios crescentes que exigem intervenções inovadoras e centradas na família.

A partir da avaliação familiar de dois casais idosos, foram elaborados e implementados planos de cuidados individualizados, sustentados no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e na abordagem do Cuidar Baseado nas Forças. Destaca-se a integração dos resultados de saúde reportados pelos utentes (PROMs) como instrumentos de monitorização de ganhos em saúde e suporte à tomada de decisão clínica.

De forma global, o estágio contribuiu para reforçar e aperfeiçoar uma intervenção especializada mais ajustada às necessidades dos casais idosos, evidenciando o contributo diferenciado da enfermagem especializada na melhoria dos resultados em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Família; Idoso; Medidas de resultados relatados pelo paciente; Qualidade da Assistência à Saúde;

Title: PROMoting Meaningful Care: A Family Health Nursing Intervention in Older Adult Couples

ABSTRACT

This clinical placement report, developed as part of the Master's Degree in Family Health Nursing, describes the acquisition and consolidation of advanced competencies as well as the distinctive role of the specialist nurse in promoting healthy ageing. In a context marked by population ageing, multimorbidity, and frailty, growing challenges emerge that require innovative, family-centred interventions.

Based on the family assessment of two older couples, individualized care plans were developed and implemented, grounded in the Calgary Family Assessment and Intervention Model and the Strengths-Based Care approach. The integration of patient-reported outcome measures (PROMs) is highlighted as a key strategy for monitoring health gains and supporting clinical decision-making.

Overall, this clinical experience contributed to strengthening and refining a specialized intervention more closely aligned with the needs of older couples, highlighting the unique contribution of specialist nursing to improving health outcomes.

Keywords: Nursing; Family; Aged; Patient Reported Outcomes Measures; Quality of Health Care;

Abreviaturas e Siglas

APA - American Psychological Association

AVD - Atividades de vida diárias

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CBF – Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças

CSP- Cuidados de Saúde Primários

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

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

HTA - Hipertensão Arterial

ICHOM - Consórcio Internacional para a Medição de Resultados em Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPFCC - Institute for Patient- and Family-Centered Care

MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção Familiar

OMS - Organização Mundial da Saúde

PROMs- Resultados Reportados pelo Utente

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

Índice

0 – INTRODUÇÃO	13
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1- O CASAL DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	16
1.2- FUNDAMENTOS CONCEPTUAIS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	19
1.3- MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MCAIF)	23
1.3.1 Modelo Calgary de avaliação familiar (MCAF)	24
1.3.2 - Modelo Calgary de intervenção familiar (MCIF)	25
1.4- ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	25
2- CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	28
2.1. ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO E DEMOGRÁFICO	28
2.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	29
2.3 – CONSULTAS DE ENFERMAGEM	29
2.4 - CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES INSCRITOS.....	30
3 - AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	32
3.1 - METODOLOGIA	32
3.1.1 - Tipo de estudo.....	33
3.1.2 - Participantes.....	33
3.1.3 - Instrumentos e técnicas de colheita de dados.....	34
3.1.4 - Análise de dados	37
3.1.5 - Considerações éticas.....	38
3.1.6 - Limitações e delimitações	39
3.2 – ESTUDO DE CASO FAMILIAR.....	39
3.2.1 – Estudo de Caso da Família RN	39
3.2.2 - Estudo de caso da Família SG	50
3.3 – RESULTADOS	60
3.4- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	67
4- COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE E COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	73
4.1- COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE	73
4.2- COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	76
4.2.1- Responsabilidade profissional, ética e legal.....	76
4.2.2-Melhoria Contínua da Qualidade	77

4.2.3- Gestão dos Cuidados	78
4.2.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	79
4.3- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE FAMILIAR	80
4.3.1- 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	80
4.3.2- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	81
5 – CONCLUSÃO	83
ANEXOS	92
Anexo I – Autorização para utilização do questionário SF-36	93
Anexo II – Autorização para utilização da Escala de solidão da UCLA (UCLA 16)	95
Anexo III – Autorização para utilização da Escala de Fragilidade Clínica	97
Anexo IV – Escala de Fragilidade Clínica	99
Anexo V – Autorização do coordenador da USF para a implementação do projeto	101
Anexo VI – Escala FACES II da Família RN	103
Anexo VII – Escala de Graffar da Família RN	107
Anexo VIII – Escala APGAR Familiar de Smilkstein da Família RN	109
Anexo IX – Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe da Família RN	111
Anexo X – Escala FACES II da Família SG	114
Anexo XI – Escala de Graffar da Família SG	118
Anexo XII – Escala APGAR Familiar de Smilkstein da Família SG	120
Anexo XIII - Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe da Família SG	122
Anexo XIV - Escalas e questionários aplicados à CN para avaliação dos PROMs	125
Anexo XV – Escalas e questionários aplicados à AG para avaliação dos PROMs	138
Anexo XVI – Certificado do webinar "Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar - 2ª Sessão"	151
Anexo XVII – Certificado do VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar	153
Anexo XVIII – Certificado do workshop “Conversas com família: o foco no comportamento do enfermeiro”	155
Anexo XIX – Certificado workshop “Famílias no final do ciclo vital”	157
Anexo XX – Certificado do 4.º Seminário Nacional/1.º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar	159
Anexo XXI – Certificado da Microcredencial “Saúde Familiar – Uma Abordagem Sistémica: Uma Intervenção”	161

Anexo XXII – Certificado de participação no 2nd International Congress of Family Health.	163
Anexo XXIII – Comprovativo de inscrição na Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem.	165
Anexo XXIV – Certificado do webinar “Múltiplas Respostas de Enfermagem para a Comunidade”.....	167
Anexo XXV – Certificado do webinar “Gestão, indicadores e Boas Práticas na Documentação de Enfermagem”	169
Anexo XXVI – Certificado do webinar "EaQ - Cuidador Informal".	171
Anexo XXVII – Certificado do webinar “Cuidados que Desafiam, Ligam e Integram”.	173
Anexo XXVIII – Certificado do webinar “Desafios da Gestão em Enfermagem”.....	175
Anexo XXIX – Certificado de apresentação de poster no 2nd International Congress of Family Health.....	177
APÊNDICES	179
Apêndice I - Guião de Entrevista.....	180
Apêndice II – Consentimento informado	188
Apêndice III – Slides da sessão realizada na USF.	191

Índice de tabelas

Tabela 1. Plano de Cuidados da Família RN.....	47
Tabela 2 . Plano de Cuidados da Família SG.....	57
Tabela 3 . Caracterização sociodemográfica das participantes.	61
Tabela 4 . Caracterização clínica das participantes.....	61
Tabela 5 . Avaliação de indicadores relativos ao estado de saúde e fragilidade antes e após a intervenção.....	63
Tabela 6. Avaliação de indicadores relativos à desutilidade dos cuidados, utilização de recursos e responsividade do sistema, antes e após a intervenção.	63
Tabela 7. Avaliação de indicadores relativos à sustentabilidade da saúde e bem-estar.	65
Tabela 8 - Tabela resumo da implementação do projeto.	70

Índice de figuras

Figura 1.	40
Figura 2	41
Figura 3	51
Figura 4	52

0 – INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, que decorreu nos anos letivos 2024/2026, na Universidade de Évora. Reflete o percurso formativo desenvolvido em contexto de estágio, evidenciando as atividades realizadas e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF).

O curso integrou a realização de dois estágios numa Unidade de Saúde Familiar (USF), inserida numa Unidade Local de Saúde (ULS) da área metropolitana de Lisboa. O estágio em Enfermagem de Saúde Familiar decorreu entre 22 de abril e 20 de junho de 2025, seguido do estágio em Enfermagem de Saúde Familiar com relatório, que decorreu no período entre 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026.

As USF são unidades funcionais integradas no sistema nacional de saúde e têm como missão prestar cuidados de saúde personalizados aos indivíduos e famílias inscritas, através de equipas multidisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos. (Ministério da Saúde, 2023). Com a entrada em vigor dum novo modelo organizativo, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, as USF passaram a integrar as ULS. Com este modelo procurou-se promover uma gestão integrada dos cuidados de saúde, procurando assegurar uma maior articulação entre os diferentes níveis de cuidados, melhorar o acesso das pessoas aos serviços de saúde e otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

Neste contexto, destaca-se o papel do Enfermeiro de Família enquanto profissional de referência na prestação de cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde primários. A sua intervenção encontra enquadramento legal no Decreto-Lei n.º 118/2014, que estabelece os princípios orientadores da atividade do enfermeiro de família, bem como no Regulamento nº 428/2018, que regulamenta as competências específicas do EEECESF. De acordo com estes referenciais, o enfermeiro de família cuida da família enquanto unidade de cuidados. Sendo responsável pela prestação de cuidados de enfermagem a indivíduos e famílias ao longo do ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção e em múltiplos contextos, assumindo ainda um papel fundamental na articulação entre a família, os restantes profissionais de saúde e os recursos da comunidade (Ministério da Saúde, 2014; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

As alterações demográficas e socioeconómicas verificadas nas últimas décadas, têm conduzido a um aumento significativo da esperança média de vida, resultando, consequentemente, no envelhecimento da população. Este fenómeno representa um grande

desafio para os sistemas de saúde, uma vez que está associado a um aumento da prevalência de doenças crónicas, limitações funcionais e fragilidade, que exigem respostas de cuidados cada vez mais complexas e centradas na pessoa e na família (Gottlieb, 2016; Hanson, 2005). Neste contexto, a prestação de cuidados à pessoa idosa e à sua família, em particular quando envolve pessoas idosas a cuidar de pessoas idosas, assume especial relevância, dada a complexidade das dinâmicas familiares e das necessidades associadas ao envelhecimento conjugal (Martins & Ribeiro, 2023).

Face a esta realidade, o EEECESF assume um papel central na resposta às necessidades complexas da pessoa idosa e da sua família. A sua intervenção fundamenta-se numa perspetiva holística e integrada do cuidado, na qual o indivíduo não pode ser dissociado do contexto familiar em que se insere, e caracteriza-se por uma abordagem estruturada, centrada na família enquanto unidade de cuidados, reconhecendo as relações existentes, os papéis familiares e os recursos disponíveis, bem como as vulnerabilidades associadas ao envelhecimento. A sua prática é sustentada por modelos teóricos, destacando-se o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, que permite uma compreensão abrangente da família, preconizando uma avaliação centrada em três dimensões principais: estrutural, desenvolvimento e funcional, e orienta a implementação de intervenções de enfermagem ajustadas às necessidades específicas de cada família (Wright & Leahey, 2011).

Atendendo ao contexto descrito e aos objetivos definidos para o curso de mestrado, o presente relatório de estágio assume a metodologia de projeto, integrando o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de um projeto de intervenção junto de casais de pessoas idosas, recorrendo à monitorização de resultados reportados pelos próprios (PROMs).

O presente relatório tem como objetivo geral descrever, analisar e refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas no âmbito dos estágios em Enfermagem de Saúde Familiar, evidenciando o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do EEECESF. Como objetivos específicos pretende-se: caracterizar o contexto dos estágios e a população-alvo do projeto desenvolvido; descrever a avaliação das duas famílias incluídas no projeto, de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF); apresentar os planos de cuidados elaborados para cada família, em função dos diagnósticos identificados; avaliar os resultados da intervenção desenvolvida junto de cada família e analisar o percurso formativo e o desenvolvimento de competências especializadas e competências de grau de mestre.

O presente relatório encontra-se organizado em cinco partes. Após a presente introdução é apresentada uma revisão da literatura, com o objetivo de enquadrar a temática em estudo e evidenciar a sua relevância para a Enfermagem de Saúde Familiar. Segue-se a caracterização do contexto do estágio. De seguida descreve-se a avaliação e a intervenção

familiar realizadas junto das famílias incluídas no projeto. O capítulo seguinte é dedicado à análise do desenvolvimento das competências especializadas e de grau de mestre, estabelecendo a ligação entre as competências adquiridas e as atividades desenvolvidas durante o estágio. Por fim, apresenta-se a conclusão, onde se sintetizam os principais contributos do trabalho realizado.

Este documento foi elaborado de acordo com a sétima edição das normas da American Psychological Association (APA) e as orientações institucionais para a elaboração e apresentação de trabalhos académicos em vigor na instituição que acolhe este curso de mestrado.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1- O CASAL DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional constitui uma das mais significativas transformações demográficas das últimas décadas, assumindo expressão global e impacto transversal nas estruturas sociais, familiares e nos sistemas de saúde (Hanson, 2005; Martins & Ribeiro, 2023). De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que até 2050 o número de pessoas com 60 ou mais anos duplique, atingindo cerca de 2,1 mil milhões em todo o mundo (Organização das Nações Unidas [ONU], 2019). Em Portugal, esta tendência reflete-se no aumento progressivo do Índice de Envelhecimento, verificando-se em 2023 a existência de 188 pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2025).

Reconhecendo a relevância do envelhecimento populacional e das alterações que daí decorrem, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou, em 2020, a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, com o objetivo de promover uma sociedade inclusiva, melhorando a vida das pessoas idosas, das suas famílias e das comunidades onde estão inseridas (World Health Organization [WHO], 2020).

Segundo a OMS, a chave para a promoção do envelhecimento saudável está em otimizar a capacidade intrínseca e a habilidade funcional das pessoas ao longo da vida. Sendo a capacidade intrínseca definida como a combinação das capacidades físicas e mentais do indivíduo e a habilidade funcional a combinação e interação da capacidade intrínseca com o ambiente no qual a pessoa está inserida (WHO, 2024). Esta conceptualização reforça a necessidade de reconhecer que as questões da autonomia e dependência da pessoa idosa não podem ser reduzidas ao que se relaciona com a capacidade física, envolvem também fatores emocionais, ambientais e sociais (WHO, 2024).

O fenómeno de alteração demográfica tem igualmente conduzido a mudanças na organização e tipologia das famílias, observando-se um aumento do número de famílias unipessoais e de famílias em que pessoas idosas assumem o cuidado de outras pessoas idosas (Martins & Ribeiro, 2023). De acordo com o estudo “Famílias nas fases mais avançadas da vida: tendências atuais”, em 2021 existiam em Portugal 1 444 872 pessoas com mais de

65 anos a viver em casal, o que demonstra a relevância desta configuração familiar no contexto nacional (São José & Coelho, 2024).

No contexto atual, é o cônjuge que tende a assumir a principal responsabilidade pelos cuidados à pessoa idosa dependente (Hanson, 2005). E, embora tradicionalmente esse papel recaía sobre a mulher, verifica-se que quando a esposa necessita de cuidados, os maridos idosos assumem igualmente a função de cuidador (Alves et al., 2018; Hanson, 2005).

De acordo com Alves et al. (2018) espera-se que o cuidado conjugal continue a ganhar uma relevância cada vez maior na sociedade atual, em virtude de transformações demográficas e sociais como: o aumento da esperança média de vida, a redução das redes de apoio familiar, a menor coabitação entre pais e filhos, a maior participação feminina no mercado de trabalho, a diminuição do número de filhos e a melhoria da saúde masculina.

O aumento da longevidade está muitas vezes associado a um maior risco de dependência funcional, decorrente do declínio progressivo das capacidades físicas e cognitivas (Hanson, 2005). Neste contexto, assume particular relevância o conceito de fragilidade, uma síndrome de natureza multidimensional, resultante do declínio de diversos sistemas fisiológicos e que se traduz numa diminuição das reservas orgânicas e numa maior vulnerabilidade a eventos adversos, nomeadamente quedas, hospitalizações, incapacidade ou mortalidade (Clegg et al., 2013; Pinto et al., 2022).

Embora não corresponda necessariamente a uma situação de dependência instalada, a fragilidade configura um estado de maior suscetibilidade a fatores de stress e a eventos adversos, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa, sobretudo quando coexistem limitações no acesso a recursos de apoio e proteção. Referem Martins & Ribeiro (2023), citando Rodrigues & Neri, que devido ao risco de desenvolvimento de doenças, bem como à maior dificuldade em aceder a recursos de apoio e proteção, as pessoas idosas apresentam um maior risco de desenvolver vulnerabilidade.

Quando uma pessoa idosa assume o cuidado de outra pessoa idosa, configura-se uma situação de particular complexidade, descrita como dupla vulnerabilidade, resultante da conjugação do risco inerente ao processo de envelhecimento com as exigências associadas ao papel de cuidador (Alves et al., 2018). O exercício do cuidado constitui, só por si um evento causador de stress. Quando desempenhado por uma pessoa idosa, com todas as limitações associadas, podem surgir dificuldades acrescidas na mobilização de estratégias adaptativas eficazes, aumentando o risco de desfechos negativos, sobretudo quando não existe um suporte adequado (Alves et al., 2018).

Ainda que esta realidade evidencie riscos significativos, importa reconhecer que a adaptação do casal resulta da interação dinâmica entre fatores individuais, relacionais e contextuais, podendo estes atenuar o impacto das exigências associadas ao cuidado. Entre

os fatores contextuais que influenciam a capacidade adaptativa do casal idoso destaca-se a etapa do ciclo vital familiar em que se encontra inserido.

Na perspetiva de Relvas (2004) a família é definida como um sistema aberto, em permanente transformação, ocorrendo o seu desenvolvimento através de uma sequência de etapas, marcadas por momentos de crise ou transição. Cada uma das etapas implica o cumprimento de um conjunto de tarefas específicas que conduzem a processos de reorganização estrutural e relacional. Esta sequência de etapas transformadoras, em que a família evolui, constitui o ciclo vital familiar (Hanson, 2005; Relvas, 2004). Este não é um percurso linear e rígido, mas antes um processo dinâmico, no qual os estádios de desenvolvimento muitas vezes se sobrepõem e que é influenciado por fatores históricos, culturais e contextuais (Relvas, 2004).

A etapa **família com filhos adultos** é a última etapa do ciclo vital, coincide com o envelhecimento do casal e é marcada pelo entrecruzar de, pelo menos, três gerações (Relvas, 2004). O sistema familiar vive um movimento dinâmico de contração e expansão, marcado pela saída de casa dos filhos adultos e pela entrada de novos elementos, como genros, noras e netos. A geração intermédia, frequentemente designada por "geração sanduíche", pode vivenciar um conflito de papéis, associado à necessidade de responder simultaneamente às responsabilidades parentais e às exigências crescentes de apoio, por parte da geração ascendente (Hanson, 2005; Relvas, 2004).

Do ponto de vista das tarefas evolutivas, esta fase exige uma profunda reorganização estrutural e relacional, centrada na redefinição das fronteiras e dos papéis familiares. O casal é desafiado a ultrapassar o impacto do "ninho vazio" e investir novamente na sua conjugalidade através de uma renegociação do subsistema conjugal, agora que este se encontra liberto das exigências parentais quotidianas. Simultaneamente, a relação com os filhos deve evoluir de um modelo de dependência para um padrão de relação mais horizontalizado, exigindo uma aceitação mútua da diferenciação individual. A flexibilização do sistema familiar é também fundamental para permitir a integração de novos elementos e o assumir de novos papéis, como de avós ou sogros, assegurando a continuidade e transmissão da história familiar. (Relvas, 2004; Wright & Leahey, 2011).

Os principais desafios desta etapa prendem-se com a gestão das transições e as potenciais crises de identidade a elas associadas, nomeadamente o impacto da reforma, a confrontação com perdas relacionadas com o envelhecimento e a aceitação da finitude (Hanson, 2005; Relvas, 2004).

O declínio da saúde dos pais idosos pode impor uma inversão da hierarquia relacional, em que os filhos passam a assumir funções de cuidadores. Este é um processo complexo muitas vezes marcado por uma ambivalência emocional de ambas as partes. Por um lado, o

reconhecimento da dependência dos pais por parte dos filhos é um processo penoso, que implica a aceitação de uma fragilidade que contraria a imagem histórica de proteção e autoridade parental e gera sentimentos contraditórios de afeto e stress, fenómeno que Blenkner (1965) designou como crise filial (Hanson, 2005). Por outro lado, nos pais idosos, a ambivalência manifesta-se no conflito entre o desejo de manter a autonomia e autodeterminação e a necessidade real de cuidados e proteção. Esta perda de controlo sobre a própria vida e o sentimento de inutilidade que dela advém podem desencadear manifestações de resistência ou conflitos (Relvas, 2004) .

O sucesso adaptativo nesta fase depende da capacidade da família em manter um equilíbrio dinâmico entre a preservação da coesão e identidade familiar e a flexibilidade necessária para integrar as transformações impostas pelas transições, normativas e não normativas, que marcam esta etapa do ciclo vital familiar, particularmente quando emergem situações de doença, dependência ou necessidade de cuidado. (Relvas, 2004).

1.2- FUNDAMENTOS CONCEPTUAIS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A complexidade inerente ao cuidado do casal idoso, exige uma abordagem sustentada em referenciais conceptuais sólidos que orientem a prática de enfermagem. A intervenção do EEECESF não se limita à resposta a necessidades isoladas, implica antes uma compreensão integrada da pessoa, da família e do contexto em que se inserem .

Nos últimos anos, temos assistido a uma mudança de paradigma, no que respeita à prestação de cuidados de saúde, visando responder aos novos desafios e pressões crescentes que se impõem sobre os sistemas de saúde (Gottlieb, 2016). Uma das abordagens desenvolvidas neste âmbito é o **cuidado centrado na pessoa**. De acordo com Gottlieb (2016, p. 16), citando McCormack, “o cuidar centrado na pessoa acontece quando os profissionais e a instituição de saúde conservam a centralidade da pessoaalidade do doente na tomada de decisão clínica”. Assim, o cuidado centrado na pessoa procurar responder às necessidades do indivíduo, respeitando as suas crenças, valores e os significados atribuídos às experiências de saúde e de doença. Nesta perspetiva, a pessoa é reconhecida como sujeito ativo no processo de cuidados, sendo valorizadas a sua dignidade, autonomia e direito à participação nas decisões relacionadas com a sua saúde (Gottlieb, 2016).

No seguimento desta filosofia, emerge o **cuidado centrado na família**, abordagem que reconhece a família como contexto privilegiado de suporte à vida e à saúde dos indivíduos. Nesta perspetiva, a família assume um papel central enquanto unidade de cuidados e parceira

ativa no processo terapêutico (Bastos et al., 2022; Institute for Patient- and Family-Centered Care [IPFCC], 2017).

De acordo com o Institute for Patient- and Family-Centered Care (2017), esta abordagem baseia-se em quatro conceitos fundamentais: dignidade e respeito, partilha de informação, participação e colaboração. Assim, a família é chamada a estabelecer uma parceria com os profissionais de saúde, colaborando ativamente nas decisões e vendo as suas crenças, valores e conhecimentos serem reconhecidos e incorporados no planeamento e implementação dos cuidados.

Esta transição para o cuidado centrado na família responde à necessidade de incluir a voz do utente e da família, fator considerado essencial para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (IPFCC, 2017). Assim, o cuidado centrado na família, mais do que um modelo de prestação de cuidados, é uma estratégia de reorganização dos sistemas de saúde que, ao integrar a experiência da família e o seu background, promove melhores resultados clínicos, maior satisfação de todos os envolvidos e uma redução efetiva de custos (IPFCC, 2017).

Os cuidados centrados na Pessoa/Família encontram suporte teórico no **Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças** (CBF), desenvolvido por Laurie Gottlieb. Este paradigma afasta-se do modelo médico tradicional, focado no défice e propõe uma mudança de olhar sobre a pessoa ou família em situação de doença. Desloca o foco dos problemas e défices para as forças e para o que funciona de forma adequada, de modo a minimizar ou contornar obstáculos e défices (Gottlieb, 2016; Gottlieb et al., 2012; Gottlieb & Gottlieb, 2017).

Esta perspetiva encontra as suas raízes nos princípios do cuidado centrado na pessoa e na família, no empoderamento, no cuidado relacional e na crença que os seres humanos possuem capacidades inatas e mecanismos de cura (Gottlieb, 2016). A sua operacionalização ocorre através de oito valores centrais: saúde e cura, singularidade, holismo e corporificação, realidade subjetiva e significado criado, binómio pessoa-ambiente, autodeterminação, prontidão/aprendizagem/timing e parceria colaborativa. Estes valores servem como uma bússola que orienta o enfermeiro sobre o que observar e como intervir em cada situação clínica (Gottlieb, 2016; Gottlieb & Gottlieb, 2017).

De acordo com a autora, o CBF vai para além do conhecimento básico sobre o indivíduo e a situação em que este se encontra, exige “contextualizar os seus problemas e conhecer as suas forças, de forma a compreender como as capitalizar e mobilizar para apoiar a saúde, aliviar o sofrimento, ajudar a recuperação e restaurar a plenitude através de atos de cura”(2016, p. XXVII). Defende assim, que cuidar em enfermagem tenha o foco central na promoção da saúde, na facilitação da cura e no alívio do sofrimento através das capacidades e recursos inatos do indivíduo e da família. Não ignora os problemas ou patologias, mas utiliza

as forças internas e externas do indivíduo e família para gerir os desafios e minimizar os défices de forma mais eficaz (Gottlieb, 2016; Gottlieb & Gottlieb, 2017).

Outro aspeto fundamental do CBF é que a pessoa/família é responsabilizada pela sua saúde, é colocada no centro do cuidado. Há a redefinição da relação clínica como uma parceria colaborativa de poder partilhado, onde as decisões são co-construídas, substituindo uma relação hierárquica por uma colaboração (Gottlieb, 2016; Gottlieb & Gottlieb, 2017).

Esta abordagem fornece uma linguagem específica que comunica de forma clara o contributo único da enfermagem para a saúde, promovendo a autodeterminação e capacitando as pessoas para assumirem um maior controlo sobre o seu processo de vida e bem-estar (Gottlieb, 2016).

Neste contexto, a valorização da experiência e perspetiva da pessoa e família no processo de cuidados assume particular relevância. A incorporação da voz do utente na avaliação dos resultados em saúde constitui um elemento fundamental para a prestação de cuidados verdadeiramente centrados na pessoa e na família. Neste sentido, os **PROMs** têm vindo a ganhar destaque enquanto instrumentos que permitem avaliar os resultados em saúde a partir da perceção da própria pessoa (Porter et al., 2021).

Os PROMs constituem instrumentos padronizados para recolha direta da perceção dos utentes sobre diferentes dimensões do seu estado de saúde, permitindo captar de forma estruturada a perspetiva direta do indivíduo, sem a interferência ou interpretação de profissionais de saúde (Anderson et al., 2024; Porter et al., 2021).

A utilização de PROMs reveste-se de uma importância fundamental na transição para sistemas de saúde baseados em valor, uma vez que permitem capturar os resultados que verdadeiramente importam para os utentes (Akpan et al., 2018).

A sua aplicação na prática clínica permite a otimização da comunicação entre o utente e o profissional de saúde e apoia a tomada de decisão partilhada, melhora o diagnóstico e permite uma monitorização mais precisa da progressão da doença e da resposta ao tratamento (Anderson et al., 2024; Brower et al., 2021; Porter et al., 2021). Além disso, a sua utilização pode ter um efeito positivo no aumento da literacia em saúde e no desenvolvimento de sentimentos de controlo do utente sobre o seu próprio processo de cuidado, o que pode conduzir a uma maior adesão terapêutica, obtendo-se melhores resultados de saúde (Anderson et al., 2024; Sasseville et al., 2025; Singh et al., 2021).

Ao focar-se na perspetiva do utente sobre o seu estado de saúde, os PROMs ajudam a combater a prestação fragmentada de cuidados, promovendo a utilização de uma abordagem holística e integrada (International Consortium for Health Outcomes Measurement [ICHOM], 2023).

Do ponto de vista organizacional, a implementação padronizada de PROMs permite recolher dados cruciais para a gestão e alocação de recursos e permite que os prestadores de cuidados possam avaliar e comparar o seu desempenho, impulsionando uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Akpan et al., 2018; Brower et al., 2021).

A recolha sistemática destes dados possibilita ainda a obtenção de informações vitais para o desenvolvimento de políticas públicas e iniciativas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Ou seja, os PROMs transformam a experiência subjetiva do indivíduo numa ferramenta objetiva de gestão clínica e política, assegurando que o sistema de saúde responde às necessidades reais de quem o utiliza (Anderson et al., 2024; Brower et al., 2021; Porter et al., 2021).

Contudo, a implementação dos PROMs enfrenta desafios significativos que exigem estratégias organizacionais complexas. As principais barreiras à sua implementação incluem a baixa literacia relacionada com estes instrumentos, tanto da parte dos profissionais de saúde como dos utentes, depois a resistência á mudança, a perceção de um aumento da carga de trabalho por parte dos profissionais de saúde e a falta de integração com os sistemas informáticos em saúde, que frequentemente resulta na duplicação de registos (Anderson et al., 2024; Sasseville et al., 2025).

A adoção bem-sucedida destes instrumentos depende da capacidade do sistema de saúde em se adaptar, promovendo formação sobre a temática, estimulando a motivação entre os profissionais e o envolvimento dos utentes. Em suma, a transição para sistemas de saúde baseados em valor depende da capacidade de integrar estes instrumentos de forma a que eles se tornem parte intrínseca da relação terapêutica e da gestão política de saúde (Anderson et al., 2024; Sasseville et al., 2025).

Com o objetivo de impulsionar, a nível global, o desenvolvimento dos cuidados de saúde centrados no utente foi criado em 2012, em Boston, o Consórcio Internacional para a Medição de Resultados em Saúde (ICHOM). Esta organização sem fins lucrativos tem como objetivo desenvolver medidas padronizadas de resultados centrados no utente (Sets).

O ICHOM promove o diálogo entre os diferentes stakeholders, incluindo especialistas internacionais, profissionais de saúde e associações de utentes, de forma que todos possam dar a sua contribuição para o desenvolvimento de Sets específicos para diversas condições médicas ou determinadas populações. Estes conjuntos são desenvolvidos através da utilização de metodologia científica e rigorosa, definem os indicadores a avaliar e dão indicações sobre como deverá ocorrer a sua implementação (Akpan et al., 2018; International Consortium for Health Outcomes Measurement [ICHOM], s.d.).

No contexto específico do envelhecimento, o ICHOM desenvolveu o **Conjunto Padrão para a Pessoa Idosa**, o primeiro conjunto da organização focado numa população específica

e não numa patologia. Este conjunto é recomendado para indivíduos que se encontram, em média, nos últimos 10 anos de vida (ICHOM, 2023).

A estrutura deste conjunto está organizado em três níveis. No primeiro nível, é avaliado o estado de saúde da pessoa e inclui a avaliação da sobrevivência global, o estado de fragilidade, avaliado pela Escala Clínica da Fragilidade, e a qualidade da morte, que avalia, no caso de falecimento, se o local de morte correspondeu ao que o utente expressou previamente (Akpan et al., 2018; ICHOM, 2023). O segundo nível centra-se no processo de recuperação e nas consequências decorrentes dos tratamentos. Avalia a desutilidade dos cuidados, através da análise da polimedicação, do uso de fármacos potencialmente inapropriados e da ocorrência de reações adversas. A ocorrência de quedas é outro indicador avaliado neste nível, registando-se não apenas a sua frequência, mas também a ocorrência de consequências como fraturas ou a necessidade de hospitalização. Este nível inclui ainda a medição da utilização de recursos hospitalares (admissões não planeadas, reinternamentos e tempo total de internamento) a quantificando do grau de participação do utente na tomada de decisão e a eficácia da informação partilhada como utente e a família (Akpan et al., 2018; ICHOM, 2023).

No nível 3, o foco recai sobre a sustentabilidade da saúde e o bem-estar biopsicossocial. Os indicadores avaliados incluem a funcionalidade nas AVD, medida através do Índice de Barthel, a intensidade da dor e a saúde emocional. Este nível inclui ainda a avaliação da existência de sentimentos de solidão e isolamento, utilizando a escala de UCLA, e a perceção de autonomia e controlo sobre a vida diária. É ainda realizada a avaliação do cuidador com recurso à Escala de Sobrecarga de Zarit (Akpan et al., 2018; ICHOM, 2023).

É ainda realizada a avaliação de variáveis relacionadas com fatores demográficos, estilos de vida e o estado basal de saúde (Akpan et al., 2018; ICHOM, 2023) .

A integração sistemática de PROMs , nomeadamente através de conjuntos padronizados como o Conjunto Padrão para a Pessoa Idosa, representa uma mudança de paradigma essencial para a qualidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde modernos (Akpan et al., 2018; ICHOM, s.d.). A adoção destes instrumentos surge como um caminho fundamental para operacionalizar cuidados de saúde baseados em valor, garantindo que o sistema responda de forma eficaz às necessidades e preferências das pessoas e famílias (Akpan et al., 2018; Anderson et al., 2024)

1.3- MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (MCAIF)

Considerando a complexidade das dinâmicas familiares e a necessidade duma

avaliação sistemática da família enquanto unidade de cuidados, torna-se fundamental recorrer a modelos teóricos que orientem a prática do EEECESF

Neste sentido, o MCAIF constitui um importante referencial para a prática da enfermagem de saúde familiar (OE, 2023).

1.3.1 Modelo Calgary de avaliação familiar (MCAF)

Desenvolvido por Wright & Leahey, este modelo constitui uma estrutura multidimensional orientadora da avaliação familiar. Preconiza uma avaliação da família centrada em três dimensões principais: estrutural, desenvolvimento e funcional. Cada uma destas dimensões integra, por sua vez, um conjunto de várias subcategorias que orientam a avaliação da família (Santos, 2023).

A **avaliação estrutural** incide na identificação de quem integra a família, da natureza dos vínculos estabelecidos entre os seus membros, e com os sistemas exteriores, bem como do contexto em que se insere. Esta dimensão compreende a avaliação a estrutura interna, da estrutura externa e do contexto (Wright & Leahey, 2011).

A estrutura interna organiza-se em seis subcategorias: composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites. Por sua vez a estrutura externa integra a avaliação da família alargada e dos sistemas mais amplos com os quais a família estabelece contacto significativo. O contexto engloba cinco subcategorias: etnia, raça, classe social, espiritualidade e/ou religião, e ambiente (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2011).

A **avaliação do desenvolvimento** permite compreender a história da família, os processos evolutivos ocorridos e a forma como o sistema familiar tem respondido a estas transições. (Santos, 2023; Wright & Leahey, 2011). Inclui a identificação do estágio do ciclo vital, a análise das tarefas de desenvolvimento características de cada estágio do ciclo vital e a avaliação dos vínculos afetivos estabelecidos entre as diferentes díades familiares (Santos, 2023; Wright & Leahey, 2011).

Por sua vez, a **avaliação funcional** centra-se na análise de como os elementos da família interagem entre si (Wright & Leahey, 2011). Contempla a avaliação do funcionamento instrumental, relacionado com a realização das atividades de vida diária (AVD) e do funcionamento expressivo, que abrange a avaliação de nove subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças e alianças e uniões (Santos, 2023; Wright & Leahey, 2011).

De acordo com Wright & Leahey (2011), a aplicação do MCAF, através da avaliação integrada das três dimensões, permite ao enfermeiro identificar as necessidades e

potencialidades da família. Este processo possibilita uma compreensão aprofundada do funcionamento familiar no momento atual, contribuindo para a identificação de áreas prioritárias de intervenção e para o planeamento de cuidados mais ajustados às particularidades do sistema familiar.

1.3.2 - Modelo Calgary de intervenção familiar (MCIF)

Este modelo foi igualmente desenvolvido por Wright e Leahey, propõe um conjunto estruturado de estratégias, através das quais o enfermeiro poderá conduzir a mudanças no seio da família, de forma a promover ou melhorar o funcionamento familiar (Hanson, 2005). Enfatiza os pontos fortes e resiliência familiar, orientando a intervenção para a promoção de um funcionamento familiar eficaz em três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2011). Definem as autoras, que o **domínio cognitivo** se relaciona com as crenças familiares, percepções, aquilo que a família entende ser. O **domínio afetivo** refere-se às emoções e sentimentos vivenciados pela família perante a situação de doença. Por sua vez, o **domínio comportamental** diz respeito às interações estabelecidas entre os vários elementos da família.

A aplicação do MCIF permite identificar os domínios do funcionamento familiar que carecem de mudança e orientar a seleção da intervenção mais adequada para promover essa mudança (Santos, 2023; Wright & Leahey, 2011). Neste processo o enfermeiro atua em parceria com a família, facilitando ajustes no sistema familiar que promovam respostas mais adequadas às suas necessidades (Santos, 2023).

Neste contexto, é fundamental reconhecer a singularidade de cada família, adaptando as intervenções de enfermagem às suas especificidades e estimulando a construção de soluções colaborativas. Esta abordagem centrada na família reforça a autonomia do sistema familiar e valoriza os recursos e capacidades existentes, promovendo uma prática de enfermagem mais eficaz e sustentável (Santos, 2023; Wright & Leahey, 2011)

1.4- ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O EEECESF cuida “ da pessoa, inserida na família enquanto unidade de cuidados a vivenciar processos de saúde e doença”, intervindo nos diferentes níveis de prevenção, ao longo do ciclo vital familiar e nos diversos contextos de vida (OE, 2025, p. 13). Neste sentido, o EEECESF compreende que o cuidado à pessoa idosa exige a adoção de uma abordagem

holística e integrada, na qual o indivíduo não pode ser dissociado do contexto e da família em que está inserido.

A definição do conceito de família assume um papel fundamental para o EEECESF, na medida em que permite compreender a diversidade dos contextos familiares e adequar as intervenções às necessidades específicas de cada família (Spínola & Figueiredo, 2023).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a família é definida como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (International Council of Nurses [ICN], 2019). Numa perspetiva sistémica, Figueiredo (2012), define a família como uma unidade emocional e afetiva dotada de energia e capacidade auto-organizativa. Assim, A família consiste num sistema de indivíduos que interagem entre si de forma organizada e dinâmica, num determinado contexto, sendo que qualquer alteração ocorrida num dos seus membros se repercute na família como unidade (Spínola & Figueiredo, 2023). Acrescentam Wright & Leahey (2011, p. 55) que “a família é quem os seus membros dizem que são”.

No que respeita ao ciclo vital familiar, Martins & Ribeiro (2023) , citando Duvall & Miller, referem que tarefas de desenvolvimento, associadas à etapa Família com filhos adultos envolvem a definição do local de residência, o reajuste aos recursos económicos disponíveis, o estabelecimento de novas rotinas quotidianas satisfatórias, a proteção da saúde física e mental, a manutenção da relação conjugal e da intimidade, a manutenção das relações com outros membros da família, a manutenção de uma vida ativa e a procura de significado e propósito para a vida.

Face a estas transições e desafios, torna-se fundamental que o EEECESF adote uma visão sistémica da família, avaliando não apenas as necessidades individuais dos seus membros, mas também as dinâmicas, recursos e os padrões de funcionamento familiar (OE, 2015). Neste âmbito, o EEECESF assume o papel de facilitador no processo de adaptação familiar, ajudando a família a identificar e mobilizar os recursos de que dispõe, promovendo assim o seu funcionamento adequado e a sua adaptação eficaz (Hanson, 2005).

De acordo com a OE (2015, p. 17385) o EEECESF “interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar”. Neste sentido o MCAIF foi, em 2023, adotado em Portugal como referencial teórico para a prática da Enfermagem de Saúde Familiar. Constituindo um importante instrumento orientador para a identificação das necessidades familiares e para o planeamento de intervenções de enfermagem centradas nas necessidades específicas da família (OE, 2023).

Neste enquadramento, a compreensão sistémica da família assume particular relevância na intervenção do EEECESF junto do casal de pessoas idosas ao casal, uma vez que esta

etapa do ciclo vital familiar é marcada por múltiplas transições que exigem processos contínuos de adaptação. Estas mudanças, associadas às transformações inerentes ao processo de envelhecimento podem traduzir-se em desafios acrescidos para o funcionamento familiar. Assim, a intervenção do EEECESF junto do casal idoso deve privilegiar uma abordagem centrada na família, identificando as suas necessidades e valorizando as suas forças, recursos, com vista à promoção da adaptação da família (Martins & Ribeiro, 2023).

2- CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Os estágios curriculares decorreram numa USF integrada numa ULS situada na região da Área Metropolitana de Lisboa.

Em termos estruturais, a ULS integra duas unidades hospitalares, responsáveis pela prestação de cuidados de saúde diferenciados, e um conjunto de unidades funcionais no âmbito dos cuidados de saúde primários, designadamente USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade e uma Unidade de Saúde Pública. Esta organização visa garantir a adequada articulação entre os diferentes níveis de cuidados, promovendo a continuidade assistencial e a resposta integrada às necessidades de saúde da população.

No final do ano de 2024, encontravam-se inscritos nesta ULS um total de 235 155 utentes, o que reflete a sua dimensão e relevância no contexto regional de prestação de cuidados de saúde. Estes dados evidenciam a complexidade e diversidade de necessidades em saúde da população abrangida, reforçando a importância da articulação entre os diferentes níveis de cuidados e o papel do EEECESF na promoção da continuidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados às famílias.

Neste contexto, torna-se pertinente analisar o enquadramento geográfico e demográfico da área de influência da USF, bem como proceder à caracterização da unidade funcional e da população inscrita.

2.1. ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO E DEMOGRÁFICO

A USF onde decorreram os estágios localiza-se num concelho do distrito de Setúbal, integrado na Área Metropolitana de Lisboa. Este concelho apresenta uma localização estratégica, assumindo relevância no contexto socioeconómico da margem sul do Tejo.

Abrangendo uma área de 36,41 Km², em 2023 residiam no concelho 79 966 pessoas, o que representa uma densidade populacional de 2 197,5 habitantes por km², valor que traduz uma elevada concentração populacional (INE, 2025).

Relativamente aos indicadores demográficos, o índice de envelhecimento situava-se nos 191,1, valor superior ao registado a nível nacional (188,1), evidenciando um acentuado envelhecimento populacional. A taxa de natalidade (10,3%) e a taxa de mortalidade (13,2%) apresentavam igualmente valores superiores à média nacional, que se situavam,

respetivamente, nos 8,1% e 11,2%. Estes indicadores demográficos, particularmente o elevado índice de envelhecimento, traduzem a existência de uma população com necessidades acrescidas de acompanhamento em saúde, nomeadamente no que respeita à vigilância de doenças crónicas e a intervenções orientadas para a promoção da autonomia e do envelhecimento saudável, dimensões fundamentais para a prática do EEECESF

2.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

A USF onde decorrem os estágios iniciou funções em julho de 2009, e assume como missão garantir à população inscrita acessibilidade, qualidade e disponibilidade na prestação de cuidados de saúde personalizados. A sua intervenção assenta numa lógica de proximidade, continuidade de cuidados, partilha e corresponsabilização entre profissionais e utentes, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e na família.

O horário de funcionamento é das 08 às 20 horas, durante os dias úteis, assegurando para além das consultas médicas e de enfermagem, que podem ser programadas ou enquadradas na consulta de doença aguda, a consulta do dia, a consulta de intersubstituição e as visitas domiciliárias. Durante os fins de semana e feriados, os cuidados de saúde de carácter mais urgente são garantidos pelo serviço de atendimento complementar, localizado noutra unidade funcional da mesma ULS, mas que conta com a colaboração de profissionais desta USF.

No que respeita aos recursos humanos, a equipa é constituída por 10 médicos, 10 enfermeiros e 7 secretários clínicos, organizados em micro-equipas, compostas por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico. Este modelo favorece a continuidade e personalização dos cuidados. Integram ainda a equipa 6 médicos internos em formação. O funcionamento da unidade conta igualmente com o contributo de assistentes operacionais e de um profissional de segurança, de forma a assegurar as condições logísticas e organizacionais necessárias à prestação de cuidados.

2.3 – CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Ao nível dos cuidados de saúde primários, e consequentemente na USF, a intervenção dos enfermeiros concretiza-se na realização de consultas, tanto em contexto da unidade de saúde como no domicílio. Segundo Melo (Melo, 2021, p. 13), a consulta de enfermagem constitui-se como uma "estratégia para aplicar o processo de enfermagem", surgindo como um espaço privilegiado de interação com o utente. Possibilita a identificação de necessidades, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planeamento e implementação de intervenções adequadas e individualizadas, promovendo um cuidado centrado na pessoa.

Na USF onde se realizaram os estágios, as consultas de enfermagem realizadas estão integradas nos diferentes programas de saúde em vigor a nível nacional. Assim, os utentes têm acesso a diversas tipologias de consulta, nomeadamente: saúde materna, saúde infantil e juvenil, saúde do adulto, saúde do idoso, planeamento familiar, vigilância da pessoa com diabetes, vigilância da pessoa com hipertensão arterial (HTA), vigilância da pessoa hipocoagulada, tratamento de feridas e vacinação.

Apesar de cada consulta ser dirigida a uma pessoa em particular, e porque se preconiza a existência de um enfermeiro de família, é sempre considerada a família em que esta pessoa se insere, reconhecendo-se que a saúde individual e familiar estão interligadas. Dessa forma, cada consulta de enfermagem representa uma oportunidade para reforçar a relação terapêutica de parceria, permitindo abordagem sistémica que reconhece a interdependência entre a saúde individual e a saúde familiar.

2.4 - CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES INSCRITOS

De acordo com dados da plataforma BI-CSP, em abril de 2025 a USF em que decorreram os estágios tinha 17 476 utentes inscritos, dos quais 9 387 (53,7%) mulheres e 8 089 (46,3%) homens (Ministério da saúde, s.d.). A pirâmide etária dos utentes inscritos na USF revela uma distribuição populacional relativamente envelhecida, com maior concentração de utentes nos escalões etários entre os 45 e os 64 anos. Destacam-se os grupos etários dos 50 aos 54 anos (692 homens e 773 mulheres) e dos 55 aos 59 anos (562 homens e 641 mulheres), o que evidencia uma predominância de adultos em idade ativa.

Nas faixas etárias superiores a 65 anos, que representam 26,1% dos utentes inscritos (4562), verifica-se uma maior representação da população feminina, em consonância com a tendência nacional de uma maior longevidade entre as mulheres. Entre os 85 e os 89 anos estão registadas 305 mulheres, face a 161 homens, e na faixa dos 90 aos 94 anos, existem 117 mulheres e apenas 67 homens. Nas faixas etárias abaixo dos 20 anos, que representam 18,12% dos inscritos, a distribuição entre géneros apresenta-se mais equilibrada.

A análise da população inscrita na USF permite identificar uma correspondência com os indicadores demográficos do concelho, particularmente no que se refere ao envelhecimento populacional. Este enquadramento condiciona as necessidades em saúde da população, traduzindo-se numa elevada prevalência de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, muitas das quais apresentando necessidades acrescidas de cuidados e com cuidadores igualmente idosos. Esta realidade coloca desafios particulares à intervenção do EEECESF, exigindo abordagens centradas na família e na promoção da autonomia e funcionalidade.

Assim, a intervenção dirigida a casais de pessoas idosas surgiu não só como uma resposta a uma necessidade real da população-alvo, mas também como uma oportunidade para aprofundar e aplicar competências especializadas em enfermagem de saúde familiar. Com o projeto implementado procurou-se promover o reconhecimento e valorização das capacidades destas famílias, apoiando o seu bem-estar e fomentando a autonomia para enfrentarem os desafios próprios desta fase de vida, de forma mais resiliente. Aspeto que se articula diretamente com as competências especializadas do EEECESF, nomeadamente na prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção, na liderança de processos de intervenção familiar e na promoção de transições saudáveis. A utilização de resultados reportados pelos próprios (PROMs) possibilitou a inclusão da perceção subjetiva da pessoa e da família sobre os cuidados recebidos, promovendo uma prática centrada em cuidados com significado.

3 - AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

3.1 - METODOLOGIA

O desenvolvimento do presente projeto de intervenção seguiu uma abordagem sistemática baseada no processo de investigação em enfermagem, iniciando-se pela identificação do problema e formulação da questão de investigação, seguida da revisão da literatura, definição da metodologia, implementação das intervenções e posterior avaliação dos resultados obtidos (Duarte et al., 2024).

Neste contexto, a metodologia do projeto de intervenção foi estruturada a partir da seguinte questão de investigação: **De que forma as intervenções do EEECESF influenciam os resultados reportados pelas pessoas idosas?**

Para estruturação da questão, recorreu-se ao modelo PICO, que permitiu definir os elementos centrais da investigação: **P** (População): Casais de pessoas idosas; **I** (Intervenção): Intervenções realizadas pelo EEECESF; **C** (Comparação): Dados obtidos antes e após a implementação da intervenção; **O** (*Outcome*/Resultado): Resultados reportados pelas pessoas idosas.

Com o intuito de sustentar teoricamente o projeto, foi realizada uma revisão bibliográfica, sobre a temática em estudo, que permitiu reforçar a pertinência da questão de investigação, bem como recolher contributos científicos que fundamentam as opções metodológicas adotadas.

A metodologia delineada visou fornecer uma resposta fundamentada à questão de investigação, permitindo analisar a associação observada entre as intervenções desenvolvidas pelo EEECESF e a saúde dos casais de pessoas idosas. Assim, definiram-se como objetivos para o projeto:

Descrever as características sociodemográficas das pessoas idosas participantes no projeto;

Avaliar a família dos participantes do projeto de acordo com o modelo Calgary de avaliação familiar;

Avaliar, no início e final do projeto, nas pessoas idosas participantes os PROMs definidos para as pessoas idosas, nomeadamente nas categorias: estado de saúde, fragilidade,

desutilidade dos cuidados, utilização de recursos, responsividade do sistema de saúde, sustentabilidade da saúde e bem-estar.

Analisar as diferenças entre os PROMs, antes e após a implementação do projeto, identificando eventuais ganhos em saúde obtidos.

3.1.1 - Tipo de estudo

Foi desenvolvido um estudo observacional do tipo estudo de caso, com o objetivo de analisar a associação entre as intervenções do EEECESF e a percepção do estado de saúde em casais de pessoas idosas. A opção por este desenho metodológico sustenta-se na necessidade de compreender, de forma aprofundada e contextualizada, a complexidade das dinâmicas familiares existentes, bem como a sua influência na saúde dos membros que compõem o sistema familiar.

O estudo de caso corresponde a uma investigação aprofundada, centrada num indivíduo ou num conjunto de indivíduos, permitindo compreender e descrever de forma abrangente o fenómeno em análise (Duarte et al., 2024; Fortin, 1999). Trata-se de uma abordagem particularmente relevante para explorar “relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção” e obter informação detalhada (Fortin, 1999, p. 164).

A recolha de dados ocorreu em dois momentos, antes e após a implementação das intervenções, o que permitiu analisar a evolução ocorrida ao nível dos PROMs, ao longo do período de acompanhamento e descrever as alterações verificadas em cada caso. Contudo, atendendo à natureza observacional e ao desenho do estudo, os resultados não permitem estabelecer uma relação causal entre as intervenções implementadas e as alterações observadas.

3.1.2 - Participantes

A população-alvo do projeto foi constituída por casais de pessoas idosas inscritos na USF onde decorreu o estágio. Embora a unidade de cuidados considerada tenha sido o casal, a avaliação dos PROMs incidiu sobre a pessoa idosa identificada como sujeito índice em cada uma das famílias.

Inicialmente, foram incluídos três casais que reuniam as condições para participação no projeto. No entanto, durante o desenvolvimento da intervenção, um dos casais deixou de cumprir um dos critérios de inclusão previamente definidos, impossibilitando a aplicação e análise dos instrumentos PROMs pós intervenção. Deste modo, este casal foi excluído da análise final, tendo a amostra do presente relatório sido constituída por dois casais.

A amostra foi obtida por amostragem não probabilística por conveniência, sendo constituída por dois casais que cumpriram os critérios de inclusão definidos:

- 1) pessoa com idade igual ou superior a 65 anos inscrita na lista de utentes da enfermeira orientadora do estágio;
- 2) apresentar família nuclear constituída apenas pelo casal;
- 3) o cônjuge ter também 65 ou mais anos;
- 4) possuir capacidade cognitiva para responder aos questionários;
- 5) aceitar participar no projeto e assinar o consentimento informado.

A dimensão reduzida da amostra foi definida tendo em conta os limites temporais do estágio, bem como o carácter individualizado e aprofundado do acompanhamento previsto no âmbito do projeto.

O convite à participação foi realizado em articulação com a enfermeira orientadora do estágio, junto dos utentes inscritos na sua lista e em contexto de consulta de enfermagem. Foram convidados a participar os utentes que cumpriam os critérios definidos e que realizaram consulta de enfermagem no início do período de implementação do projeto.

3.1.3 - Instrumentos e técnicas de colheita de dados

Para garantir o rigor e validade dos resultados deste projeto, definiram-se os instrumentos e técnicas de recolha de dados a utilizar. A recolha foi realizada através de entrevista semiestruturada (Apêndice I) , observação direta e consulta do processo clínico.

Para a avaliação da estrutura e do funcionamento familiar, com base no modelo de Calgary de avaliação e intervenção familiar, foram utilizadas as escalas de Graffar, escala de readaptação social de Holmes e Rahe, escala FACES II e APGAR Familiar. Foram ainda elaborados o genograma e ecomapa de cada família, permitindo uma análise detalhada da organização e das relações familiares.

Escala de Graffar: Instrumento que permite caracterizar a situação socioeconómica da família, possibilitando a identificação da classe social através da análise de múltiplos indicadores sociais e habitacionais. O valor final resulta da soma dos itens avaliados e, de acordo com a pontuação obtida, a família é enquadrada na classe alta (5 a 9), classe média-alta (10 a 13), classe média (14 a 17), classe média-baixa (18 a 21) ou classe baixa (22 a 25).

A escala foi desenvolvida por Graffar (1956) e adaptada para a população portuguesa por Amaro (1990) , tendo em 2001 sido atualizada pelo mesmo autor (M. H. Figueiredo, Rego, & Vitor, 2023a).

Escala de readaptação social de Holmes & Rahe: é um instrumento utilizado para quantificar o stress decorrente da ocorrência de acontecimentos de vida significativos. A escala foi desenvolvida por Holmes & Rahe (1967), que defendiam existir uma relação direta entre a vivência de situações de crise e o desenvolvimento de doença (M. H. Figueiredo, Rego, & Vitor, 2023b).

Atribui pontuação a 43 eventos, de acordo com o esforço de adaptação que exigem. A soma das pontuações dos acontecimentos vivenciados, no ano anterior, permite estimar o nível de stress acumulado e o respetivo risco para a saúde física e mental. Uma pontuação superior a 150 corresponde a uma probabilidade de 50% de surgimento de doença física ou mental e uma pontuação superior a 300 corresponde a 80% de probabilidade de ocorrência de doença (M. H. Figueiredo, Rego, & Vitor, 2023b).

Escala de FACES II: é a segunda versão da escala de FACES, desenvolvida por Olson. foi validada para Portugal por Fernandes, em 1995. Avalia duas dimensões do funcionamento familiar: a coesão familiar, que representa o grau de ligação emocional entre os elementos a família, e a adaptabilidade familiar, que traduz a capacidade da família alterar a sua estrutura perante situações geradoras de stress (M. H. Figueiredo, Rego, & Dantas, 2023b).

É constituída por 30 itens, respondidos numa escala tipo Likert de 1 a 5, e cuja soma permite obter a pontuação de cada uma das dimensões. De acordo com os valores obtidos, a família poderá ser classificada, no que respeita à coesão, como: desmembrada, separada, ligada e muito ligada. Relativamente à dimensão adaptabilidade, poderá ser classificada como: rígida, estruturada, flexível e muito flexível.

Com base nos resultados das duas dimensões, as famílias são posteriormente categorizadas em quatro tipo: extremas, intermédias, moderadamente equilibradas e equilibradas.

APGAR Familiar: instrumento desenvolvido por Smilkstein (1978) que tem como objetivo avaliar a perceção do indivíduo relativamente ao funcionamento da sua família, em determinado momento, devendo, por isso, ser aplicado individualmente a cada membro da família. O acrónimo APGAR corresponde às dimensões avaliadas pela escala, traduzidas para português como: adaptação, participação, crescimento, afeto e decisão (M. H. Figueiredo, Rego, & Dantas, 2023a).

A pontuação total varia entre 0 e 10, sendo que valores mais elevados indicam melhor funcionamento familiar. De acordo com a pontuação obtida, a família pode ser classificada, quanto à perceção sobre o seu grau de funcionamento, como altamente funcional (7 a 10), com moderada disfunção (4 a 6) ou com disfunção acentuada (0 a 3) (M. H. Figueiredo, Rego, & Dantas, 2023a).

O autor recomenda a sua aplicação na primeira abordagem a uma família, sempre que exista relato de problemas familiares, quando o comportamento dos elementos da família sugira a existência de problemas psicossociais e no contexto de visitas domiciliárias a pessoas com doença crónica ou em situação terminal (M. H. Figueiredo, Rego, & Dantas, 2023a).

Genograma: constitui-se como um instrumento de avaliação familiar, apresentado, de uma forma gráfica e visual a estrutura familiar interna, ao longo de pelo menos, três gerações, identificando relações de parentesco e acontecimentos relevantes do ciclo vital (Figueiredo et al., 2023; Wright & Leahey, 2011).

Ecomapa: instrumento gráfico que permite explorar as relações e ligações da família com o meio externo, representando visualmente as interações entre os elementos da família e a comunidade onde está inserida (Figueiredo, 2023; Hanson, 2005).

A avaliação dos PROMs definidos pelo ICHOM para as pessoas idosas foi realizada através dos instrumentos estabelecidos por esta organização. Assim, para além da entrevista semiestruturada e da consulta do processo clínico, foram aplicados o questionário de saúde SF-36, a escala de solidão da UCLA e a escala de fragilidade clínica cuja autorização de utilização foi previamente obtida junto dos autores das respetivas versões (Anexo I, II e III). Foram ainda aplicadas a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, disponível no Sclínico, e o Índice de Barthel (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011). Todos os instrumentos foram utilizados nas suas versões traduzidas e validadas para a população portuguesa.

Questionário de Saúde SF-36 (SF-36): é um instrumento genérico de avaliação do estado de saúde, adaptado e validado para a população portuguesa por Pedro Lopes Ferreira (Ferreira, 2000a, 2000b). É constituído por 36 itens que avaliam a perceção do próprio indivíduo sobre a sua funcionalidade e estado de saúde nas últimas quatro semanas. Por se tratar de um instrumento genérico, pode ser aplicado a indivíduos saudáveis ou com doença, a partir dos 14 anos, permitindo a comparação do estado de saúde entre diferentes grupos pessoas, ou entre estes grupos e a população em geral (Ferreira, 2000a). O questionário pode ser autoadministrado ou aplicado através de entrevista.

Avalia oito dimensões (função física, desempenho físico, dor física, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental) cuja pontuação varia entre 0 e 100, correspondendo valores mais elevados a um melhor estado de saúde. Estas oito dimensões podem ser agregadas em duas componentes principais de forma a facilitar a análise (medida sumário física e medida sumário mental) (Ferreira et al., 2012).

Escala de Solidão da UCLA (UCLA-16): é um instrumento psicométrico utilizado para medir os sentimentos subjetivos de solidão e de isolamento social. Avalia duas dimensões: isolamento social e afinidades (Pocinho et al., 2010).

É constituída por 16 itens, cada um respondido numa escala de 1 a 4. Os valores totais podem variar entre 16 e 64, sendo que, quanto maior for a pontuação obtida, maiores são os sentimentos de solidão do indivíduo. Na população portuguesa, valores superiores a 32 indicam a presença de sentimentos negativos solidão (Pocinho et al., 2010).

Escala de Fragilidade Clínica (Anexo IV): é um instrumento de julgamento clínico que integra aspetos da cognição, mobilidade e funcionalidade (Pereira Pinto et al., 2021).

Estrutura-se em nove categorias, que progridem do nível 1 ("em muito boa forma física") até ao nível 9 ("doença terminal"), integrando descritores escritos e pictogramas para facilitar a classificação. Entre a categoria 1 e 3 considera-se que não existe fragilidade, as categorias 4 e 5 indicam risco de leve fragilidade e de 6 a 9 correspondem a fragilidade manifesta (Pinto et al., 2021).

Pela sua rapidez e facilidade de aplicação é recomendada para a prática clínica diária, permitindo a estratificação de risco em diversos contextos assistenciais (Pinto et al., 2021).

Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: é um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, abrangendo informações relacionadas com saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. É constituída por 22 questões, pontuadas de 1 a 5, podendo a pontuação total variar entre 22 e 110. Valores inferiores a 46 indicam a inexistência de sobrecarga, pontuações entre 46 e 56 correspondem a sobrecarga ligeira e valores superiores a 56 refletem sobrecarga intensa (Sequeira, 2010).

Índice de Barthel: trata-se de um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa na realização de dez AVD: alimentação, higiene pessoal, banho, utilização dos sanitários, vestir e despir, controlo de esfíncteres (intestinal e vesical), deambulação, transferências (cadeira-cama) e subir e descer escadas. A pontuação varia entre 0 e 100, correspondendo 0 ao grau máximo de dependência e 100 à independência nas AVD avaliadas (Araújo, 2007). De acordo com Araújo et al. (2007), valores iguais ou superiores a 85 são representativos de pessoas totalmente independentes.

3.1.4 - Análise de dados

Os dados recolhidos durante o estudo foram tratados de forma sistemática e rigorosa, garantindo a confidencialidade e anonimização dos participantes.

Considerando a natureza observacional do estudo, o tipo de estudo e o reduzido número de participantes, procedeu-se a uma análise quantitativa centrada na comparação dos resultados obtidos com os PROMs nos momentos antes e após a intervenção, tendo sido

privilegiada a análise individual de cada caso. Os dados foram apresentados sob a forma de pontuações e respetivas variações, não se tendo realizado testes estatísticos inferenciais.

A organização e tratamento de dados foram efetuados com recurso ao software IBM SPSS Statistics, versão 31.0.1.0 (49).

A análise e interpretação dos resultados foram realizadas à luz da evidência científica disponível, com o objetivo de compreender a relevância das alterações observadas bem como o contributo da intervenção do EEECESF no acompanhamento dos casais de pessoas idosas participantes. Para além da consideração da magnitude das variações registadas, os resultados dos instrumentos foram triangulados com os dados clínicos e observacionais recolhidos, reforçando a compreensão da influência desta intervenção no quotidiano das famílias acompanhadas.

3.1.5 - Considerações éticas

Em todas as etapas do projeto, e em cumprimento das normas legais, princípios éticos e da deontologia profissional, foram salvaguardados os direitos dos participantes, tendo sido garantida a participação voluntária, a confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes.

O projeto obteve autorização prévia da Universidade de Évora, do coordenador da USF onde decorreu o estágio (Anexo V), assegurando o cumprimento dos procedimentos institucionais necessários à sua implementação.

Todos os participantes foram informados, de forma clara e acessível, sobre os objetivos do projeto e os procedimentos de colheita de dados, bem como da possibilidade de recusa em participar ou desistência em qualquer momento do projeto. Os participantes assinaram ainda um consentimento informado escrito (Apêndice II).

Os participantes foram identificados através de códigos alfanuméricos, não tendo sido recolhida qualquer informação que permitisse a sua identificação direta.

Os dados recolhidos no âmbito deste estudo foram tratados de forma estritamente confidencial e utilizados unicamente para fins científicos e académicos.

Todos os dados foram armazenados em suporte digital, em computador pessoal protegido por palavra-passe e ao qual apenas a autora do projeto teve acesso.

Os dados foram conservados até à elaboração deste relatório de estágio e sendo posteriormente eliminados de forma segura.

3.1.6 - Limitações e delimitações

É importante reconhecer a existência de alguns constrangimentos que podem ter influenciado os resultados obtidos e a sua aplicabilidade. O curto período de implementação do projeto, decorrido entre setembro de 2025 e janeiro de 2026, poderá ter constituído um fator condicionante para a observação de resultados efetivos da intervenção, particularmente no que se refere em ganhos em saúde a longo prazo.

Outro aspeto relevante prende-se com a restrição do estudo a uma população muito específica (casais de pessoas idosas), não contemplando outros tipos de famílias ou faixas etárias. Acresce que a reduzida dimensão da amostra (N=2) limita a possibilidade de generalização dos resultados a uma população mais alargada.

Não obstante as limitações referidas, o projeto desenvolvido permitiu aprofundar a compreensão do contributo das intervenções do EEECESF no acompanhamento de casais de pessoas idosas.

3.2 – ESTUDO DE CASO FAMILIAR

3.2.1 – Estudo de Caso da Família RN

O primeiro contacto com a família RN ocorreu no âmbito do primeiro estágio realizado na USF, no contexto da consulta de vigilância à pessoa com HTA. No decurso dessa consulta foi apresentada a possibilidade da família integrar o projeto de intervenção a desenvolver no segundo estágio, tendo ambos os elementos do casal demonstrado interesse e disponibilidade para participar.

Em setembro foi realizado um contacto telefónico, com o objetivo de reafirmar o convite à participação, tendo sido agendada uma visita domiciliária. Os contactos estabelecidos com esta família, ao longo do estágio, foram sendo realizados tanto em consultas realizadas na USF, como em visitas domiciliárias.

A avaliação da família RN foi realizada com base no MCAF e de acordo com informações recolhidas ao longo das consultas realizadas, tendo a CN como sujeito índice.

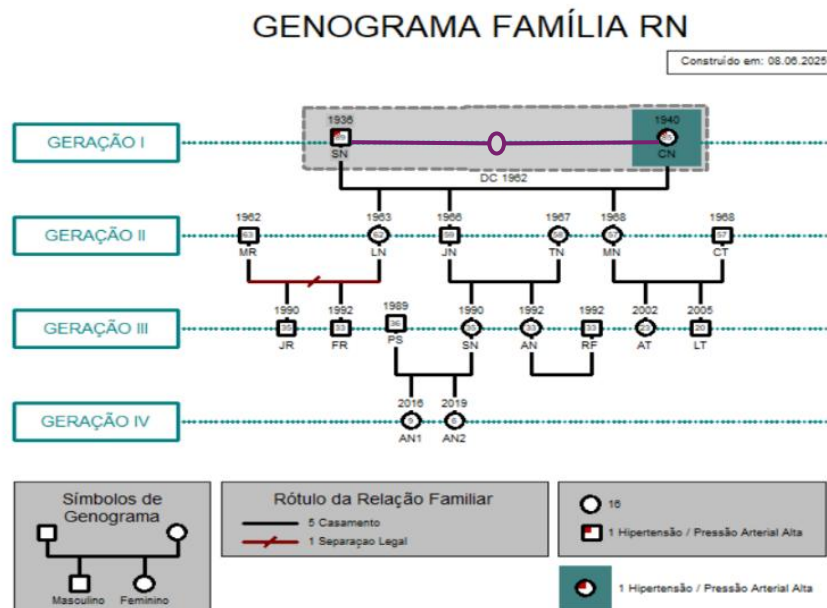
O agregado familiar em análise é composto pelo casal CN (sujeito índice) e o SN. A CN nasceu em 1940, numa cidade situada na margem sul do rio Tejo. Atualmente encontra-se reformada, tendo exercido, ao longo da sua vida profissional, a função de ajudante de cozinha e limpeza. O SN, por sua vez, nasceu em 1936, na mesma cidade da margem sul do rio Tejo, e também se encontra reformado. A sua trajetória profissional esteve relacionada com o setor da serralharia e soldadura. Casaram em 1962 e deste relacionamento nasceram 3 filhos.

No agregado existe um elemento do sexo masculino e um elemento do sexo feminino, ambos heterossexuais, sendo o SN o elemento mais velho do casal e, consequentemente, a CN o mais novo.

Com base nestes dados, obtidos através do relato da CN, procedeu-se à construção do genograma da família RN (Figura 1).

Figura 1.

Genograma da Família RN.



Fonte: Elaboração própria (software Genopro)

De acordo com Minuchin (2004), os indivíduos e as díades existentes no seio familiar constituem subsistemas dentro da família. Na família RN é possível identificar a existência de subsistemas individuais, correspondentes a cada um dos elementos do casal, bem como do subsistema conjugal, composto pela esposa CN e o marido SN, unidos por uma relação de amor.

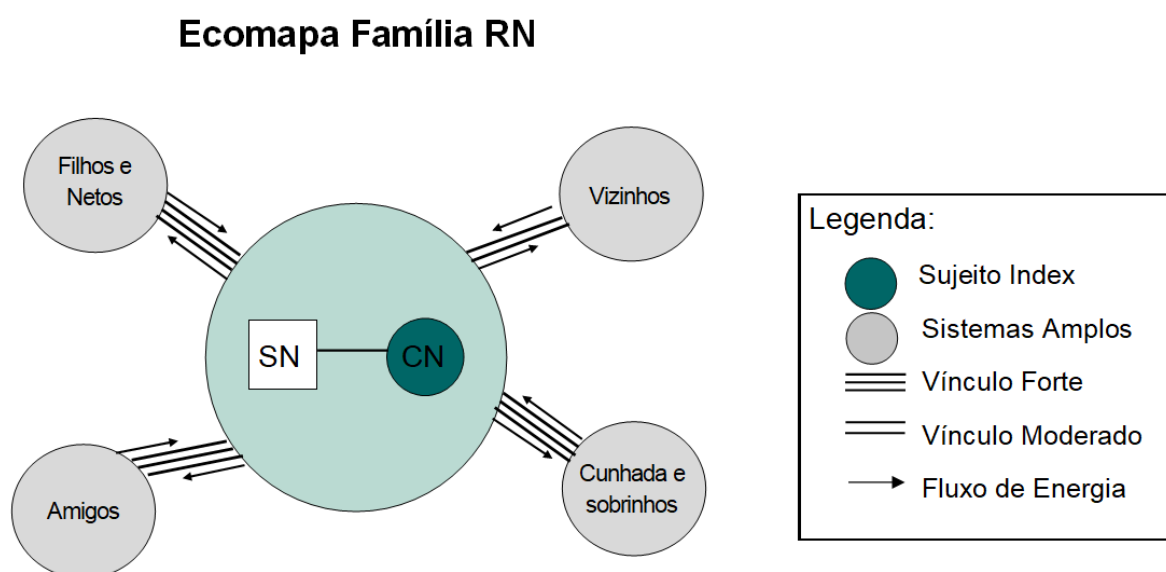
Os limites correspondem a regras que ditam quem desempenha determinada função em cada um dos subsistemas existentes no interior de uma família (Minuchin, 2004). Refere Minuchin (2004) que o funcionamento adequado de uma família depende da existência de limites definidos de forma clara e precisa mas que, simultaneamente, possibilitem o contacto com indivíduos externos aos subsistemas. De acordo com as informações obtidas, os limites do sistema familiar em análise, bem como dos subsistemas existentes parecem encontrar-se claramente definidos, reconhecendo cada elemento os seus papeis e as funções que lhe são inerentes.

No que respeita á família alargada a CN refere que fazem parte da mesma os filhos, a nora e genro, os netos, as netas, respetivos maridos e as bisnetas.

O LN é a filha mais velha do casal, nasceu em 1962 , em Portugal, divorciada, vive nos Estados e tem dois filhos o JR, nascido em 1990 e o FR nascido em 1992. O JN é o filho do meio, nasceu em 1966 na França, casou com a TN , nascida em 1967. Deste casamento nasceram 2 filhas: a SN e a AN. A SN nasceu em 1990, é casada com o PS, nascido em 1989, e têm duas filhas a AN1 e AN2, nascidas em 2016 e 2019, respetivamente. AAN é a filha mais nova do casal JN e TN, nasceu em 1992 e é casada com o RF. A MN, terceira filha do casal SN e CN, nasceu em 1968, no Canadá, é casada com o CT, nascido no mesmo ano, e têm 2 filhos: a AT, nascida em 2002 e o LT, nascido em 2005.

No que respeita à relação que estabelecem com o meio externo ao casal (Figura 2), a CN refere que, apesar de todos os familiares mais diretos (filhos, netos e bisnetos) se encontrarem a viver no estrangeiro mantem com todos eles um relacionamento muito próximo, acrescentando que para além da comunicação diária através de telefone ou outros meios digitais, eles vêm frequentemente a Portugal, passando por cá algum tempo.

Figura 2 .
Ecomapa da Família RN.



Fonte: Elaboração própria.

O sujeito índice refere ainda que existem outros familiares com quem mantêm uma relação estreita, nomeadamente a cunhada e um sobrinho que moram na mesma rua e por isso são presença constante na seu dia-a-dia , há também uma sobrinha, que apesar de morar mais distante, mantem um contacto frequente e dá apoio ao casal sempre que necessário.

A CN relata manter uma boa relação com a vizinhança, refere até que tem aí uma rede de suporte. Em relação aos amigos, refere que tem um conjunto de pessoas, espalhadas

pelos vários países onde viveu ao longo da vida, com quem mantêm um contacto frequente, e refere que é muito prazeroso manter estes momentos de convívio.

No âmbito da avaliação da dimensão estrutural da família, recorreu-se à aplicação da Escala FACES II (Anexo VI). Os resultados obtidos permitiram identificar o nível de coesão (71 pontos) e adaptabilidade (59 pontos), classificando a família RN como muito ligada e muito flexível, o que corresponde a uma família muito equilibrada. Esta tipologia familiar evidencia a existência de uma forte ligação emocional entre os membros, caracterizada por grande proximidade e envolvimento afetivo, associada a uma estrutura familiar com boa capacidade de reorganização e ajuste.

No que respeita à avaliação contextual, os indivíduos que constituem esta família são de raça caucasiana e pertencem ao grupo étnico branco. De acordo com o INE (2021), etnia é definida como um “grupo de pessoas que partilham historicamente uma unidade cultural e linguística comum e estão fortemente vinculados entre si. Por sua vez, para Wright & Leahey (2011) a etnia resulta da combinação entre a história, raça, classe social e religião, sendo a sua avaliação fundamental para a prestação de cuidados culturalmente competentes e respeitosos.

Relativamente às crenças religiosas, a CN refere que a sua família é católica, embora não praticante.

Para a identificação da classe social em que a família RN se insere, foi aplicada a Escala de Graffar, tendo sido obtida a pontuação de 16 pontos (Anexo VII). Assim, considera-se que a família RN se enquadra na classe média.

A família reside em habitação própria, uma casa térrea. A habitação tem água e eletricidade da rede pública, apresenta boas condições de iluminação, aquecimento através de aquecedores e casa de banho com duche. O mobiliário e eletrodomésticos existentes são adequados às necessidades dos moradores. A habitação encontra-se em bom estado de conservação e com higiene cuidada. Apesar de apresentar algumas barreiras arquitetónicas (escadas), foram realizadas adaptações com vista a tornar a residência mais adequada à condição física dos seus habitantes, nomeadamente a instalação de corrimãos.

Em relação à avaliação do desenvolvimento, a família RN encontra-se naquela que Relvas (2004), define como sendo a última e mais longa etapa do ciclo de vida familiar : família com filhos adultos. De acordo com a mesma autora, esta etapa caracteriza-se pelo cruzamento de várias gerações, o que conduz a um elevado número de entradas e saídas no sistema familiar, provocando uma sobreposição entre diferentes tipos de crises, exigindo do sistema familiar uma elevada capacidade de adaptação, reorganização e flexibilidade.

Segundo Wright & Leahey (2011), as tarefas de desenvolvimento associadas a esta fase do ciclo de vida familiar incluem a manutenção do funcionamento individual e conjugal perante

o declínio físico, a criação de espaço no sistema familiar para o reconhecimento da sabedoria e experiência dos idosos, a gestão da perda do cônjuge e outros familiares e preparação para a própria morte. No caso da família RN, verifica-se que estas tarefas parecem estar a ser, em grande medida, concretizadas. No que respeita à manutenção do funcionamento individual e do casal perante o declínio físico, ambos os membros do casal experienciam limitações físicas inerentes à idade, tendo adotado as necessárias estratégias de compensação. A CN assume o papel de cuidadora principal, assumindo algumas tarefas do quotidiano, em função das maiores limitações apresentadas pelo SN. Observa-se, assim, uma organização funcional clara, que permite a manutenção do equilíbrio do sistema conjugal e a preservação da autonomia individual, dentro do possível.

No que concerne ao reconhecimento da sabedoria e experiência dos idosos, a CN refere manter uma relação próxima com filhos e netos, que valorizam os seus conselhos e experiência de vida. Embora os descendentes residam no estrangeiro, o contacto regular contribui para o reconhecimento do casal como elementos centrais da rede familiar.

Quanto a lidar com a perda e preparar-se para a própria morte, a CN demonstra uma postura de aceitação face à morte, reconhece-a como parte integrante do ciclo da vida. Já experienciou algumas perdas significativas, referindo tê-las superado ao longo do tempo. Esta maturidade emocional contribui para a serenidade com que encara o envelhecimento e eventuais perdas que possam vir a ocorrer.

No que respeita aos vínculos afetivos, o casal CN e SN, apresenta uma relação estável, assente em amor, carinho e respeito mútuo. Observa-se a existência de um vínculo conjugal sólido, sustentado por anos de partilha e complementaridade, o que lhes permite enfrentar de forma coesa os desafios associados ao envelhecimento.

Apesar da distância geográfica a relação do casal com os três filhos mantêm-se próxima. A presença regular dos filhos em Portugal, reforça o envolvimento afetivo e contribui para o sentimento de pertença e união familiar. Destaca-se ainda a relação com os netos e bisnetos que, embora fisicamente distante, é emocionalmente próxima e significativa. Os laços intergeracionais encontram-se preservados, assegurando a transmissão de valores, histórias e experiências entre as diferentes gerações, contribuindo para o bem-estar físico e emocional do casal.

Para a avaliação funcional da família RN, nomeadamente no que se refere à avaliação instrumental e às AVD, recorreu-se ao Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (Roper et al., 1995).

No que respeita à AVD manutenção do ambiente seguro, a CN considera que a habitação reúne as condições de segurança adequadas, negando a ocorrência de acidentes domésticos. Ambos os elementos do casal apresentam o plano de vacinação atualizado.

Os dois elementos do casal são portadores de doença crónica (HTA), sendo seguidos regularmente em consulta de vigilância na USF. Ambos têm prescrita terapêutica diária, de acordo com a informação recolhida, a CN é autónoma na gestão da sua medicação, enquanto o SN, por não conseguir realizar esta gestão de forma autónoma, necessita que lhe seja preparada semanalmente a caixa da medicação, tarefa que é assumida pela CN, de forma a garantir a correta adesão à terapêutica.

Relativamente à AVD comunicação, ambos os elementos do casal apresentam diminuição da acuidade visual, compensada com o uso de óculos. O SN apresenta ainda diminuição da acuidade auditiva, não compensada, o que por vezes dificulta a manutenção de um diálogo adequado. Apesar disso, a CN refere que, de um modo geral, o casal consegue manter uma comunicação clara e eficaz. Refere igualmente que, no seu quotidiano, sente ter sempre alguém com quem conversar, nomeadamente vizinhos, amigos e familiares.

No que concerne à AVD respiração, nenhum dos elementos do casal é fumador ou apresenta problemas respiratórios. A habitação é arejada com frequência, não existindo o hábito de utilização de ambientadores.

Quanto à AVD higiene pessoal e vestuário, ambos os elementos do casal necessitam de ajuda parcial na realização da sua higiene pessoal, contando diariamente com o apoio de uma ajudante pessoal. A higiene da habitação e da roupa é igualmente assegurada com o apoio de uma empregada doméstica, que presta auxílio durante alguns dias na semana.

Relativamente à AVD mobilidade, ambos os elementos do casal apresentam dificuldades na mobilidade, necessitando do apoio de bengala para caminhar, sobretudo no exterior. O SN pratica atividade física diariamente, realizando pequenos percursos junto ao domicílio e frequentando o ginásio. A CN, no momento atual, não realiza qualquer tipo de atividade física estruturada.

No que respeita à AVD alimentação, o casal realiza habitualmente três refeições diárias: pequeno-almoço, almoço e jantar. Ao almoço consomem, por norma, sopa e segundo prato, enquanto ao jantar ingerem, habitualmente, sopa acompanhada de pão e queijo. A confeção das refeições é da responsabilidade da CN.

Segundo a informação recolhida, consomem diariamente carne ou peixe e procuram manter uma alimentação cuidada, com consumo diário de vegetais, sobretudo sob a forma de sopa, e evitando gorduras e o excesso de sal. Referem, no entanto, gosto por doces, sobretudo o SN, que os consome diariamente. Relativamente ao tipo de confeção, privilegiam métodos simples, como alimentos cozidos ou grelhados, evitando fritos. Negam alergias alimentares.

No que se refere à ingestão hídrica, a CN refere ingerir aproximadamente 1,5 litros de água por dia, enquanto o SN não consegue quantificar a ingestão, referindo beber pouca água

diariamente. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, o SN refere ingerir habitualmente um copo de vinho tinto às refeições.

Foi calculado o índice de massa corporal (IMC), tendo-se obtido um valor de 26,35 kg/m² para a CN, correspondendo a excesso de peso, e de 30,20 kg/m² para o SN, compatível com obesidade de classe I.

No que concerne à AVD eliminação, a CN refere não apresentar alterações ao nível da eliminação vesical ou intestinal, relatando várias micções diárias e funcionamento intestinal regular, com dejeções diárias. Relativamente ao SN, não foi igualmente referida qualquer dificuldade associada a esta atividade de vida diária.

Quanto à AVD controlo da temperatura do corpo, a CN possui termómetro para avaliação da temperatura corporal e demonstra conhecimentos sobre a sua correta utilização, bem como sobre os procedimentos a adotar em caso de febre. Ambos os elementos do casal utilizam vestuário adequado à estação do ano e às condições climáticas. A habitação mantém, habitualmente, uma temperatura confortável, dispondo de ar condicionado e aquecedores, que são utilizados sempre que necessário.

Relativamente à AVD trabalho e lazer, ambos os elementos do agregado familiar se encontram reformados. A CN ocupa o seu tempo com algumas atividades domésticas, refere ainda gostar de fazer crochet, ver canais franceses na televisão e manter contacto com familiares e amigos, que residem no estrangeiro, através de videoconferência. Até há algum tempo realizava caminhadas na área circundante à sua residência, atividade que tem vindo a ser menos frequente devido ao agravamento das dificuldades de mobilidade. O SN ocupa o seu tempo frequentando o ginásio durante a manhã e, habitualmente após o almoço, desloca-se ao café próximo da sua residência, onde convive com amigos.

No que respeita à AVD expressão da sexualidade, a CN refere que o casal se mantém sexualmente ativo, tendo em consideração a idade e a condição física de ambos.

Relativamente à AVD sono, a CN refere dormir, atualmente, cerca de quatro a cinco horas por noite, considerando o sono reparador. Nega dificuldades em adormecer ou necessidade de recurso a medicação. Refere igualmente que o SN não apresenta dificuldades associadas ao sono.

No que concerne à AVD morte, embora refira não pensar frequentemente sobre o tema, a CN considera a morte como uma etapa natural do ciclo de vida, não a associando a sentimentos de ansiedade ou stress. Refere já ter experienciado perdas significativas, que foram vividas com tristeza, mas que conseguiu ultrapassar ao longo do tempo, tendo aprendido a conviver com elas.

Quanto à avaliação expressiva da família, e no que respeita à comunicação emocional, segundo informação fornecida pela CN, o casal possui uma boa capacidade de comunicação

e de expressão de sentimentos. O sujeito índice identifica-se como o elemento mais comunicativo do casal, descrevendo o marido como mais reservado. Apesar desta assimetria, refere sentir-se globalmente satisfeita com a comunicação existente entre ambos. Relativamente à comunicação não verbal, a CN atribui-lhe elevada relevância, referindo que o conhecimento mútuo permite a interpretação adequada de expressões, gestos e silêncios.

No domínio da comunicação circular, a CN demonstra consciência da interdependência comportamental entre os elementos do casal, reconhecendo que a reação de um influencia a resposta do outro. Refere adotar estratégias de autorregulação, nomeadamente evitar discutir temas sensíveis em momentos de maior exaltação emocional.

Quanto à resolução de problemas, a CN descreve o casal como possuindo boa capacidade de diálogo e negociação, conseguindo, de forma geral, alcançar consensos.

No que se refere aos papéis familiares, apesar de existirem funções definidas, a CN assume a responsabilidade pelo desempenho da maioria dos papéis, nomeadamente como cuidadora, gestora e executora de tarefas domésticas. A própria reconhece sentimentos de exaustão associados a esta acumulação.

Relativamente à influência e poder, a CN refere que as decisões familiares são tomadas de forma conjunta, tendo ambos os elementos do casal o mesmo nível de influência e poder na tomada de decisão.

No domínio das crenças familiares, são identificados como valores orientadores a justiça, o respeito e a solidariedade. Não são referidas crenças relacionadas com espiritualidade ou saúde.

No que concerne às alianças e uniões, o sujeito índice caracteriza a relação conjugal como uma união forte, baseada num equilíbrio entre complementaridade e simetria, em que ambos os elos são importantes e se complementam.

A avaliação foi complementada pela aplicação de dois instrumentos validados. A Escala APGAR Familiar de Smilkstein revelou, no caso da CN, uma pontuação de 9/10, traduzindo uma perceção de elevada funcionalidade familiar, pautada por relações positivas, de cooperação e suporte entre os membros da família (Anexo VIII). Por sua vez, a Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe apresentou uma pontuação de 67 pontos, correspondendo a um baixo risco de doença relacionada com o stress (Anexo IX).

Com base na avaliação realizada, a família RN evidencia um funcionamento equilibrado, com elevada coesão e adaptabilidade e perceção de uma elevada funcionalidade familiar, sustentados por um vínculo conjugal estável e por uma rede de suporte significativa, mesmo com a distância física dos descendentes. Estes aspetos constituem as principais forças identificadas na família RN e favorecem a existência duma resposta adaptativa e eficaz às alterações associadas ao envelhecimento e à gestão de condições crónicas.

Contudo, identificaram-se necessidades de vigilância e intervenção preventiva, nomeadamente o aumento do conhecimento sobre prevenção de quedas e a promoção da segurança ambiental no domicílio, bem como a otimização de aspetos relacionados com o regime dietético. Para além disso, a centralização de papéis na CN, enquanto cuidadora principal do SN, configura um risco potencial de sobrecarga, justificando uma intervenção preventiva e de apoio ao cuidador.

Assim, numa perspetiva de cuidar baseado nas forças, as prioridades de intervenção foram definidas em conjunto com a família, orientando-se para potenciar os recursos existentes e reduzir riscos, através da promoção da segurança, do reforço do autocuidado e da prevenção de complicações.

O plano de cuidados foi elaborado utilizando a terminologia proposta pela CIPE (International Council of Nurses [ICN], 2019) e encontra-se descrito na Tabela 1:

Tabela 1.

Plano de Cuidados da Família RN.

Plano de Cuidados		
Foco	Papel de Cuidador	Alvo: Casal RN
Juízo	Comprometido	
Diagnóstico	Papel de Cuidador comprometido	
Critérios de Diagnóstico	Saturação de papel – problemas físicos e emocionais (cansaço e medo) associados ao papel de prestador de cuidados.	
Intervenções	»Incentivar a comunicação expressivas das emoções. »Avaliar a sobrecarga do cuidador informal (Escala de sobrecarga de Zarit). »Otimizar a comunicação na família. »Promover estratégias de coping. »Promover o envolvimento da família alargada.	
Resultados Esperados	Prevenir problemas físicos e emocionais, associados ao papel de cuidador	
Avaliação	A CN mantém referência a cansaço associado ao desempenho do papel de cuidadora do marido. No entanto, verifica-se uma melhoria da capacidade de expressar as suas dificuldades e receios, bem como na procura de apoio junto da sua rede de suporte. Apresenta score 42 na escala de sobrecarga de Zarit - Sem sobrecarga. Mantém-se necessidade de acompanhamento e intervenção visando a prevenção do agravamento da situação.	

Foco	Risco de queda	Alvo: CN e SN
Juízo Diagnóstico	Baixo Baixo risco de queda	
Critérios de Diagnóstico	Resultado de 40 pontos na Escala de Morse. Uso de auxiliar de marcha.	
Intervenções	»Avaliar a segurança ambiental. »Avaliar o vestuário e calçado. »Avaliar o conhecimento sobre prevenção de queda.	
Resultados Esperados	Manter o risco de quedas no nível baixo. Evitar a ocorrência de quedas.	
Avaliação	Não se verificou a ocorrência de quedas em nenhum dos membros do casal. Ambos mantêm baixo risco de queda – 40 pontos na Escala de Morse.	
Foco	Conhecimento sobre prevenção de quedas	Alvo: CN e SN
Juízo Diagnóstico	Comprometido Falta de conhecimento sobre prevenção de queda.	
Critérios de Diagnóstico	Condições habitacionais não adequadas. Medo de cair.	
Intervenções	»Ensinar sobre segurança ambiental (escadas, tapetes, iluminação). »Ensinar sobre prevenção de quedas. »Ensinar sobre vestuário e calçado. »Ensinar sobre marcha e equilíbrio. »Treinar a marcha e equilíbrio.	
Resultados Esperados	Aumentar conhecimento sobre a prevenção de quedas. Evitar a ocorrência de quedas.	
Avaliação	Não se verificou a ocorrência de quedas. Demonstram maior nível de conhecimento sobre a prevenção de quedas, enunciando cuidados a ter nas diferentes categorias. Observa-se a existência de um maior nível de segurança ambiental (retirada de tapetes).	
Foco	Adesão ao regime dietético	Alvo: CN e SN
Juízo Diagnóstico	Comprometida Não adesão ao regime dietético	
Critérios de Diagnóstico	Excesso de peso Padrão alimentar inadequado	

Intervenções	»Avaliar conhecimento sobre regime dietético. »Ensinar sobre nutrição (importância de alimentação variada, aporte proteico adequado, necessidades nutricionais no idoso). »Ensinar sobre regime dietético (redução de sódio e gorduras) »Ensinar sobre ingestão de líquidos. »Incentivar adesão ao regime dietético.	
Resultados Esperados	Aumentar o conhecimento sobre o regime dietético. Melhorar a adesão ao regime dietético.	
Avaliação	Ambos os membros de casal mantêm excesso de peso. Enumeram cuidados a manter ao nível do regime terapêutico (aumento de aporte proteico, redução de sódio e gorduras, aumento de aporte hídrico). Referem incluir, mais frequentemente, segundo prato ao jantar.	
Foco	Risco de Isolamento Social	Alvo: CN
Juízo	Baixo	
Diagnóstico	Baixo risco de Isolamento social	
Critérios de Diagnóstico	Ausência de sentimentos de solidão.	
Intervenções	»Avaliar sentimentos de solidão (Escala de solidão da UCLA) »Incentivar a comunicação expressivas das emoções »Promover a interação social »Incentivar a manutenção de contactos sociais significativos.	
Resultados Esperados	Manter a interação social. Manter a ausência de sentimentos de solidão.	
Avaliação	Mantem-se a inexistência de sentimentos de solidão (Score 25 na escala de solidão da UCLA). A CN tem procurado passar menos tempo sozinha em casa e manter contacto mais frequente com vizinhas e familiares que residem nas proximidades.	

A implementação do plano de cuidados permitiu ganhos sobretudo ao nível da literacia em saúde, da adoção de medidas de prevenção de quedas e do reforço do conhecimento relativo ao regime dietético. No domínio do papel de cuidador, apesar de a CN manter referência a cansaço e receio em relação ao futuro, observou-se maior capacidade de verbalizar as suas dificuldades e de mobilizar apoios, recorrendo à rede de suporte, o que permitiu a manter a ausência de sobrecarga.

Mantém-se, no entanto, a necessidade de acompanhamento continuado na área de Enfermagem de Saúde Familiar, de forma a manter os ganhos os em saúde, prevenir o declínio funcional e a garantir respostas competentes em futuras transições.

3.2.2 - Estudo de caso da Família SG

O primeiro contacto com a família SG decorreu no contexto da consulta de vigilância à pessoa com HTA. No decurso dessa consulta, em colaboração com a enfermeira orientadora do estágio, foi explicado o projeto à AG e feito o convite à participação, que aceitou. Os contactos estabelecidos com esta família, ao longo do estágio, foram sendo realizados tanto em consultas realizadas na USF como em visitas domiciliárias.

A avaliação familiar da família SG foi realizada com base no MCAF e de acordo com informações recolhidas ao longo das consultas realizadas, tendo a AG como sujeito índice.

No que se refere à composição familiar, o agregado SG é constituído pelo casal AG e JG. A AG nasceu em 1944, numa vila do litoral alentejano, de onde saiu depois de casar. Desenvolveu a sua atividade profissional como trabalhadora fabril, encontrando-se atualmente reformada. O JG nasceu em 1940, na mesma localidade e encontra-se igualmente reformado. A sua trajetória profissional desenvolveu-se na carreira militar. O casal contraiu matrimónio em 1963, tendo desta união nascido a filha, MJ, em 1966.

No agregado existe um elemento do sexo masculino e um elemento do sexo feminino, ambos heterossexuais, sendo o JG o elemento mais velho do casal e, consequentemente, a AG o mais novo.

Com o intuito de representar visualmente a sua composição, foi construído o genograma da família SG, possibilitando uma compreensão mais clara da estrutura e dos subsistemas que constituem este agregado. (Figura 3).

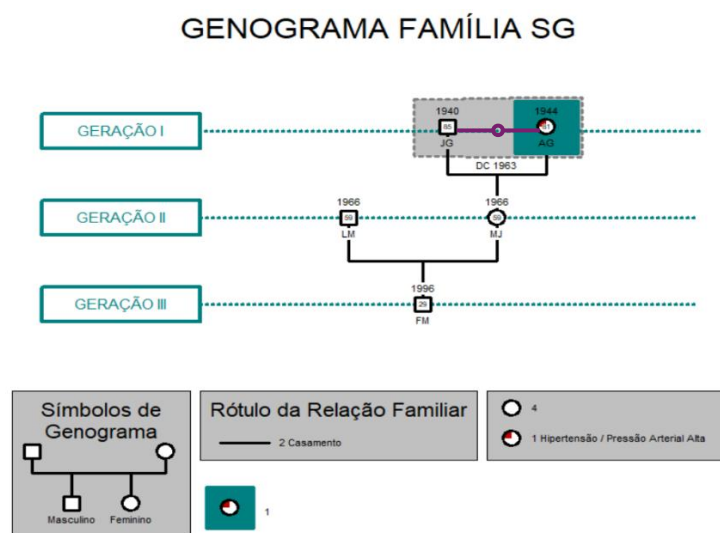
Quanto aos subsistemas familiares, é possível identificar a presença dos subsistemas individuais, correspondentes a cada um dos membros do casal, bem como do subsistema conjugal, constituído por AG e JG.

Relativamente aos limites familiares, a informação recolhida sugere a existência de limites claramente definidos entre os diferentes subsistemas, verificando-se que cada elemento reconhece os seus papéis e as funções associadas no seio do sistema familiar.

No que respeita à família alargada a AG refere que fazem parte da mesma a filha, o genro e o neto. A filha MJ nasceu em 1966, no Alentejo, mas passou a maior parte da sua infância e adolescência numa cidade da margem sul, casou em 1994 com o LM, tendo nascido desta relação, em 1996 o FM. Este núcleo familiar reside atualmente numa localidade do Alentejo central.

Apesar da distância física existente entre o casal e o núcleo familiar da filha, a AG refere manter uma relação muito próxima com a filha, falando várias vezes por dia ao telefone com ela. Refere ainda que a filha e o genro os visitam de 15 em 15 dias, ou sempre que é necessário algum tipo de apoio.

Figura 3.
Genograma da Família SG.



Fonte: Elaboração própria (software Genopro)

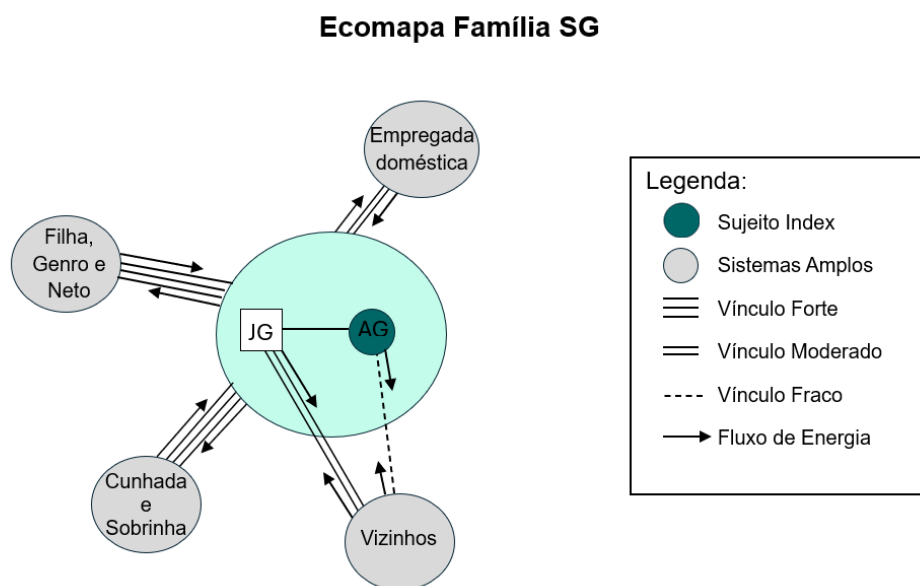
Referencia como principal apoio a cunhada e a sobrinha, que moram nas proximidades, estando presentes no seu dia-a-dia, e a quem recorre quando precisa de ajuda para se deslocar a consultas ou resolver algum problema.

Afirma não ter contacto próximo com a vizinhança, no seu prédio vive uma idosa que por dificuldade na mobilidade praticamente não sai de casa e dois casais de jovens, que se mudaram recentemente e com quem ainda não estabeleceu qualquer relação. No entanto refere que o JG tem uma relação mais ou menos próxima com alguns vizinhos com quem convive no café do bairro, local onde passa grande parte dos seus dias.

As relações que, segundo o sujeito índice, a família estabelece com meio externo encontram-se representadas de forma esquemática no ecomapa (Figura 4).

Para complementar a avaliação da dimensão estrutural da família, recorreu-se à aplicação da Escala FACES II (Anexo X). Foram obtidos os resultados de 71 pontos na dimensão coesão e 47 pontos na dimensão adaptabilidade, permitindo classificar a família SG como muito ligada e flexível, o que corresponde a uma família equilibrada. Estes dados revelam a existência de uma dinâmica familiar marcada por vínculos emocionais fortes, elevada proximidade relacional e envolvimento afetivo, associada a uma boa capacidade de adaptação às transições e desafios da vida familiar.

Figura 4.
Ecomapa da Família SG.



Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à avaliação contextual desta família, ambos os elementos deste agregado familiar são de raça caucasiana e pertencem ao grupo étnico branco. No que se refere à religião, a AG considera que a sua família é católica não praticante.

Para identificação da classe social em que a família SG se insere, foi aplicada a Escala de Graffar, tendo sido obtida a pontuação de 16 pontos, pelo que a família SG se inclui na classe média (Anexo XI).

A família SG habita em residência própria, localizada no rés-do-chão de um prédio. A habitação tem água e eletricidade provenientes da rede pública, apresenta boa iluminação e aquecimento através de aquecedores. Conta ainda com casa de banho, mobiliário e eletrodomésticos adequados às necessidades do casal. O espaço encontra-se em bom estado de conservação e com higiene cuidada. A proximidade de bens e serviços essenciais permite à AG realizar as suas atividades quotidianas de forma segura e autónoma.

No que respeita ao estadió do ciclo vital familiar, a família SG encontra-se na fase definida por Relvas (Relvas, 2004) como família com filhos adultos.

Tendo em conta as tarefas de desenvolvimento, definidas por Wright & Leahey (2011) para esta etapa do ciclo vital, e a avaliação feita da família SG, estas tarefas encontram-se, de forma geral, satisfatoriamente cumpridas.

No que respeita à manutenção do funcionamento individual e conjugal, perante o declínio físico, ambos os membros do casal experienciam alterações e limitações decorrentes do envelhecimento, tendo, contudo, desenvolvido estratégias adaptativas de compensação. AAG assume o papel de cuidadora, sendo responsável pela maioria das atividades do dia-a-dia,

em virtude das limitações cognitivas e funcionais apresentadas pelo JG. Esta dinâmica evidencia uma organização funcional equilibrada, promotora do sistema conjugal e da preservação da autonomia individual possível.

Relativamente à integração e valorização da sabedoria e experiência dos idosos, a AG refere manter uma relação próxima com a filha e neto, os quais manifestam apreço pelos seus conselhos e pela experiência acumulada ao longo da vida. Apesar da distância, o contacto regular contribui para reforçar o reconhecimento do casal como elementos de referência na rede familiar.

No que concerne à vivência de perdas e à preparação para a própria morte, a AG evidencia uma atitude marcada pela aceitação, reconhecendo a morte como um processo inerente ao ciclo de vida. Contudo, manifesta algum receio e dificuldade em integrar as transformações associadas ao processo de envelhecimento, evidenciando a coexistência entre a aceitação cognitiva da finitude, e a resistência emocional face às mudanças físicas e funcionais decorrentes do envelhecimento.

Relativamente aos vínculos existentes entre o casal AG e JG, observa-se a existência duma relação de amor e respeito mútuo. A ligação conjugal é sólida, resultado de décadas de convivência, apoio e afeto, permitindo-lhe enfrentar de forma coesa as exigências e transformações inerentes do processo de envelhecimento. Esta estabilidade relacional constitui um recurso importante para o bem-estar individual e familiar, reforçando a capacidade do casal de enfrentar os desafios do quotidiano de forma eficaz e adaptativa.

De salientar também a relação mantida com a filha e neto, que embora fisicamente distantes, se revela emocionalmente significativa. Este vínculo intergeracional assegura a transmissão de valores e saberes, contribui para o bem-estar físico e emocional do casal e reforça a coesão e continuidade dos laços familiares.

No âmbito da avaliação funcional da família SG, em particular no que se refere à avaliação instrumental e às AVD, recorreu-se ao Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (Roper et al., 1995), que permite analisar o grau de independência e as necessidades de cada um dos membros do casal nas diferentes AVD.

Relativamente à AVD manutenção de um ambiente seguro, a utente AG refere considerar a sua habitação segura. Contudo já sofreu três quedas, tendo a última ocorrido cerca de dois meses antes da entrevista, nas escadas de acesso a casa.

Ambos os elementos do casal possuem o esquema vacinal atualizado e são portadores de doenças crónicas, sendo acompanhados regularmente em consultas de vigilância na USF. Tomam medicação diária, a AG gere a sua medicação de forma autónoma e assume igualmente a responsabilidade pela gestão da medicação do marido, uma vez que este não consegue fazê-lo de forma independente.

No domicílio existem dois animais de estimação, uma cadela e uma caturra, que apresentam acompanhamento veterinário regular.

No que diz respeito à AVD comunicação, ambos os elementos do casal apresentam diminuição da acuidade visual, compensada com o uso de óculos.

A AG descreve-se como uma pessoa comunicativa e considera que, de forma geral, a família apresenta uma boa capacidade de comunicação e interação.

Relativamente à AVD respiração, nenhum dos elementos do casal é fumador nem apresentam antecedentes de patologia respiratória. A habitação é arejada com frequência, sendo ventilada regularmente, e não existe o hábito de utilização de ambientadores.

Quanto à AVD higiene pessoal e vestuário, ambos os membros do casal são autónomos na realização desta atividade, referindo realizar higiene pessoal diariamente. A higiene da habitação e o tratamento da roupa são assegurados por uma empregada doméstica, que presta apoio algumas horas por semana.

Ambos utilizam prótese dentária e realizam a sua higienização diária.

No que respeita à AVD mobilidade, ambos os elementos do casal evidenciam algumas limitações na mobilidade, necessitando de apoio de auxiliares de marcha nas deslocações fora da residência. Nestas situações a AG utiliza uma canadiana, enquanto o JG recorre a uma bengala. A AG sofreu nos últimos 12 meses 3 quedas, tendo a primeira resultado em fratura da rótula, com necessidade de internamento e intervenção cirúrgica. Desde essa altura apresenta dificuldades na mobilidade associada a alguma limitação motora e dor.

Atualmente nenhum dos elementos do casal pratica atividade física regular.

Relativamente à AVD alimentação, o casal realiza habitualmente quatro refeições diárias: pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. Normalmente ao almoço e jantar ingerem sopa, segundo prato e fruta à sobremesa. A confeção das refeições é assegurada pela AG. Segundo a própria, procuram manter uma alimentação simples e equilibrada, privilegiando o consumo de vegetais e evitando alimentos com elevado teor de gordura. Refere ainda que, na maioria das vezes, os alimentos são preparados cozidos ou grelhados, procurando evitar fritos.

Não são conhecidas alergias alimentares em nenhum dos membros do casal. Ambos referem não consumir bebidas alcoólicas. Relativamente à ingestão hídrica, a AG refere consumir cerca de 1,5 L de água por dia.

Foi calculado o IMC de cada um dos elementos do casal, tendo-se obtido um valor de 26,03 kg/m² para a AG e de 24,16 kg/m² para o JG.

Quanto à AVD eliminação, a AG refere não apresentar alterações no que respeita à eliminação vesical. Contudo, relativamente à eliminação intestinal, menciona ter tendência para obstipação, necessitando de recorrer a laxantes com frequência. No que respeita ao JG, não foi referida qualquer dificuldade associada a esta atividade de vida diária.

No âmbito da AVD controlo da temperatura do corpo, a AG possui um termómetro para avaliação da temperatura corporal, demonstrando conhecimentos acerca da forma adequada de proceder a esta avaliação e das medidas a adotar em caso de febre. Ambos os elementos do casal utilizam vestuário adequado à estação do ano e às condições climatéricas. A habitação apresenta uma temperatura considerada confortável, existindo aquecedores, que são utilizados sempre que necessário.

No que concerne à AVD trabalhar e lazer, ambos os elementos do agregado familiar se encontram atualmente reformados. Para ocupar o seu tempo, a AG realiza tarefas domésticas, gosta de fazer renda, ver televisão e passear a sua cadela nas imediações da residência. O JG, por sua vez, alterna períodos em que permanece em casa a ver televisão com pequenas deslocações até ao café situado nas proximidades da residência, local onde costuma permanecer algum tempo. A AG refere ainda que, sempre que a filha tem disponibilidade para os visitar, aproveitam esses momentos para conviver em família.

No domínio da AVD expressão da sexualidade, a AG refere que, atualmente, o casal não mantém atividade sexual ativa. Contudo, existem manifestações de afeto e carinho entre ambos. Refere não considerar esta situação geradora de desconforto ou preocupação, não manifestando necessidades relacionadas com esta área.

Quanto à AVD sono, a AG relata dormir habitualmente cerca de cinco horas por noite. Relata não apresentar dificuldades em adormecer. Acrescenta ainda que o marido também não apresenta dificuldades associadas a esta AVD.

No que diz respeito à AVD morte, a AG expressa já ter vivenciado a perda de pessoas significativas, pelo que encara a morte como uma etapa inerente ao ciclo de vida. Demonstra uma atitude de aceitação face à própria finitude, manifestando mais preocupação relativamente à possibilidade de dependência e sofrimento do que propriamente em relação à morte.

No que concerne à avaliação expressiva, particularmente no que se relaciona com a comunicação emocional, a AG indica existir comunicação e partilha de sentimentos entre os elementos do casal. Contudo, considera que o marido apresenta maior dificuldade em expressar os seus sentimentos.

No que respeita à comunicação verbal, a AG descreve-se como uma pessoa muito comunicativa e expressiva, ao contrário do marido que, segundo a própria, é mais reservado e pouco falador. Ainda assim, refere sentir-se confortável e satisfeita com a forma como a comunicação se estabelece entre ambos, considerando que esta ocorre de forma clara.

Relativamente à comunicação não verbal, a AG atribui-lhe grande importância na interação do casal. Afirma que, após tantos anos de convivência, se torna fácil compreender o significado de determinadas expressões ou olhares do marido. Acrescenta ainda que o

marido também demonstra capacidade para interpretar muitas das suas expressões, afirmando que, por vezes, nem é necessário falar para que se compreendam mutuamente.

No que diz respeito à comunicação circular, a AG demonstra consciência de que a comunicação entre o casal é influenciada pelo comportamento de cada um dos seus elementos.

Quanto à capacidade de resolução de problemas, indica que perante situações problemáticas existe diálogo entre ambos, e identifica-se como a pessoa que mais facilmente reconhece a existência de problemas. Considera que o casal possui capacidade para os resolver através do diálogo e da escuta dos diferentes pontos de vista.

No que se refere aos papéis familiares, a AG considera que estes se encontram bem definidos para cada elemento do casal e nega a existência de conflitos relacionados com diferentes perspetivas sobre esses papéis. Relata que, atualmente, assume a responsabilidade pela gestão familiar, pela realização das tarefas domésticas e o papel de cuidadora do marido.

No domínio da influência e poder, a AG afirma que as decisões no seio familiar são geralmente tomadas em conjunto. Contudo, face à degradação do estado de saúde do marido, reconhece que acaba por assumir um papel mais preponderante na tomada das decisões.

No que diz respeito às crenças familiares, a AG considera que os valores que orientam a família são a honestidade, a liberdade e o respeito. Nega a existência de crenças relacionadas com a espiritualidade ou com a saúde.

Por fim, relativamente às alianças e uniões, a AG refere manter com o JG uma aliança forte, que atualmente se baseia numa relação de complementaridade, na qual assume frequentemente uma posição mais dominante.

Com o objetivo de aprofundar a compreensão do funcionamento familiar, foram aplicados instrumentos de avaliação familiar validados, preenchidos com base nos dados disponibilizados pela AG.

A aplicação da Escala APGAR Familiar de Smilkstein resultou numa pontuação total de 7 em 10, valor que traduz uma perceção positiva do funcionamento familiar. Este resultado indica a presença de relações familiares satisfatórias, bem como um nível global de satisfação com a dinâmica familiar (Anexo XII). Por sua vez, a Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe resultou numa pontuação total de 144 pontos, correspondendo a um baixo risco de desenvolvimento de doença associada ao stress. Apesar de se registarem algumas alterações no quotidiano familiar, não se verifica a ocorrência de acontecimentos críticos com elevada carga de stress (Anexo XIII).

Em síntese, a avaliação integrada dos dados recolhidos, evidencia que a família SG apresenta um funcionamento familiar satisfatório, com níveis adequados de coesão e

adaptabilidade e uma perceção positiva da funcionalidade familiar. Os resultados apontam também para a presença duma relação conjugal duradoura e duma rede de suporte significativa centrada na filha e em familiares próximos. Todos estes aspetos representam as forças deste sistema familiar e constituem fatores potenciadores da capacidade de adaptação às diferentes transições do ciclo de vida, contribuindo para a manutenção do equilíbrio e da funcionalidade familiar.

A avaliação familiar realizada permitiu igualmente identificar áreas de vulnerabilidade, destacando-se a centralização de papéis na AG enquanto cuidadora principal do JG, o histórico de quedas associado a um elevado risco de recorrência e a presença de dor que condiciona a funcionalidade e mobilidade.

Com base nesta análise, e numa perspetiva de cuidar baseado nas forças, foi delineado um plano de cuidados individualizado, centrado na pessoa e na família, orientado para potencialização dos recursos existentes, procurando contribuir para a manutenção da autonomia e do bem-estar desta família.

O plano de cuidados foi elaborado utilizando a terminologia proposta pela CIPE (2019) e encontra-se descrito na Tabela 2:

Tabela 2 .
Plano de Cuidados da Família SG.

Plano de Cuidados		
Foco	Papel de Cuidador	Alvo: Casal SG
Juízo	Comprometido	
Diagnóstico	Papel de Cuidador comprometido	
Critérios de Diagnóstico	Saturação de papel – refere problemas físicos (cansaço) associado ao papel de prestador de cuidados.	
Intervenções	»Incentivar a comunicação expressivas das emoções. »Avaliar a sobrecarga do cuidador informal (Escala de sobrecarga de Zarit). »Otimizar a comunicação na família. »Promover estratégias de coping. »Promover o envolvimento da família alargada.	
Resultados Esperados	Diminuir as consequências físicas e emocionais associados ao desempenho do papel de cuidador.	
Avaliação	A AG mantém queixas de cansaço associado ao desempenho do papel de cuidadora do marido. No entanto, verifica-se uma melhoria da capacidade de expressar as suas dificuldades e na procura de apoio junto da sua rede de suporte. Apresenta score 45 na escala de sobrecarga de Zarit - Sem sobrecarga. Mantem-se a necessidade de acompanhamento e intervenção visando a prevenção do agravamento da situação.	

Foco	Risco de queda	Alvo: AG
Juízo Diagnóstico	Elevado Elevado risco de queda	
Critérios de Diagnóstico	Resultado de 55 pontos na Escala de Morse. Uso de auxiliar de marcha.	
Intervenções	»Avaliar a segurança ambiental. »Avaliar o vestuário e calçado. »Avaliar o conhecimento sobre prevenção de queda.	
Resultados Esperados	Diminuir o risco de quedas. Evitar a ocorrência de novas quedas.	
Avaliação	Não se verificou a ocorrência de quedas durante o período de acompanhamento. No final da avaliação apresenta baixo risco de queda – 40 pontos na Escala de Morse.	
Foco	Conhecimento sobre prevenção de quedas	Alvo: AG e JG
Juízo Diagnóstico	Comprometido Falta de conhecimento sobre prevenção de queda.	
Critérios de Diagnóstico	Condições habitacionais não adequadas. Medo de cair	
Intervenções	»Ensinar sobre segurança ambiental (escadas, tapetes, iluminação). »Ensinar sobre prevenção de quedas. »Ensinar sobre vestuário e calçado. »Ensinar sobre marcha e equilíbrio. »Treinar a marcha e equilíbrio.	
Resultados Esperados	Aumentar o conhecimento sobre a prevenção de quedas. Evitar a ocorrência de quedas.	
Avaliação	Não se verificou a ocorrência de quedas. Demonstram maior nível de conhecimento sobre a prevenção de quedas, enunciando cuidados a ter nas diferentes categorias. Observa-se a existência de um maior nível de segurança ambiental (maior área livre para circulação e retirada de tapete).	
Foco	Dor	Alvo: AG
Juízo Diagnóstico	Presente Dor Presente	
Critérios de Diagnóstico	Relato de dor	

Intervenções	»Avaliar dor »Incentivar a adesão ao regime medicamentoso prescrito. »Ensinar estratégias não farmacológicas para alívio da dor. »Referir para o serviço médico.	
Resultados Esperados	Diminuir a intensidade da dor.	
Avaliação	Apresenta redução da intensidade da dor (1 na escala de dor).	
Foco	Adesão ao regime dietético	Alvo: AG
Juízo	Comprometida	
Diagnóstico	Não adesão ao regime dietético	
Critérios de Diagnóstico	Excesso de peso Padrão alimentar inadequada	
Intervenções	»Avaliar conhecimento sobre regime dietético. »Ensinar sobre nutrição (importância de alimentação variada, aporte proteico adequado, necessidades nutricionais no idoso). »Ensinar sobre regime dietético (redução de sódio e gorduras) »Ensinar sobre ingestão de líquidos. »Incentivar adesão ao regime dietético.	
Resultados Esperados	Aumentar conhecimento sobre regime dietético. Melhorar a adesão ao regime dietético.	
Avaliação	Mantem excesso de peso. Enumera cuidados a manter ao nível do regime terapêutico (aumento de aporte proteico, redução de sódio e gorduras, aumento de aporte hídrico). Referem incluir, mais frequentemente, segundo prato ao jantar.	
Foco	Risco de Isolamento Social	Alvo: AG
Juízo	Baixo	
Diagnóstico	Baixo risco de Isolamento social	
Critérios de Diagnóstico	Ausência de sentimentos de solidão	
Intervenções	»Avaliar sentimentos de solidão (Escala de solidão da UCLA) »Incentivar a comunicação expressivas das emoções »Promover a interação social »Incentivar a manutenção de contactos sociais significativos.	
Resultados Esperados	Manter a interação social. Manter a ausência de sentimentos de solidão.	

Avaliação	Mantem-se a ausência de sentimentos de solidão (Score 28 na escala de solidão da UCLA). A AG tem procurado sair de casa com mais frequência e manter contacto de forma mais frequente com os familiares que residem nas proximidades.
------------------	---

Com a implementação do plano de cuidados e acompanhamento realizado foi possível observar ganhos em saúde relevantes, particularmente na área da segurança, evidenciados pela ausência de quedas e pela redução do risco de queda, ao que se associa ainda o aumento do conhecimento sobre prevenção das mesmas e a melhoria da segurança ambiental. No que respeita ao papel de cuidador, apesar da AG manter a referência a cansaço, verificou-se uma maior capacidade de verbalizar as dificuldades e de procurar apoio junto da rede informal, mantendo-se a ausência de sobrecarga. Relativamente à dor, registou-se uma diminuição da intensidade e consequentemente uma menor interferência na mobilidade. Apesar da manutenção do excesso de peso, observou-se um reforço do conhecimento relativo ao regime dietético, o que representa a base para uma eventual mudança gradual de hábitos.

A continuidade do acompanhamento em Enfermagem de Saúde Familiar assume-se como essencial, de forma a permitir a consolidação dos ganhos obtidos, a preservação da autonomia funcional e a promoção da qualidade de vida deste casal nesta etapa do ciclo de vida familiar.

3.3 – RESULTADOS

O presente capítulo apresenta os resultados obtidos no âmbito da implementação do plano de cuidados desenvolvido durante o estágio. Estes resultados foram obtidos através da utilização de PROMs (Anexo XIV e XV), tendo por base o conjunto de resultados a avaliar em pessoas idosas proposto pelo ICHOM, ao qual se procedeu às adaptações necessárias, tendo em conta os instrumentos de recolha de dados adaptados e validados à realidade portuguesa.

Inicialmente procede-se à caracterização sociodemográfica e clínica das participantes, seguindo-se a apresentação dos principais indicadores de saúde e dos resultados obtidos através dos instrumentos de avaliação utilizados para monitorizar o contributo da intervenção.

As participantes incluídas no estudo foram caracterizadas relativamente a variáveis sociodemográficas e clínicas consideradas relevantes para a compreensão do contexto da intervenção.

Tabela 3 .
Caracterização sociodemográfica das participantes.

Característica	CN	AG
Idade (anos)	85	81
Sexo	Feminino	Feminino
Escolaridade	4 anos	4 anos
Estado civil	Casada	Casada
Duração de casamento (anos)	63	62
Com que reside	Marido	Marido
Situação profissional	Reformada	Reformada

Observa-se na Tabela 3 que ambas as participantes são do sexo feminino, encontram-se casadas há mais de 60 anos e residem com o cônjuge. Ambas têm mais de 80 anos, sendo a participante AG a mais nova (81 anos) e participante CN a mais velha (85 anos). Estão ambas reformadas e possuem escolaridade correspondente a quatro anos de ensino formal.

Para além da caracterização sociodemográfica, considerou-se pertinente apresentar alguns dados relativos ao estado de saúde das participantes, de forma a contextualizar a avaliação realizada e a intervenção implementada. Assim, a Tabela 4 apresenta a caracterização clínica das participantes, no início de implementação do projeto, incluindo informação relativa às principais condições de saúde e outros aspetos considerados relevantes para a compreensão da sua situação de saúde.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, ambas as participantes reportam o diagnóstico de hipertensão arterial e encontram-se sob terapêutica crónica. Relativamente ao índice de massa corporal, ambas se encontram em valores indicativos de excesso de peso.

É relevante destacar que, no momento inicial, ambas as participantes percecionam que a existência de uma situação crónica não limita a realização das suas atividades de vida diária, o que sugere a existência de uma situação de saúde controlada.

Tabela 4 .
Caracterização clínica das participantes.

Característica	CN	AG
Índice de Massa Corporal (kg/m²)	26,35	26,03
Consumo de álcool	Não	Não
Consumo de tabaco	Não	Não
Doenças crónicas	HTA	HTA
Medicação crónica	Sim	Sim
Limitação associada à doença	Não	Não

Comprometimento cognitivo	Não	Não
Comprometimento Auditivo	Não	Não
Comprometimento Visual	Sim, corrigido pela utilização de óculos	Sim, corrigido pela utilização de óculos
Utilização de ajudas técnicas	Bengala	Canadiana
Quedas nos últimos 12 meses (n)	Não	3
Consequências das quedas	Não aplicável	Fratura
Frequência de apoio recebido	Diário	Semanal

Nenhuma das participantes apresenta comprometimento cognitivo e auditivo, mas ambas apresentam comprometimento visual, compensado pelo uso de óculos.

No que se refere ao histórico de quedas, apenas uma das participantes reportou episódios nos últimos 12 meses, tendo sofrido três quedas, das quais resultou uma fratura. Verifica-se ainda que ambas recorrem à utilização de ajudas técnicas de marcha, ainda que de tipologia distinta.

No que respeita ao apoio prestado por terceiros, ambas as participantes recebem apoio para o cuidado da higiene da casa e da roupa, mas enquanto a CN recebe apoio diariamente, a AG recebe esse apoio numa frequência semanal.

No âmbito da avaliação da intervenção desenvolvida durante o estágio, considerou-se pertinente integrar a análise de PROMs, de forma a compreender eventuais alterações na perceção do seu estado de saúde e bem-estar ao longo do processo de intervenção. A seleção das dimensões a avaliar teve em consideração as recomendações do ICHOM, para a avaliação nas pessoas idosas.

A utilização de instrumentos de avaliação baseados na perspetiva dos participantes permite complementar a análise clínica, contribuindo para uma apreciação mais abrangente dos resultados alcançados.

Neste contexto, foram analisadas as pontuações obtidas através dos instrumentos previamente descritos, recolhidas em dois momentos distintos (antes e após a implementação da intervenção). A comparação entre os resultados obtidos nestes dois momentos permite identificar eventuais alterações nas dimensões avaliadas, contribuindo para a análise do contributo plausível do plano de cuidados implementado, sendo os resultados apresentados nas tabelas seguintes .

Tabela 5.

Avaliação de indicadores relativos ao estado de saúde e fragilidade antes e após a intervenção.

Indicador	Variável	CN (Antes)	CN (Pós)	AG (Antes)	AG (Pós)
Sobrevivência	Estado vital	Vivo	Vivo	Vivo	Vivo
Decisão Antecipada	Preferência de local de morte	Não	Não	Não sei	Não
Qualidade da Morte	Local de morte	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Fragilidade	Escala clínica de fragilidade	3 (Bem Controlado)	3 (Bem Controlado)	4 (Fragilidade Muito Leve)	3 (Bem Controlado)

A tabela 5 apresenta os indicadores relativos ao estado de saúde e fragilidade das participantes, avaliados antes e após a intervenção. No que respeita à dimensão sobrevivência, verifica-se que ambas as participantes se mantêm o estado vital “Vivo” no final da intervenção.

No que respeita ao domínio da decisão antecipada sobre o local de preferência para o óbito, os dados revelam que ambas as utentes optaram por não expressar uma preferência. Contudo, enquanto a CN foi consistente na sua recusa em definir um local, a utente AG transitou de um estado de indecisão (“Não sei”) no momento inicial para uma posição de não querer expressar preferência no segundo momento. Estes resultados evidenciam a sensibilidade deste tema e a importância de respeitar a autonomia e o tempo de cada pessoa na discussão de questões relacionadas com o fim de vida.

No que respeita ao indicador Fragilidade, avaliado através da Escala Clínica de Fragilidade, verificou-se a existência de trajetórias diferentes entre as duas participantes. No caso da CN manteve-se o nível 3 ao longo do período de acompanhamento, indicando que os seus problemas médicos estão controlados e a sua situação clínica se manteve estável. A AG, por sua vez evidenciou uma melhoria no seu estado, passando do nível 4, que representa um estado de fragilidade muito leve, para o nível 3, que representa um estado de sintomas e comorbilidades controladas. A evolução positiva de AG é particularmente relevante do ponto de vista clínico, sugerindo uma melhoria do seu estado geral e um controlo otimizado dos seus problemas médicos.

Tabela 6.

Avaliação de indicadores relativos à desutilidade dos cuidados, utilização de recursos e responsividade do sistema, antes e após a intervenção.

Indicador	Variáveis	CN (Antes)	CN (Pós)	AG (Antes)	AG (Pós)
Desutilidade dos Cuidados	Polimedicação	4	4	6	7
	Medicamentos Desajustados	0	0	0	0

	Efeitos adversos	0	0	0	0
	Nº de ocorrências	0	0	3	2
	Recurso a cuidados de saúde	0	0	2	1
	Ocorrência de Fraturas	0	0	1	0
	Necessidade de Internamento (>24h)	0	0	1	0
Utilização de Recursos	Internamentos não programados	0	0	1	0
	Dias de internamento	0	0	5	0
	Reinternamentos	0	0	0	0
	Alta para domicílio	Não aplicável	Não aplicável	Sim	Não aplicável
Responsividade do sistema de saúde e Informação	Participação no planeamento de cuidados e alta	Não aplicável	Não aplicável	Não	Não aplicável
	Informação de saúde dada à pessoa	Sim	Sim	Sim	Sim
	Informação dada à família	Sim	Sim	Sim	Sim
	Envolvimento atual na decisão dos cuidados	Sim, sempre	Sim, sempre	Sim, às vezes	Sim, sempre
	Conhecimento da equipa de cuidados	Sim	Sim	Sim	Sim
	Sentimento de respeito e dignidade	Sim	Sim	Sim	Sim

Observa-se na Tabela 6 os resultados das avaliações realizadas, antes e após a intervenção, nas dimensões relacionadas com a desutilidade dos cuidados, a utilização de recursos e a responsividade do sistema.

No domínio da polimedicação, a CN manteve a prescrição de 4 medicamentos, enquanto a AG registou um aumento de 6 para 7 fármacos. Este novo medicamento prescrito está associado à gestão da dor e possibilitou que no final da avaliação a AG apresente um nível de dor mais controlado. É importante notar que nenhuma das utentes toma medicação considerada potencialmente inapropriada para idosos, nem reportou efeitos adversos graves diretamente causadas por fármacos.

No indicador quedas, a utente AG apresentou uma melhoria, uma vez que no momento inicial, reportou três quedas, nos 12 meses anteriores (tendo uma delas resultado em fratura e necessidade de internamento), e no final do acompanhamento esse valor foi reduzindo para duas quedas, ambas sem consequências graves, o que representa que no período de implementação da intervenção não se verificou a ocorrência de quedas. No caso da CN não verificou qualquer registo de quedas.

No que concerne à utilização de recursos hospitalares, a AG, passou de um registo de 5 dias de internamento não programado, nos 12 meses anteriores, para zero dias na segunda

avaliação, representando uma situação de saúde controlada e estável. A CN não necessitou de internamentos não programados.

Finalmente, a avaliação da responsividade do sistema de saúde destaca uma evolução positiva na autonomia e envolvimento. A CN sentiu-se consistentemente envolvida na tomada de decisão e tratada com total respeito e dignidade. A AG, que inicialmente referiu sentir-se envolvida apenas "às vezes" e apontou uma falha no seu envolvimento no plano de alta hospitalar, passou a reportar um envolvimento permanente, no momento da avaliação pós intervenção. Ambas as utentes afirmaram receber informação suficiente para si e para as suas famílias, o que reforça a perceção de uma equipa de saúde dedicada e de um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa e família.

Tabela 7.

Avaliação de indicadores relativos à sustentabilidade da saúde e bem-estar.

Indicador	Variável	CN (Antes)	CN (Pós)	AG (Antes)	AG (Pós)
Funcionalidade	AVD (Índice de Barthel)	100 (Independente)	100 (Independente)	100 (Independente)	100 (Independente)
	Velocidade de Marcha	1,2m/s	1,3m/s	1m/s	1,2m/s
Sintomas	Escala de dor	1	0	3	1
Bem-Estar Social	Sentimento de solidão (UCLA-16)	25 (sem sentimentos negativos de solidão)	25 (sem sentimentos negativos de solidão)	28 (sem sentimentos negativos de solidão)	28 (sem sentimentos negativos de solidão)
Qualidade de Vida (SF-36)	SF-36: Função Física	35	40	25	40
	SF-36: Desempenho Físico	75	81,25	56,25	75
	SF-36: Dor corporal	62	74	41	52
	SF-36: Saúde Geral	50	50	55,5	61
	SF-36: Vitalidade	62,5	75	37,5	43,75
	SF-36: Função Social	50	62,5	62,5	62,5
	SF-36: Desempenho Emocional	75	100	83,33	91,67
	SF-36: Saúde Mental	70	75	65	70
Impacto no Cuidador	Sobrecarga do Cuidador (Escala de Zarit)	42 (Sem sobrecarga)	42 (Sem sobrecarga)	45 (Sem sobrecarga)	45 (Sem sobrecarga)

Na Tabela 7 pode observar-se os resultados das avaliações realizadas, antes e após a intervenção, nas dimensões relacionadas com a sustentabilidade da saúde e bem-estar,

focando-se na funcionalidade, bem-estar social, qualidade de vida percebida e impacto nos cuidadores.

No domínio da funcionalidade, embora ambas as participantes mantenham o nível de independência nas atividades básicas (Score 100 no índice de Barthel), regista-se um ganho na velocidade da marcha, o que sugere uma eventual melhoria física. Relativamente à gestão de sintomas, verificou-se uma redução da dor percecionada em ambos os casos.

No que concerne à qualidade de vida percecionada, os dados relativos à CN demonstram melhorias em sete das oito dimensões avaliadas. O ganho mais expressivo ocorreu no Desempenho Emocional (+25 pontos), onde o utente atingiu a pontuação máxima (100), indicando que os problemas emocionais não representam um impedimento para a realização das suas atividades diárias. Verificaram-se também ganhos relevantes na Dor Corporal e na Vitalidade, sugerindo uma redução objetiva do sofrimento físico e um aumento da energia percebida.

Embora tenha havido uma evolução positiva (+5 pontos) na comparação entre o antes e após intervenção, a Função Física (40 pontos) apresente o valor mais baixo nas dimensões avaliadas, este resultado parece ser coerente com o processo natural de envelhecimento, onde limitações em atividades físicas exigentes são prevalecentes. Contudo, o facto do seu Desempenho Físico apresentar também um desenvolvimento positivo (+6,26 pontos), atingindo um valor elevado (81,25 pontos) indica que, apesar das limitações físicas, a CN consegue adaptar-se e realizar as suas tarefas diárias com sucesso.

No caso da AG também se verificam melhorias em sete das oito dimensões avaliadas pelo SF-36, tendo a maior evolução ocorrido na dimensão Desempenho Físico (+18,75 pontos). Este ganho sugere uma redução das limitações que dificultavam a realização das suas tarefas diárias e evidencia uma melhoria no nível de funcionalidade que se associa também a ganho ao nível da dimensão Dor Corporal (+11 pontos) e Vitalidade (+6,25).

Também no caso da AG, tal como se verifica com a CN, o valor no Desempenho Físico (75 pontos) é superior à Função Física (40 pontos), indicando que, apesar das limitações físicas, a utente consegue adaptar-se e realizar as suas atividades diárias sem que a saúde física as interrompa de forma severa.

Importa ainda referenciar a dimensão Função Social, em que se verifica, no caso da AG, uma manutenção no valor apresentado antes e após a intervenção (62,5 pontos). Este facto sugere que, embora tenham ocorrido melhorias na tanto ao nível da dor como na capacidade física, estas alterações não se traduziram numa mudança perceptível ao nível da interação social.

No que respeita à saúde mental e bem-estar emocional é importante destacar, nas duas participantes, a ausência de sentimentos negativos de solidão, bem como a ausência de

sobrecarga, associada ao papel de cuidador.

De forma global, os resultados obtidos evidenciam uma manutenção ou melhoria em vários indicadores de saúde e bem-estar das participantes, ao longo do período de acompanhamento. Estes resultados sugerem a existência de um contributo plausível do plano de cuidados individualizado implementado, nomeadamente na promoção da saúde, da autonomia e do bem-estar das participantes.

A interpretação destes resultados e a sua relação com a evidência científica disponível serão exploradas no capítulo seguinte.

3.4- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam uma tendência de manutenção ou melhoria em vários indicadores de saúde e bem-estar das participantes ao longo do período de acompanhamento. Estes dados sugerem que a intervenção desenvolvida poderá ter contribuído para a promoção da saúde e para a manutenção da autonomia das participantes, particularmente no que respeita ao controlo de sintomas, à funcionalidade e à perceção da qualidade de vida. A análise destes resultados será discutida à luz da evidência científica disponível.

No que respeita à fragilidade, verificou-se a manutenção do nível de fragilidade numa das participantes e uma melhoria na outra. A fragilidade constitui um importante marcador de vulnerabilidade na pessoa idosa, estando associada a maior risco de eventos adversos, como quedas, hospitalizações e perda de autonomia (Pinto et al., 2021; Pinto et al., 2022). A identificação precoce desta condição e a implementação de intervenções preventivas são, por isso, fundamentais para retardar a sua progressão e promover um envelhecimento mais saudável (Pinto et al., 2021).

A transição da participante AG do nível 4 para o nível 3 na escala clínica de fragilidade corrobora a literatura que define a fragilidade como uma condição clínica mutável, sendo possível a ocorrência desta reversão através de intervenções direcionadas, como a otimização nutricional, a atividade física e a gestão da polimedicação (Pinto et al., 2021)

Relativamente ao bem-estar social, os resultados obtidos com a Escala de Solidão da UCLA indicam ausência de sentimentos negativos de solidão nas duas participantes. Este aspeto poderá estar relacionado com o facto de ambas as participantes possuírem fatores protetores em relação desenvolvimento de sentimentos de solidão. Estes fatores incluem não apenas a presença de outras pessoas, mas também a existências de relações de qualidade, a estabilidade emocional, a saúde física e o envolvimento em atividades significativas (Pocinho et al., 2010).

Esta circunstância, associada ao aumento dos valores das dimensões Desempenho Emocional e Saúde Mental (SF-36), sugerem que a rede de suporte é funcional e atua como promotora do bem-estar das participantes, permitindo que vivam o seu quotidiano sem que as limitações emocionais comprometam a sua autonomia e o equilíbrio da unidade familiar.

Também ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde, avaliada através do SF-36, se observou uma evolução positiva na maioria das dimensões avaliadas, em ambas as participantes. As melhorias registadas nas dimensões relacionadas com a dor corporal, vitalidade e desempenho emocional sugerem uma tendência favorável associada à intervenção, ao nível do controlo de sintomas e do bem-estar psicológico.

Importa, contudo, fazer uma análise destes resultados à luz do contexto clínico e funcional das participantes. Embora a dimensão Função Física apresente valores relativamente mais baixos, este resultado pode ser compreendido considerando o processo natural de envelhecimento e a limitações físicas a ele associadas. Ainda assim, o facto de ambas apresentarem valores mais elevados na dimensão Desempenho Físico sugere que, apesar das limitações físicas existentes, conseguem adaptar-se e manter a realização das suas atividades quotidianas, o que constitui um indicador de autonomia e capacidade de adaptação.

Outros dos aspetos relevantes observados durante o período de acompanhamento foi a ausência de novos episódios de queda e a inexistência de recurso a cuidados de saúde hospitalares não programados. Este aspeto pode indicar uma situação de maior estabilidade clínica e um controlo adequado das condições de saúde existentes, o que poderá estar relacionado com as estratégias de prevenção implementadas, nomeadamente ao nível da promoção da segurança no domicílio, do reforço da mobilidade e do acompanhamento regular do estado de saúde.

Estes resultados assumem particular relevância no contexto da pessoa idosa, uma vez que as quedas constituem um dos eventos adversos mais frequentes nesta população, estando frequentemente associadas a fraturas, hospitalizações e perda de autonomia (Alves et al., 2024; Gil et al., 2025). A prevenção de quedas é reconhecida como um elemento central na promoção do envelhecimento saudável, contribuindo para a manutenção da funcionalidade e para a redução da utilização de recursos de saúde (Gil et al., 2025). Da mesma forma, a redução da necessidade de cuidados hospitalares constitui-se também como um objetivo importante na gestão da saúde da pessoa idosa, contribuindo para a manutenção da qualidade de vida e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Akpan et al., 2018; Brower et al., 2021).

No que se refere aos efeitos da prestação de cuidados, os resultados obtidos através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit indicam ausência de sobrecarga nas participantes

avaliadas. Importa referir que, no presente estudo, esta escala foi aplicada às próprias participantes, uma vez que ambas desempenham o papel de cuidadoras informais dos seus respetivos cônjuges. A ausência de sobrecarga poderá estar associada à manutenção de um nível relativo de autonomia funcional das participantes e respetivos cônjuges, bem como à existência de apoio adicional para algumas tarefas domésticas. Estes fatores podem contribuir para uma gestão mais equilibrada das responsabilidades associadas ao cuidado. Os resultados sugerem que, apesar da idade avançada, as participantes mantêm capacidade para desempenhar o papel de cuidadoras sem que tal represente, neste momento, uma influência negativa significativa no seu bem-estar.

No que respeita à perceção das participantes relativamente aos cuidados recebidos, os resultados indicam a existência de confiança na equipa de saúde, bem como a perceção de serem tratadas com respeito e dignidade. Este aspeto assume particular importância no contexto dos cuidados centrados na pessoa, nos quais a relação terapêutica e a comunicação entre profissionais e utentes constituem elementos fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados (Gottlieb, 2016; IPFCC, 2017).

A perceção de envolvimento nas decisões relacionadas com os cuidados e o acesso a informação adequada sobre o seu estado de saúde e plano terapêutico contribuem para reforçar a autonomia das pessoas idosas e para promover uma participação mais ativa na gestão da sua própria saúde (IPFCC, 2017). Estes aspetos reforçam a importância de utilização de abordagens de cuidado que integrem não apenas a dimensão clínica, mas também aspetos relacionais, reconhecendo o papel da confiança, da comunicação e do respeito pela pessoa no processo de prestação de cuidados.

A evolução observada em alguns indicadores avaliados poderá refletir o contributo plausível do acompanhamento realizado e das intervenções implementadas no âmbito do plano de cuidados desenvolvido durante o estágio. Contudo, importa reconhecer algumas limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, o reduzido número de participantes não permite generalizar os resultados obtidos. Para além disso, o período de acompanhamento relativamente curto pode limitar a observação de alterações mais significativas em alguns indicadores de saúde. No entanto, a abordagem individualizada adotada permitiu uma análise aprofundada das necessidades e da evolução das participantes ao longo do processo de intervenção.

Apesar destas limitações, os resultados obtidos reforçam a importância da utilização, na prática clínica, de instrumentos de avaliação multidimensionais e centrados na perceção do utente. A integração destes instrumentos permite transformar a experiência subjetiva do idoso em dados estruturados e comparáveis. Contribui-se assim para o desenvolvimento de cuidados mais ajustados às necessidades e prioridades das pessoas idosas, que as

avaliações puramente biomédicas tendem a omitir, promovendo-se um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa.(ICHOM, 2023; Porter et al., 2021).

De forma geral, a análise dos resultados obtidos sugere que a intervenção desenvolvida contribuiu para a manutenção ou melhoria de diversos indicadores de saúde e bem-estar das participantes. A integração de instrumentos de avaliação centrados na percepção das próprias participantes permitiu uma compreensão mais abrangente dos efeitos da intervenção, valorizando dimensões relevantes da experiência de saúde que nem sempre são captadas através de indicadores exclusivamente clínicos. Os resultados obtidos reforçam a importância da adoção de abordagens de cuidado centradas na pessoa e na família, particularmente no contexto da pessoa idosa, nas quais a avaliação multidimensional e a participação ativa dos utentes assumem um papel fundamental na promoção da saúde, autonomia e bem-estar.

A descrição e análise dos resultados obtidos ganha uma nova dimensão quando enquadrada no plano de implementação do projeto inicialmente delineado (Tabela 8).

Tabela 8 –

Tabela resumo da implementação do projeto.

Objetivo/atividade	Recursos	Resultados esperados	Meios de avaliação	Valor esperado	Avaliação
Identificar 3 famílias a incluir no projeto até final de outubro de 2025	Computador, Sistemas de informação em saúde, Gabinete de enfermagem	Define as famílias participantes no projeto.	% das famílias cumprem os critérios de inclusão definidos.	100%	Foram contactadas 3 famílias que concordaram participar no projeto (100%) .
		Garante cumprimento das normas legais, princípios éticos e deontologia profissional	% de participantes com consentimento informado assinado	100%	As 3 participantes assinaram o consentimento informado (100%)
Realizar a avaliação das famílias a incluídas no projeto até ao final de outubro	Computador, Sistemas de informação em saúde, Gabinete de enfermagem	Identifica as necessidades de intervenção das famílias e de cada um dos seus elementos	% de famílias com as necessidades de intervenção identificadas na data prevista	100%	Todas as avaliações familiares foram realizadas até ao final de outubro (100%)
Planear as intervenções específicas para cada família até ao final de novembro de 2025	Computador, Sistemas de informação em saúde, Gabinete de Enfermagem	Desenvolve um plano individual de cuidados adaptado às necessidades de cada família	% das famílias com o plano individual de cuidados elaborado dentro do tempo previsto	100%	Todos os planos foram elaborados e discutidos com as famílias até ao final de novembro (100%) .

Executar o plano individual de cuidados estabelecido até ao final de dezembro de 2025	Computador, Sistemas de informação em saúde, Gabinete de enfermagem, Material de consumo clínico, Equipa Multidisciplinar, Recursos da Comunidade	Assegura a implementação das intervenções planeadas.	% das intervenções implementadas até à data estipulada.	95%	Não foi implementado o plano de cuidados a 1 das famílias (66,67%) .
		Reavalia e reajusta o plano de intervenção de acordo com as necessidades da família	% de planos de intervenção reavaliado até à data prevista	100%	Em duas famílias foram implementadas as intervenções planeadas e avaliados resultados não tendo havido a necessidade de alteração dos planos (100%)
Divulgar os resultados do projeto	Computador, Sistemas de informação em saúde, Equipa Multidisciplinar, Sala de reuniões	Interpreta e divulga os resultados obtidos, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem	% de elementos da equipa multidisciplinar da USF que participaram na sessão de partilha dos resultados.	60%	Não foi possível fazer a partilha do projeto com a equipa multidisciplinar, tendo sido realizada uma sessão para a equipa de enfermagem (39,13%) .
			Entrega do relatório na data definida.	100%	Relatório entregue na data prevista (100%) .
			% de produções científicas divulgadas até à conclusão do Mestrado.	100%	Apresentado um poster no 2º congresso Internacional em Saúde familiar (50%)

À luz dos indicadores definidos e dos valores obtidos, conforme demonstrado na Tabela 8; observou-se, de uma forma geral, o cumprimento integral de diversas atividades inicialmente planeadas. Destacam-se, entre estas, a identificação das famílias, a obtenção do consentimento informado, a realização da avaliação familiar e a elaboração dos planos de cuidados.

Relativamente à fase de implementação, a taxa de concretização situou-se abaixo do valor esperado, uma vez que apenas foram implementados dois dos três planos de cuidados elaborados. Esta situação resultou da exclusão de uma das famílias inicialmente incluídas no projeto, por ter deixado de cumprir os critérios de inclusão definidos.

No que respeita à avaliação dos resultados, foi possível realizar a reavaliação da totalidade dos outcomes definidos, o que permitiu analisar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção. Verificaram-se melhorias em 39,39% dos indicadores avaliados, verificando-se uma variação entre as duas famílias acompanhadas, o que reflete a natureza complexa

e multifatorial das intervenções em contexto familiar. Estes resultados representam valores inferiores ao inicialmente definido, no entanto, devem ser interpretados tendo em conta o curto período de implementação e a especificidade das situações clínicas e familiares.

Ao nível da divulgação, os resultados alcançados ficaram aquém do previsto, entre outros fatores, pelo facto da partilha ter sido realizada apenas com a equipa de enfermagem devido a dificuldades de agenda que impediram a reunião com toda a equipa multidisciplinar da USF.

Globalmente, a análise dos resultados evidencia que, apesar de alguns desvios em relação ao planeado, o projeto foi maioritariamente implementado com sucesso, permitindo alcançar o objetivo geral. Os constrangimentos identificados reforçam a importância da existência de um planeamento flexível, adaptável às dinâmicas familiares e às contingências do contexto, constituindo assim, simultaneamente, oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento profissional.

A elaboração do plano de implementação revelou-se fundamental no desenvolvimento do projeto, permitindo orientar a prática, monitorizar a execução das atividades e avaliar os resultados obtidos de forma sistemática. A utilização de indicadores contribuiu para uma maior objetividade na análise do projeto, reforçando a importância da utilização de metodologias baseadas em resultados na prática do EEECESF.

4- COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE E COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O percurso formativo realizado no âmbito do mestrado em Enfermagem constitui uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, promovendo a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, tanto ao nível do grau de mestre como da especialização em Enfermagem de Saúde Familiar. Neste sentido, o estágio representou um espaço privilegiado para a mobilização e integração de conhecimentos teóricos e técnicos em situações reais da prática clínica, favorecendo o desenvolvimento de uma prática reflexiva e baseada na evidência.

Na perspetiva de Benner (2001, p. 43) as competências “referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais”. Como tal, a análise e reflexão sobre a sua aquisição assume particular relevância em contexto de estágio.

A aquisição de uma competência não se reduz ao domínio teórico, traduz-se antes no desenvolvimento da capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para responder a situações concretas, muitas vezes complexas, e que exigem a utilização do pensamento crítico e a tomada de decisão. Benner (2001), tendo por base o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências, descreve este processo de aquisição como progressivo, desenvolvendo-se em cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. No seu decurso ocorre a transição gradual de uma atuação predominantemente orientada por regras para uma prática mais contextualizada e sustentada pela experiência.

A análise das competências desenvolvidas será estruturada de acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, o Regulamento n.º 140/2019 (competências comuns do Enfermeiro Especialista) e o Regulamento n.º 428/2018 (competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar), enquadrando-se nos princípios e deveres definidos pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o Código Deontológico (OE, 2024).

4.1- COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE

No âmbito deste mestrado, de acordo com o estabelecido no artigo 15º do Decreto-Lei n.º 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018), pressupõe-se a aquisição de um

conjunto de competências inerentes ao grau de mestre. Ao longo do percurso formativo estas competências foram progressivamente desenvolvidas, através da integração entre a componente teórica e experiência da prática clínica, em contexto de estágio, o que permite a consolidação do pensamento crítico e da prática fundamentada e baseada na evidência.

A **aquisição de conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada** na área da ESF, foram promovidos através da realização de revisão de literatura científica e na participação de diversas atividades formativas, nomeadamente:

- Webinar "**Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar**" - **2ª Sessão**", realizado no dia 29 de abril de 2025 (Anexo XVI);
- **VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar**, realizado nos dias 29,30 e 31 de maio de 2025 (Anexo XVII),
- Workshop "**Conversas com família: o foco no comportamento do enfermeiro**", realizado no dia 29 de maio de 2025 (Anexo XVIII);
- Workshop "**Famílias no final do ciclo vital**", realizado no dia 29 de maio de 2025 (Anexo XIX);
- **4.º Seminário Nacional/1.º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar**, Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de São João - "**O Debate**", realizado nos dias 25 e 26 de setembro de 2025 (Anexo XX);
- Microcredencial "**Saúde Familiar – Uma Abordagem Sistémica: Uma Intervenção**", realizada nos dias 04, 11 e 15 de dezembro de 2025 (Anexo XXI);
- **2nd International Congress of Family Health**, realizado nos dias 05 e 06 de fevereiro de 2026 (Anexo XXII);

Esta competência foi igualmente desenvolvida ao longo das unidades curriculares da componente teórica deste curso, através dos conteúdos lecionados e da pesquisa bibliográfica que foi necessária para a elaboração dos diferentes trabalhos solicitados.

A capacidade de **aplicar conhecimentos, compreender e de resolver problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares** foi sendo progressivamente desenvolvida através da realização de consultas e visitas domiciliárias, bem como da elaboração e implementação de planos de cuidados. Esta competência traduz-se, entre outros aspetos, na elaboração de planos de cuidados individualizados, em que há uma adaptação das intervenções às necessidades identificadas para cada família ou indivíduo, e na capacidade de reavaliação do plano à luz dos resultados obtidos.

A discussão de casos clínicos em contexto de estágio contribuiu de forma significativa para que conseguisse analisar diferentes situações sob outros prismas, o que me permitiu melhorar a capacidade de encontrar alternativas inovadoras e delinear respostas mais adequadas a situações complexas.

Ao longo do estágio a **capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta** foi sendo mobilizada através da realização das avaliações familiares com recurso ao MCAIF. Este processo exige a interpretação crítica das informações recolhidas, a identificação de prioridades e formulação de respostas ajustadas às necessidades, tendo em conta o contexto e recursos disponíveis.

A **comunicação de conclusões, conhecimentos e raciocínio** foi uma competência desenvolvida na relação com os utentes e famílias, nomeadamente na comunicação dos resultados das avaliações e na discussão de diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados, promovendo a participação informada e decisão partilhada.

A comunicação com a equipa multidisciplinar, através da discussão de casos foi outro aspeto determinante associado à aquisição e desenvolvimento desta competência comunicacional, permitindo clarificar raciocínios e sustentar decisões.

Em relação à capacidade de comunicação com especialistas é importante mencionar a realização do presente relatório, que implica um processo de reflexão sistemática sobre o percurso desenvolvido, a fundamentação das decisões tomadas e a apresentação dos resultados obtidos, bem como das conclusões alcançadas.

A responsabilização pela **aprendizagem, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo** evidenciou-se através da elaboração do projeto de intervenção, que implicou a identificação de necessidades do contexto, seleção de um tema relevante na área da ESF e a elaboração de uma proposta de intervenção com potencial de inovação.

Paralelamente, a frequência de formação em diferentes áreas relacionadas com a enfermagem, contribuiu para ampliar e atualizar conhecimentos em áreas diversificada. Neste âmbito, destaca-se a frequência da Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem (Anexo XXIII) e a participação nos seguintes eventos formativos:

- Webinar “**Múltiplas Respostas de Enfermagem para a Comunidade**” realizado no dia no dia 15 de abril de 2025 (Anexo XXIV);
- Webinar “**Gestão, indicadores e Boas Práticas na Documentação de Enfermagem**”, realizado no dia no dia 16 de julho de 2025 (Anexo XXV);
- Webinar “**EaQ - Cuidador Informal**”, realizado no dia 11 de setembro de 2025 (Anexo XXVI);
- Webinar “**Cuidados que Desafiam, ligam e Integram**”, realizado no dia 15 de dezembro de 2025 (Anexo XXVII);
- Webinar “**Desafios da Gestão em Enfermagem**”, realizado no dia no dia 27 de janeiro de 2026 (Anexo XXVIII);

O impacto da frequência destas formações foi maximizado pela diversidade de áreas abrangidas e que procuraram responder às necessidades identificadas no contexto do estágio e na prática clínica diária.

O percurso desenvolvido ao longo do mestrado revelou-se fundamental para a consolidação e aprofundamento das competências inerentes ao grau de mestre, permitindo articular o conhecimento teórico e a prática clínica em contexto real. A diversidade de experiências vivenciadas e a reflexão crítica contínua contribuíram para o desenvolvimento de uma prática mais autónoma e fundamentada, reforçando a identidade profissional e a capacidade de responder a desafios complexos na área da ESF.

4.2- COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No âmbito do Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. (p. 4744).

Assim, enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialidade, deve demonstrar um conjunto de competências que decorrem da consolidação e aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Com o objetivo de promover a aquisição destas competências, ao longo do estágio, foram desenvolvidas um conjunto de atividades que seguidamente são sucintamente descritas.

4.2.1- Responsabilidade profissional, ética e legal

O enfermeiro especialista deve pautar a sua prática pelos princípios éticos, legais e deontológicos que orientam a profissão, assegurando o respeito pelos direitos humanos, a dignidade da pessoa e a responsabilidade profissional. Esta competência concretiza-se na prestação de cuidados seguros e humanizados, centrados na pessoa e família, tal como previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e no Código Deontológico (OE, 2024).

Neste sentido, no decurso do estágio foi assegurado o respeito pela dignidade, autonomia e privacidade dos utentes, procurando promover o seu envolvimento nas tomadas de decisão relacionadas com a sua situação de saúde, bem como garantindo o cumprimento do dever do sigilo profissional. No contacto com os utentes procurou-se adequar a comunicação ao nível de literacia dos mesmos, clarificando informação relevante e assegurando a tomada de decisão partilhada e informada.

No âmbito do projeto implementado, antes de todas as colheitas de dados e intervenções realizadas, os participantes foram informados de forma clara e acessível acerca dos objetivos do mesmo, bem como sobre a possibilidade de recusar a participação ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Foi ainda assegurada a liberdade de responder apenas às questões que considerassem pertinentes. Após estes esclarecimentos, ambas as participantes manifestaram a sua concordância mediante a assinatura do respetivo consentimento informado.

Em todas as etapas do projeto foram salvaguardados os direitos dos participantes, garantindo-se a participação voluntária, a confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes.

O projeto obteve autorização da Universidade de Évora e do coordenador da USF onde decorreu o estágio, assegurando o cumprimento dos procedimentos formais e institucionais necessários à sua implementação.

4.2.2-Melhoria Contínua da Qualidade

O enfermeiro especialista deve assumir um papel ativo na promoção da melhoria contínua da qualidade, dinamizando projetos institucionais, reconhecendo a necessidade de avaliação das práticas e implementando de programas de melhoria. Deve ainda atuar de forma proactiva de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro. Este domínio de competências concretiza-se na capacidade de identificar oportunidades de melhoria, monitorizar resultados e retroalimentar a prática com base na evidência, em articulação com a equipa e com os objetivos da organização.

Como atividades promotoras desta competência destaca-se a elaboração e implementação do projeto em que a avaliação dos resultados obtidos foi realizada com recurso à abordagem PROM, procedendo-se à recolha e análises de indicadores relevantes para os utentes, através de instrumentos previamente validados.

Ao integrar estes instrumentos na prática clínica, o enfermeiro rejeita uma abordagem meramente biomédica e passa a implementar processos de cuidados mais eficientes e personalizados (Porter et al., 2021). Esta transição operacionaliza um modelo de cuidados verdadeiramente centrado na pessoa, onde o foco se desloca do diagnóstico para a valorização do que é importante para utente (ICHOM, s.d.; Porter et al., 2021). A monitorização sistemática de dimensões como a desutilidade dos cuidados ou a responsividade dos sistemas de saúde, através da voz direta do utente, permite transformar uma experiência subjetiva em evidência científica (Akpan et al., 2018; Porter et al., 2021). A utilização estruturada destes dados poderá conduzir à reestruturação dos percursos assistenciais,

promovendo a melhoria continua dos cuidados prestados e a construção de sistemas de saúde mais sustentáveis.(Akpan et al., 2018; Brower et al., 2021).

Durante o decorrer do estágio, existiu a preocupação pela promoção de um ambiente de cuidado terapêutico e seguro. A aquisição desta competência evidenciou-se na prestação de cuidados cultural e espiritualmente respeitosos, de acordo com a individualidades das pessoas e famílias cuidadas. Simultaneamente, foram assegurados procedimentos de confidencialidade e minimização do risco de exposição dos dados, nomeadamente através da utilização de documentação anonimizada na recolha de dados, do armazenamento seguro dos registos e da restrição do acesso aos dados.

4.2.3- Gestão dos Cuidados

O enfermeiro especialista assume um papel central na gestão dos cuidados de enfermagem, na articulação com a equipa de saúde e na adaptação dos recursos disponíveis às necessidades identificadas, de forma a garantir a qualidades dos cuidados.

Como atividade promotora da aquisição destas competências destaca-se o planeamento e implementação de intervenções individualizadas a cada família e utente avaliado, de acordo com as necessidades de cuidados identificadas. Sempre que necessário, foi assegurada a devida referenciação e articulação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar. Ao longo do estágio, esta promoção da articulação ocorreu sobretudo com a equipa médica, particularmente em situações em que foi identificada a necessidade de um eventual ajuste de terapêutico. Este facto permitiu compreender a importância de uma comunicação eficaz e atempada na promoção da continuidade e segurança dos cuidados.

No que respeita à liderança e à gestão dos recursos, o acompanhamento da enfermeira orientadora, que desempenha também funções de gestão, constituiu uma oportunidade relevante de aprendizagem. Neste âmbito, foi possível observar os desafios associados à elaboração de horários, procurando conciliar as necessidades do funcionamento da unidade com as necessidades individuais de cada um dos elementos da equipa. Este aspeto reforçou a perceção da complexidade associada à gestão duma equipa e da importância do desenvolvimento de competências de liderança, de forma a promover um ambiente de trabalho positivo e funcional.

Acresce ainda a responsabilidade pela gestão do stock de recursos materiais, fornecidos pela ULS, sendo necessário assegurar a sua atualização continua, de forma a garantir uma reposição atempada e prevenir a falta de materiais que possa comprometer a prestação de cuidados.

Durante o estágio, foi também possível acompanhar o decorrer da campanha de vacinação contra a gripe e covid-19, o que permitiu compreender os desafios associados à necessidade de dar resposta a atividades extraordinárias. Esta situação evidenciou, de forma particular, a pressão exercida sobre a gestão de recursos humanos e materiais, uma vez que há a necessidade de assegurar um aumento da atividade assistencial mantendo o número de profissionais. Este aspeto reforçou a importância de uma gestão eficiente e adaptativa, capaz de responder a exigências acrescidas sem comprometer a qualidade e segurança dos cuidados.

4.2.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e assertividade, sustentando a sua prática clínica na melhor evidência científica disponível. Assim a aquisição deste domínio de competências manifesta-se através da realização sistemática de uma reflexão crítica sobre a prática clínica, de forma a promover o autoconhecimento e o reconhecimento dos próprios recursos e limites. Este processo revela-se fundamental de forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tanto no contexto do estágio como na prática clínica diária.

Importa evidenciar que cada enfermeiro deve construir as suas perspetivas teóricas e fá-lo “reformulando as suas orientações teóricas à luz das suas experiências e conhecimento pessoal e profissional” (Gottlieb, 2016, p. 56). Este processo implica uma constante reformulação dos referenciais teóricos, com base nas suas vivências pessoais e profissionais. Neste contexto, ao longo do estágio, cada experiência vivenciada e conhecimento partilhado, quer por utentes quer por profissionais, revelou-se essencial para o meu desenvolvimento enquanto futura EEECESF. Estes contributos permitiram não só consolidar conhecimentos, mas também atualizar e aprofundar os referenciais teóricos que sustentam a minha prática, promovendo uma intervenção mais fundamentada e ajustada às necessidades das pessoas cuidadas.

Neste âmbito, a realização de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem da USF, em que apresentei o projeto implementado, constituiu um contributo ativo para a melhoria da prática clínica, evidenciando o desenvolvimento de competências ao nível da comunicação e da disseminação do conhecimento científico (Apêndice III). Esta experiência permitiu não só partilhar evidência atualizada, mas também estimular a reflexão da equipa sobre a prática, reforçando o papel do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança e promotor da qualidade dos cuidados.

Adicionalmente, a participação no *2nd International Congress Family Health*, através da apresentação do poster intitulado “Resultados de Saúde Reportados pelo Utente (PROMs) nos Cuidados de Saúde Primários: uma Scoping Review”, representou um marco importante neste processo de desenvolvimento (Anexo XXIX). Esta experiência de partilha de conhecimento possibilitou a integração da evidência científica na prática, reforçando a importância da investigação e da produção de conhecimento para a sustentação de cuidados de enfermagem especializados.

Estas atividades contribuíram, de forma significativa, para a consolidação de uma prática reflexiva, crítica e baseada na evidência, evidenciando a progressiva autonomia e maturidade profissional alcançadas no âmbito das competências do enfermeiro especialista.

4.3- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE FAMILIAR

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018, p. 19355), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar: “cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. E lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar”. Neste sentido, a intervenção do EEECESF caracteriza-se por uma abordagem sistémica e centrada na família enquanto unidade dinâmica. Assume, assim, um papel determinante na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de situações de transição ao longo do ciclo vital familiar, mobilizando conhecimentos científicos, competências relacionais e a capacidade de tomada de decisão clínica (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2011).

4.3.1- 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

No âmbito do desenvolvimento desta competência, e tendo a família como unidade de cuidados, foram realizadas avaliações familiares tendo por base o MCAIF e recorrendo a instrumentos de avaliação familiar, que permitiram identificar as necessidades apresentadas pelas famílias acompanhadas. Posteriormente, num processo de colaboração ativa com a família foram identificados os diagnósticos de enfermagem e elaborados os planos de cuidados individualizados. Estes planos foram sendo implementados ao longo das várias consultas realizadas, com recurso a intervenções ajustadas e adaptadas às especificidades e dinâmicas de cada família e privilegiando uma abordagem centrada nas forças e pontos fortes de cada sistema familiar. Esta estratégia permitiu promover a capacitação, o

empowerment e participação ativa da família no seu processo de cuidados, potenciando a consecução dos objetivos estabelecidos.

Importa destacar a visita domiciliária como um instrumento fundamental para a intervenção desenvolvida junto das famílias acompanhadas, constituindo-se como um recurso de elevado valor no contexto da ESF. Este recurso possibilita a realização duma avaliação privilegiada, *in loco*, do ambiente, dos recursos e das dinâmicas familiares. Favorecendo, assim, a compreensão mais aprofundada da realidade vivenciada pela família e contribuindo para o fortalecimento da aliança terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a família (Hanson, 2005).

A realização de visitas domiciliárias permitiu a adequação das intervenções às condições reais de cada família, promovendo a individualização dos cuidados e contribuindo para a gestão mais eficaz e sustentável dos recursos disponíveis e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, a realização de visitas domiciliárias contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas do EEECESF, nomeadamente ao nível da avaliação contextual da família, da construção de uma relação terapêutica significativa e colaborativa, bem como da implementação de intervenções adequadas às necessidades reais de cada sistema familiar, reforçando a centralidade da família no processo de cuidados.

4.3.2- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

O trabalho em equipa constitui um elemento central do cuidar, sendo essencial para garantir uma abordagem integrada, continuada e de qualidade. Neste contexto torna-se fundamental promover a colaboração com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, bem como com outras equipas e níveis de cuidados, assegurando a existência de articulação e continuidade assistencial.

Assim, no que respeita ao desenvolvimento desta competência, ao longo do estágio foi promovida, sempre que necessário, a articulação com os vários elementos da equipa multidisciplinar da USF e com profissionais de outras unidades de saúde. Este aspeto concretizou-se através da referenciação de utentes para avaliação médica, quando foram identificadas necessidades de ajuste terapêutico. Foram também realizados encaminhamentos para observação em contexto hospitalar e referenciações para a rede de cuidados continuados integrados, sempre que se identificou esta necessidade. Contribuiu-se assim para a continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente e família.

Neste contexto, foi possível desenvolver competências ao nível da comunicação interprofissional, da articulação em rede e da tomada de decisão partilhada, reforçando o papel do enfermeiro especialista enquanto elemento gestor e facilitador da integração de cuidados. O estágio contribuiu ainda para a consolidação de uma prática colaborativa, centrada na família e orientada para a promoção de ganhos em saúde, evidenciando a importância de intervenções articuladas e sustentadas entre os diferentes níveis de cuidados.

5 – CONCLUSÃO

A realização do presente relatório permitiu descrever, analisar e refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, evidenciando a aquisição e consolidação de competências especializadas do EEECESF. Ao longo deste processo, foi possível integrar os conhecimentos teóricos adquiridos com a prática clínica, promovendo uma prática sustentada, reflexiva e centrada na família enquanto unidade de cuidados.

De uma forma global, os objetivos definidos para este relatório foram alcançados. Foi caracterizado o contexto em que se realizou o estágio e a população-alvo do projeto implementado. Foram ainda apresentadas as avaliações familiares realizadas, os planos de cuidados implementados e foi realizada a descrição e análise dos resultados obtidos através da utilização de PROMs. Por fim, procedeu-se à análise crítico-reflexiva do percurso formativo e do desenvolvimento de competências especializadas e competências de grau de mestre, ao longo do mesmo.

O desenvolvimento do projeto de intervenção junto dos casais de pessoas idosas possibilitou uma compreensão aprofundada das suas necessidades, recursos e dinâmicas familiares, contribuindo para a prestação de cuidados mais individualizados, ajustados e significativos.

Destacam-se como principais ganhos do desenvolvimento e implementação deste projeto, a valorização da abordagem centrada na família, o desenvolvimento de competências na utilização de instrumentos de avaliação familiar e de medição de resultados em saúde, bem como a aquisição da capacidade de integrar os PROMs na tomada de decisão clínica. A utilização dos PROMs revelou-se particularmente relevante por permitir incorporar a perceção subjetiva dos utentes no processo de cuidados, reforçando a individualização da intervenção e a monitorização dos ganhos em saúde.

Contudo, o desenvolvimento do projeto não esteve isento de dificuldades e limitações. Das três famílias inicialmente incluídas, houve uma em que não foi possível concluir a intervenção, por ter deixado de cumprir alguns dos critérios de inclusão. O reduzido número de participantes e o curto período de implementação impossibilitaram a generalização dos resultados e a observação de ganhos em saúde a longo prazo. Acrescem ainda os desafios inerentes à aplicação dos PROMs, nomeadamente a inexperiência na sua aplicação e tempo necessário para aplicação e interpretação. Para além disso, a necessidade da compreensão da complexidade das dinâmicas familiares e das necessidades específicas associadas ao envelhecimento constituiu um desafio acrescido à intervenção. No entanto, estes constrangimentos revelaram-se, também, oportunidades de aprendizagem, promovendo o

desenvolvimento de competências transversais, como a resiliência e capacidade de adaptação.

Apesar destas limitações, o projeto desenvolvido evidencia o contributo do EEECESF na promoção do envelhecimento saudável e na melhoria dos resultados em saúde das famílias de pessoas idosas, reforçando a importância de uma abordagem sistémica, centrada nas forças e nas capacidades das famílias.

Futuramente, considera-se pertinente a continuidade e aprofundamento deste tipo de intervenções, através da realização de estudos com amostras de maior dimensão e períodos de acompanhamento mais alargados. Paralelamente, entende-se necessária a integração sistemática dos PROMs na prática clínica dos cuidados de saúde primários, o que poderá ser potenciado pela aposta na formação dos profissionais e na adaptação organizacional, contribuindo para a consolidação de cuidados baseados em valor e centrados na pessoa e família.

Em síntese, este percurso constituiu uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal, contribuindo decisivamente para a construção de uma identidade profissional mais consciente e comprometida. Permitiu, ainda, consolidar a compreensão de que cuidar a família vai muito além do domínio técnico-científico. Requer respeito pela singularidade, pelas dinâmicas internas e pelo percurso da família como unidade, bem como de cada um dos seus membros. Só através desta abordagem integrada, que valoriza as forças e recursos existentes na família, o EEECESF poderá cumprir o seu papel como facilitador da mudança e promotor de adaptações familiares eficazes.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akpan, A., Roberts, C., Bandeen-Roche, K., Batty, B., Bausewein, C., Bell, D., Bramley, D., Bynum, J., Cameron, I. D., Chen, L.-K., Ekdahl, A., Fertig, A., Gentry, T., Harkes, M., Haslehurst, D., Hope, J., Hurtado, D. R., Lyndon, H., Lynn, J., ... Banerjee, J. (2018). Standard set of health outcome measures for older persons. *BMC Geriatrics*, 18(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0701-3>
- Alves, E., Flesch, L., Cachioni, M., Neri, A., & Batistoni, S. (2018). The double vulnerability of elderly caregivers: Multimorbidity and perceived burden and their associations with frailty. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21, 312–321. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180050>
- Alves, T., Silva, S., Rodrigues, E., Braz, P., Mexia, R., Neto, M., & Matias Dias, C. (2024). *EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: Relatório 2022*. <http://hdl.handle.net/10400.18/9173>
- Anderson, M., Van Kessel, R., Wood, E., Stokes, A., Fistein, J., Porter, I., Mossialos, E., & Valderas, J. M. (2024). Understanding factors impacting patient-reported outcome measures integration in routine clinical practice: An umbrella review. *Quality of Life Research*, 33(10), 2611–2629. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03728-7>
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 25, 59–66.
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81–95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.
- Brower, K., Schmitt-Boshnick, M., Haener, M., Wilks, S., & Soprovich, A. (2021). The use of patient-reported outcome measures in primary care: Applications, benefits and

- challenges. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 5(S2), 84.
<https://doi.org/10.1186/s41687-021-00361-7>
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma nº054/2011—Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Duarte, J. C., Gonçalves, A. M., & Sequeira, C. (2024). Metodologia de Investigação Quantitativa. Em M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem* (2ª ed., pp. 15–50). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1–2), 55–66.
<https://doi.org/10.20344/amp.1760>
- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13(3), 119–127.
<https://doi.org/10.20344/amp.1770>
- Ferreira, P. L., Noronha Ferreira, L., & Nobre Pereira, L. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.007>
- Figueiredo, M. H. de J. S. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023a). Escala de APGAR familiar de Smilkstein. Em M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 359–360). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023b). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale- FACES. Em M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 361–368). Lidel.

- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023a). Escala de Graffar. Em M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 353–356). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023b). Escala de readaptação social de Holmes e Rahe. Em M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 357–358). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023c). Genograma e psicofigura de Mitchell. Em M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 344–346). Lidel.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gil, R., Amaral, O., Carvalho, P., Ribeiro, A., Pinto, R., & Coimbra, T. (2025). Risco de queda no domicílio em idosos—Avaliação numa comunidade. *Millenium - Journal of Education, Technologies*, e39129 Páginas.
<https://doi.org/10.29352/MILL0217E.39129>
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças—Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1ª). LUSODIDACTA.
- Gottlieb, L., & Gottlieb, B. (2017). Strengths-Based Nursing: A Process for Implementing a Philosophy Into Practice. *Journal of Family Nursing*, 23, 107484071771773.
<https://doi.org/10.1177/1074840717717731>
- Gottlieb, L., Gottlieb, B., & Shamian, J. (2012). Principles of Strengths-Based Nursing Leadership for Strengths-Based Nursing Care: A New Paradigm for Nursing and Healthcare for the 21st Century. *Nursing Leadership*, 25(2), 38–50.
<https://doi.org/10.12927/cjnl.2012.22960>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª). LUSOCIÊNCIA.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care [IPFCC]. (2017). *Advancing The Practice Of Patient- And Family- Centered Care: How To Get Started*.
https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). *Portal Oficial: Instituto Nacional de Estatística*.
<https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/11554>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2025). *As Pessoas: 2023*. INE.
<https://www.ine.pt/xurl/pub/439484952>
- International Council of Nurses [ICN]. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Consortium for Health Outcomes Measurement [ICHOM]. (2023). *ICHOM Older Person Data Collection Reference Guide*.
- International Consortium for Health Outcomes Measurement [ICHOM]. (s.d.). *ICHOM : International Consortium for Health Outcomes Measurement*. ICHOM : International Consortium for Health Outcomes Measurement. Obtido 31 de janeiro de 2026, de <https://www.ichom.org/>
- Martins, M. M., & Ribeiro, O. (2023). Famílias e envelhecimento. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 200–203). Lidel.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários: Guia de decisão clínica* (1ª). Lidel, Edições Técnicas.
- Ministério da saúde. (s.d.). *BI-CSP: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido 29 de abril de 2026, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2014). Decreto-lei nº 118/2014—Princípios e enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários. *Diário da República n.º 149/2014, Série I de 2014-08-05*, 4069–4071.
- Ministério da Saúde. (2023). Decreto lei nº 103/2023, de 7 de novembro—Regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. *Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07*, 21–48.
- Minuchin, S. (com Fichman, V.). (2004). *Famílias y terapia familiar*. Gedisa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 367/2015—Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.^a série - N.º 124 de 29 de junho de 2015, 17384–17391.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº428/2018—Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 135 de 16 de julho de 2018, 19354–19359.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada De Posição N.º 01/2023 Da Mesa Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Comunitária – Referencial Em Enfermagem De Saúde Familiar*.

Ordem dos Enfermeiros. (2024). Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro—Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 14/2024, Série I de 2024-01-19.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>

Ordem dos Enfermeiros. (2025). Regulamento nº395/2025 -Regulamento das Especialidades e Competências Acrescidas da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 58/2025, Série II de 2025-03-24.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2025/03/058000000/0027800292.pdf>

Organização das Nações Unidas [ONU]. (2019). *Envelhecimento*. Nações Unidas - ONU Portugal. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Pereira Pinto, M., Martins, S., Mesquita, E., & Fernandes, L. (2021). European Portuguese Version of the Clinical Frailty Scale: Translation, Cultural Adaptation and Validation Study. *Acta Médica Portuguesa*, 34(11), 749–760.
<https://doi.org/10.20344/amp.14543>

Pinto, M., Martins, S., Mesquita, E., & Fernandes, L. (2022). Frailty in Portuguese Older Patients From Convalescence Units: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine Research*, 14(9), 364–376. <https://doi.org/10.14740/jocmr4806>

- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: sociedade e novas modernidades*, 18.
- Porter, I., Davey, A., Gangannagaripalli, J., Evans, J., Bramwell, C., Evans, P., Gibbons, C., & Valderas, J. M. (2021). Integrating Patient Reported Outcome Measures (PROMs) into routine nurse-led primary care for patients with multimorbidity: A feasibility and acceptability study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 133.
<https://doi.org/10.1186/s12955-021-01748-2>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Relvas, A. P. (2004). *O Ciclo Vital da Família—Perspectiva Sistémica* (3ª ed.). Edições Afrontamento.
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (1995). *Modelo de enfermagem* (3. ed). McGraw-Hill de Portugal.
- Santos, M. L. (2023). Modelo Calgary de Avaliação Familiar e Modelo Calgary de Intervenção Familiar. Em M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 377–382).
- São José, J., & Coelho, P. (2024). *Famílias em Portugal: Um retrato a partir dos Censos 2021*.
- Sasseville, M., Supper, W., Gartner, J.-B., Layani, G., Amil, S., Sheffield, P., Gagnon, M.-P., Hudon, C., Lambert, S., Attisso, E., Ouellet, S., Breton, M., Poitras, M.-E., Roux-Lévy, P.-H., Plaisimond, J., Bergeron, F., Ashcroft, R., Wong, S. T., Groulx, A., ... LeBlanc, A. (2025). Electronic Implementation of Patient-Reported Outcome Measures in Primary Health Care: Mixed Methods Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e63639. <https://doi.org/10.2196/63639>

- Sequeira, C. (2010). Adaptation and validation of Zarit Burden Interview Scale. *Revista de Enfermagem Referência, II série*, 9–16.
- Singh, H., Tahsin, F., Nie, J. X., McKinstry, B., Thavorn, K., Upshur, R., Harvey, S., Wodchis, W. P., & Gray, C. S. (2021). Exploring the perspectives of primary care providers on use of the electronic Patient Reported Outcomes tool to support goal-oriented care: A qualitative study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 366.
<https://doi.org/10.1186/s12911-021-01734-0>
- Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de família. Em *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª ed., pp. 92–95). Lidel.
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. Summary* (1ª). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/338677>
- World Health Organization [WHO]. (2024). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care* (2ª). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/380175>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). ROCA.

ANEXOS

Anexo I – Autorização para utilização do questionário SF-36.



rimas@fe.uc.pt

Para: Você



qua, 22/10/2025 14:45

Cara Dr.ª Paula Gomes,

Uma vez que a finalidade da utilização do SF-36 é académica/investigação, sugerimos que peça autorização de utilização ao autor original em <http://jwrginc.com/permission-request/>

Melhores cumprimentos.

Inês Ribeiro



Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 165, 3004-512- Coimbra- Portugal



Outlook

John Ware Research Group, Inc. "Permission Request Submitted"

De JWRG <administrative@jwrginc.com>**Data** qui, 23/10/2025 15:30**Para** m61758@alunos.uevora.pt <m61758@alunos.uevora.pt>**John Ware Research Group, Inc.**

Dear Investigator:

In response to your request for permission to use one of the Medical Outcomes Study (MOS) short form (SF-36, SF-12, MHI-5) surveys in your scholarly project, please be informed that MOS and Medical Outcomes Trust (MOT) permissions for academic research are routinely and are hereby granted to you.

Good luck with your study,

John E. Ware, Jr., PhD

Co-founder, MOT

Principal Investigator, MOS

©2025 John Ware Research Group, Inc.

Anexo II – Autorização para utilização da Escala de solidão da UCLA (UCLA 16).

RE: Escala de solidão UCLA - Pedido de autorização para utilização em projeto

De margarida_pocinho@estesc.ipc.pt <margarida_pocinho@estesc.ipc.pt>

Data ter, 04/11/2025 00:10

Para 'Paula Antas Gomes' <m61758@alunos.uevora.pt>

Boa noite
Fica desde já autorizada
Bom trabalho
cumprimentos

Margarida Pocinho

whatsapp [+351 916784049](tel:+351916784049)

Coordinating Professor at the Coimbra School of Health Technology - Polytechnic Institute of Coimbra

Postdoctoral fellow at the University of Vigo, Faculty of Economic and Business Sciences

PhD in Mental Health from Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - University of Porto

Master in Clinical Psychology from Miguel Torga Institute of Higher Education (ISMT)

Master in Drug Addictions and Psychosocial Pathologies by ISMT

Post-Graduation in Management of Elderly Care Teams

Master in Positive Parenting

Post-Graduation in Contextual Cognitive-Behavioral Therapies in Psychological Disorders and Health Problems

Post-graduation in crisis, emergency and catastrophe intervention by INSPSIC

Diploma in HYPNOSIS by the Portuguese Society of Hypnosis and Motivation - SPHM

Psychologist - Member of the Order of Portuguese Psychologists CP22864

Social Worker

Data Analysis Specialist (SPSS/AMOS/IRAMUTEQ)

Member of APCDP

Autarch

Founding Member of "Clinikamente": <https://clinkamente.negocio.site>

<https://orcid.org/0000-0002-2895-7934>

<http://www.cienciavita.pt/6A11-042B-E170>

Ciência ID: 6A11-042B-E170

Scopus Author ID: 57219536748

ResearcherID: Y-4152-2019

Google Scholar ID: [08_D5kgAAAAJ&hl](https://scholar.google.com/citations?hl=pt&user=08_D5kgAAAAJ&hl=margarida_pocinho@estesc.ipc.pt)

margarida_pocinho@estesc.ipc.pt (Professional)

Membro

Departamento de Ciências Complementares

margarida_pocinho@estesc.ipc.pt



Escola Superior
de Tecnologia
da Saúde

Politécnico de Coimbra

Rua 5 de outubro

S. Martinho do Bispo,

3045-043 Coimbra

www.estesc.ipc.pt | +351 239 802 430

Anexo III – Autorização para utilização da Escala de Fragilidade Clínica.

Re: Escala de Fragilidade Clínica- pedido de autorização para utilização em projeto

De Mário Joaquim Carmo Pereira Pinto <mariojcpinto@gmail.com>

Data qua, 26/11/2025 21:34

Para Paula Antas Gomes <m61758@alunos.uevora.pt>

 1 anexo (152 KB)

CFS.docx;

Estimada Paula Gomes

Tenho a hora de lhe enviar a minha escala de fragilidade.

A seu pedido, envio a escala que vai ajudar os profissionais a gerir as decisões sobre a fragilidade da população idosa e não idosa, desde o seu estado de robustez até a fragilidade terminal e ainda o conceito muito recente que ajudei a criar da fragilidade cognitiva. Esta escala para além de diagnóstica também é preditora de eventos adversos, de internamentos e de morte. Quando bem usada também classifica e estratifica os estados de robustez, de pré fragilidade e de fragilidade e terminalidade. O ponto de corte deixa antever a sua utilidade também como ferramenta de rastreio e de triagem.

O seu uso nos serviços de urgência parece ser preditora de alta, de internamento e de número de dias de internamento.

O seu uso na investigação tem dado sinais da sua versatilidade e facilidade de uso.

Estas e outras vantagens, podem ser razão para o seu uso massivo pelos profissionais de saúde em Portugal.

Conte comigo.

Mário Pereira Pinto

(MD PhD)

Anexo IV – Escala de Fragilidade Clínica.

CATEGORIA	CARACTERÍSTICAS
1 ☐ Em Muito Boa Forma Física 	- Em muito boa Forma física – Ativo, vigoroso, muito motivado, forte - Tendência atividade física regular - Em muito boa forma para a idade
2 ☐ Boa Forma Física 	- Sem sintomas de doenças ativas - Menos apto que na categoria anterior - Atividade física ocasional ou sazonal
3 ☐ Bem Controlado 	- Ocasionalmente sintomáticos. Comorbilidades controladas - Sintomas de doenças controlados < muitas vezes sem atividade física para além da marcha habitual
4 ☐ Viver com Fragilidade Muito Leve 	- Sintomas de doença não controlados. Lento e cansaço durante o dia. - Transição da independência completa nas atividades de vida diária - Alteração na marcha (marcha lenta – slowed down) - Limitação funcional de acordo com os sintomas da doença
5 ☐ Viver com Fragilidade Leve 	- Dependente em grau reduzido nas atividades instrumentais de vida diária mais complexas (transporte, finanças, ajuda na lida da casa mais pesado) - Pode necessitar de supervisão ir às compras, preparação das refeições, caminhadas ao ar livre e na toma da medicação - Começa com limitação de tarefas domésticas leves
6 ☐ Viver com Fragilidade Moderada 	- Supervisão e ajuda no banho e no vestir - Ajuda em todas as atividades fora de casa e na manutenção da casa - Dificuldade/impossibilidade de subir escadas
7 ☐ Viver com Fragilidade Severa 	- Dependente em todas as Atividades da Vida Diária (cuidados Pessoais) - Dependente do cuidador por causa física ou cognitiva - Estável e sem risco de morrer nos próximos 6 meses
8 ☐ Viver com Fragilidade Muito Severa 	- Completamente dependente em grau elevado em todas as atividades da vida diária - Próximo do fim de vida - Pode não recuperar de doença menor
9 ☐ Doença terminal 	- Próximo do fim de vida e pode exercer-se até muito perto da morte - Expectativa de vida inferior a 6 meses - Sem outra evidência de fragilidade muito severa
Grau de fragilidade das Pessoas com Demência.	
☐ 1 – Demência leve	Inclui esquecimento de detalhes de um evento recente, embora ainda se lembre do próprio evento, repetindo a mesma questão/história e apresenta isolamento social.
☐ 2 - Demência moderada	A memória recente está muito prejudicada, mesmo que aparentemente se possam lembrar bem de episódios do passado, necessitam de orientação nos autocuidados.
☐ 3 - Demência Severa	Precisam de ajuda nas atividades diárias e higiene pessoal.
☐ 4 – Demência Muito Severa	Costumam ficar confinados à cama, muitos estão praticamente incapazes de falar

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0. All rights reserved. Translated with permission to European Portuguese by Mário Joaquim Pereira Pinto, 2017.

Anexo V – Autorização do coordenador da USF para a implementação do projeto.

De: Ana | USF min-saude.pt>
Enviado: 26 de maio de 2025 15:52
Para: Graça I | USF <graca min-saude.pt>
Assunto: RE: pedido de autorização para realização de projeto

Boa tarde, concordo com a realização do projeto solicitado.
Com os melhores cumprimentos

Patrícia

Médica Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar
Coordenadora da USF
USF
RUA DOM

| Portugal
Tel.: + 351 ou | Tlm.: + 351

graca@min-saude.pt



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Anexo VI – Escala FACES II da Família RN.

FACES II – VERSÃO PORTUGUESA DE OTILIA MONTEIRO FERNANDES (1995)

Por favor, assinale a frequência com que cada afirmação se aplica à sua família.

Nº	Afirmação	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					X
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					X
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	X				
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					X
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.				X	
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.				X	
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.			X		
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					X
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	X				
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.					X
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					X
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				

13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					X
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					X
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.			X		
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.				X	
17	Na nossa família sentimo-nos muito unidos uns aos outros.					X
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					X
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.			X		
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.			X		
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.					X
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.					X
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.			X		
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.			X		
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	X				
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.				X	
27	Na nossa família aprovamos a escolha				X	

	de amigos feita por cada um de nós.					
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	X				
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.			X		

Nota:

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

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Lusociência.

Anexo VII – Escala de Graffar da Família RN.

Escala de Graffar (Sclínico)**Família RN**

Grandes Industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas.	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios.	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Eletrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem eletrodomésticos essenciais.	Bairro operário/ social
Mão de obra indiferenciada.	Não cumpriu escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata
Classe Social : Média				

Anexo VIII – Escala APGAR Familiar de Smilkstein da Família RN.

ESCALA DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

APGAR	Quase sempre	Algumas Vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo com a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	
TOTAL	9		

Quase nunca=0

Algumas vezes=1

Quase sempre=2

Interpretação:

7 - 10: Família Altamente funcional

4 - 6: Família com moderada disfunção

0 - 3: Família com Disfunção acentuada

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Lusociência.

Anexo IX – Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe da Família RN.

ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES & RAHE

ACONTECIMENTO	PONTUAÇÃO	ASSINALAR
Morte do cônjuge	100	
Divórcio	73	
Separação matrimonial	65	
Pena de prisão	63	
Morte de um familiar próximo	63	
Doença ou acidente pessoal	53	
Casamento	50	
Perda do emprego	47	
Reconciliação matrimonial	45	
Reforma	45	
Doença de um familiar próximo	44	
Gravidez	40	
Dificuldades sexuais	39	
Aumento de um novo membro na família	39	
Reestruturação profissional	39	
Alteração da situação financeira	38	
Morte de um amigo chegado	37	
Mudança para outro tipo de trabalho	36	
Aumento da carga de trabalho	35	
Alteração nos hábitos de sono	31	
Alteração na vida social	30	x
Empréstimo ou dívida importante	30	
Hipoteca superior a €150.000	29	
Alteração das responsabilidades profissionais	29	
Filho(a) a sair de casa	29	
Discussões com o cônjuge	28	
Empréstimo ou dívida menor	26	
Promoção ou sucesso pessoal	26	
Cônjuge começa ou deixa de trabalhar	26	

Início ou fim da escola	26	
Alteração nas condições de vida	25	
Mudança de hábitos pessoais	24	
Problemas com o chefe	23	
Alteração no horário ou condições de trabalho	20	
Mudança de residência	20	
Mudança de escola	20	
Alteração nas atividades de lazer	19	x
Alteração nas atividades religiosas	19	
Alteração nas atividades sociais	18	x
Pequeno empréstimo ou hipoteca	17	
Alteração nos hábitos alimentares	15	
Férias	13	
Natal	12	
Infrações leves à lei	11	
TOTAL	67	

Interpretação:

Menos de 150 pontos - Baixo risco de doença relacionada com o stress.

150 a 299 pontos - Risco moderado (cerca de 50%) de doença relacionada com o stress.

300 pontos ou mais - Risco elevado (cerca de 80%) de doença relacionada com o stress.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Lusociência.

Anexo X – Escala FACES II da Família SG.

FACES II – VERSÃO PORTUGUESA DE OTILIA MONTEIRO FERNANDES (1995)

Assinale a frequência com que cada afirmação se aplica à sua família.

Nº	Afirmação	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	X				
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					X
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	X				
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					X
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					X
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.				X	
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.				X	
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				X	
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	X				
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	X				
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					X
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				

13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					X
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					X
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.			X		
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					X
17	Na nossa família sentimo-nos muito unidos uns aos outros.				X	
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.				X	
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	X				
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.		X			
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.					X
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.		X			
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.					X
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.			X		
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	X				
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					X

27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					X
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	X				
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.			X		

Nota:

1 - Quase nunca

6 - De vez em quando

7 3 - Às vezes

8 4 - Muitas vezes

9 5 - Quase sempre

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Lusociência.

Anexo XI – Escala de Graffar da Família SG.

Escala de Graffar (Sclínico)**Família SG**

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de Habitação	Local de residência
Grandes Industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas.	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios.	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Eletrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem eletrodomésticos essenciais.	Bairro operário/ social
Mão de obra indiferenciada.	Não cumpriu escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata
Classe Social : Média				

Anexo XII – Escala APGAR Familiar de Smilkstein da Família SG.

ESCALA DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

APGAR	Quase sempre	Algumas Vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.		X	
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo com a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			X
TOTAL	7		

Quase nunca=0

Algumas vezes=1

Quase sempre=2

Interpretação:

7 - 10: Família Altamente funcional

4 - 6: Família com moderada disfunção

0 - 3: Família com Disfunção acentuada

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Lusociência.

Anexo XIII - Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe da Família SG.

ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES & RAHE

ACONTECIMENTO	PONTUAÇÃO	ASSINALAR
Morte do cônjuge	100	
Divórcio	73	
Separação matrimonial	65	
Pena de prisão	63	
Morte de um familiar próximo	63	
Doença ou acidente pessoal	53	x
Casamento	50	
Perda do emprego	47	
Reconciliação matrimonial	45	
Reforma	45	
Doença de um familiar próximo	44	
Gravidez	40	
Dificuldades sexuais	39	
Aumento de um novo membro na família	39	
Reestruturação profissional	39	
Alteração da situação financeira	38	
Morte de um amigo chegado	37	
Mudança para outro tipo de trabalho	36	
Aumento da carga de trabalho	35	
Alteração nos hábitos de sono	31	
Alteração na vida social	30	x
Empréstimo ou dívida importante	30	
Hipoteca superior a €150.000	29	
Alteração das responsabilidades profissionais	29	
Filho(a) a sair de casa	29	
Discussões com o cônjuge	28	
Empréstimo ou dívida menor	26	

Promoção ou sucesso pessoal	26	
Cônjuge começa ou deixa de trabalhar	26	
Início ou fim da escola	26	
Alteração nas condições de vida	25	
Mudança de hábitos pessoais	24	x
Problemas com o chefe	23	
Alteração no horário ou condições de trabalho	20	
Mudança de residência	20	
Mudança de escola	20	
Alteração nas atividades de lazer	19	x
Alteração nas atividades religiosas	19	
Alteração nas atividades sociais	18	x
Pequeno empréstimo ou hipoteca	17	
Alteração nos hábitos alimentares	15	
Férias	13	
Natal	12	
Infrações leves à lei	11	
TOTAL	144	

Interpretação:

Menos de 150 pontos - Baixo risco de doença relacionada com o stress.

150 a 299 pontos - Risco moderado (cerca de 50%) de doença relacionada com o stress.

300 pontos ou mais - Risco elevado (cerca de 80%) de doença relacionada com o stress.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Lusociência.

Anexo XIV - Escalas e questionários aplicados à CN para avaliação dos PROMs.

ESCALA DE BARTHEL**CN/ setembro 2025****1- Alimentação**

- Independente **X10**
 Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) ☐5
 Depende ☐0

2- Transferências

- Independente **X15**
 Precisa de alguma ajuda ☐10
 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se ☐5
 Depende, não tem equilíbrio sentado ☐0

3- Toalete

- Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes **X5**
 Depende, necessita de alguma ajuda ☐0

4- Utilização do WC

- Independente **X10**
 Precisa de alguma ajuda ☐5
 Depende ☐0

5- Banho

- Toma banho só (Entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) **X5**
 Depende, necessita de alguma ajuda ☐0

6- Mobilidade

- Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) **X15**
 Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda ☐10
 Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas ☐5
 Imóvel ☐0

7- Subir e Descer Escadas

- Independente, com ou sem ajudas técnicas **X10**
 Precisa de ajuda ☐5
 Depende ☐0

8- Vestir

- Independente **X10**
 Com ajuda ☐5
 Impossível ☐0

9- Controlo Intestinal

- Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar **X10**
 Acidente ocasional ☐5
 Incontinente ou precisa de clisteres ☐0

10- Controlo Urinário

- Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho **X10**
 Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) ☐5
 Incidente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho ☐0

TOTAL 100

ESCALA DE BARTHEL

CN/ janeiro 2026

1- Alimentação

- Independente **X10**
 Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) ☐5
 Depende ☐0

2- Transferências

- Independente **X15**
 Precisa de alguma ajuda ☐10
 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se ☐5
 Depende, não tem equilíbrio sentado ☐0

3- Toalete

- Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes **X5**
 Depende, necessita de alguma ajuda ☐0

4- Utilização do WC

- Independente **X10**
 Precisa de alguma ajuda ☐5
 Depende ☐0

5- Banho

- Toma banho só (Entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) **X5**
 Depende, necessita de alguma ajuda ☐0

6- Mobilidade

- Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) **X15**
 Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda ☐10
 Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas ☐5
 Imóvel ☐0

7- Subir e Descer Escadas

- Independente, com ou sem ajudas técnicas **X10**
 Precisa de ajuda ☐5
 Depende ☐0

8- Vestir

- Independente **X10**
 Com ajuda ☐5
 Impossível ☐0

9- Controlo Intestinal

- Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar **X10**
 Acidente ocasional ☐5
 Incontinente ou precisa de clisteres ☐0

10- Controlo Urinário

- Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho **X10**
 Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) ☐5
 Incidente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho ☐0

TOTAL 100

(

Escala de Solidão – UCLA

CN/ setembro 2025

	Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
1 - Sente-se Infeliz por fazer muitas coisas sozinho.	4	3	X	1
2- Sente que não tem alguém com quem conversar	4	3	X	1
3 - Sente que tem falta de companhia	4	X	2	1
4 – Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse.	4	3	X	1
5- Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer.	4	3	2	X
6 – Não se sente íntimo de qualquer pessoa.	4	3	X	1
7 – Sente que os que o rodeiam já não partilham dos seus interesses.	4	3	X	1
8- Sente-se abandonado.	4	3	2	X
9- Sente-se completamente só.	4	3	2	X
10 - É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam.	4	3	2	X
11-As suas relações sociais são superficiais.	4	3	X	1
12-Considera que na realidade ninguém o conhece bem.	4	3	2	X
13 – Sente-se isolados das outras pessoas.	4	3	2	X
14 – Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros.	4	3	2	X
15 – É-lhe difícil fazer amigos.	4	3	X	1
16- Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas.	4	3	2	X

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005).

Escala de Solidão – UCLA**CN/ janeiro 2026**

	Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
1 - Sente-se Infeliz por fazer muitas coisas sozinho.	4	3	X	1
2- Sente que não tem alguém com quem conversar	4	3	X	1
3 - Sente que tem falta de companhia	4	X	2	1
4 – Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse.	4	3	X	1
5- Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer.	4	3	2	X
6 – Não se sente íntimo de qualquer pessoa.	4	3	X	1
7 – Sente que os que o rodeiam já não partilham dos seus interesses.	4	3	X	1
8- Sente-se abandonado.	4	3	2	X
9- Sente-se completamente só.	4	3	2	X
10 - É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam.	4	3	2	X
11-As suas relações sociais são superficiais.	4	3	X	1
12-Considera que na realidade ninguém o conhece bem.	4	3	2	X
13 – Sente-se isolados das outras pessoas.	4	3	2	X
14 – Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros.	4	3	2	X
15 – É-lhe difícil fazer amigos.	4	3	X	1
16- Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas.	4	3	2	X

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005).

Questionário de estado de saúde (SF-36v2)**CN/ setembro 2025**

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não teve a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia a dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim quanto?

(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim Muito Limitado/a	Sim um pouco limitado/a	Não nada limitado/a
a) Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1Km	1	2	3
h) Andar várias centenas de metros	1	2	3
i) Andar uma centena de metros	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, Nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos que queria?	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras atividades	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas quatro semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, Nas últimas semanas... Tempo	Sempre	A maior parte do	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume?	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas semanas teve dor?

Nenhuma	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se de que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, Nas últimas quatro semanas...	sempre	A maior Parte do Tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i) Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsa as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente Verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a de que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

Versão portuguesa – Centro de estudos e Investigação em saúde da Universidade de Coimbra (1999)

Questionário de estado de saúde (SF-36v2)**CN/ janeiro 2026**

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não teve a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia a dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim quanto?

(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim Muito Limitado/a	Sim um pouco limitado/a	Não nada limitado/a
a) Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1Km	1	2	3
h) Andar várias centenas de metros	1	2	3
i) Andar uma centena de metros	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, Nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos que queria?	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras atividades	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas quatro semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, Nas últimas semanas... Tempo	Sempre	A maior parte do	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume?	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas semanas teve dor?

Nenhuma	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (Tanto o trabalho fora de casa como o doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se de que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, Nas últimas quatro semanas...	sempre	A maior Parte do Tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i) Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsa as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente Verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a de que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

Versão portuguesa – Centro de estudos e Investigação em saúde da Universidade de Coimbra (1999)

Escala de Sobrecarga de Zarit (SCLínico)**CN/ setembro 2025**

		Nunca	Quase nunca	Às Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	1	2	3	4	5
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?	1	2	3	4	5
3	Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?	1	2	3	4	5
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	1	2	3	4	5
6	Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	1	2	3	4	5
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	1	2	3	4	5
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	1	2	3	4	5
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	1	2	3	4	5
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	1	2	3	4	5
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?	1	2	3	4	5
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?	1	2	3	4	5
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?	1	2	3	4	5
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	1	2	3	4	5
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1	2	3	4	5
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	1	2	3	4	5
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1	2	3	4	5
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
TOTAL		42				

Inferior a 46 = Sem Sobrecarga**Entre 46 e 66 = Sobrecarga Ligeira****Superior a 56 = Sobrecarga Intensa**

Escala de Sobrecarga de Zarit (SCLínico)**CN/ janeiro 2026**

		Nunca	Quase nunca	Às Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	1	2	3	4	5
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?	1	2	3	4	5
3	Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?	1	2	3	4	5
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	1	2	3	4	5
6	Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	1	2	3	4	5
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	1	2	3	4	5
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	1	2	3	4	5
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	1	2	3	4	5
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	1	2	3	4	5
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?	1	2	3	4	5
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?	1	2	3	4	5
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?	1	2	3	4	5
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	1	2	3	4	5
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1	2	3	4	5
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	1	2	3	4	5
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1	2	3	4	5
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
TOTAL		42				

Inferior a 46 = Sem Sobrecarga**Entre 46 e 66 = Sobrecarga Ligeira****Superior a 56 = Sobrecarga Intensa**

Anexo XV – Escalas e questionários aplicados à AG para avaliação dos PROMs.

ESCALA DE BARTHEL**AG/ setembro 2025****1- Alimentação**

Independente	X10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	☐ 5
Depende	☐ 0

2- Transferências

Independente	X15
Precisa de alguma ajuda	☐ 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	☐ 5
Depende, não tem equilíbrio sentado	☐ 0

3- Toalete

Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	X5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0

4- Utilização do WC

Independente	X10
Precisa de alguma ajuda	☐ 5
Dependente	☐ 0

5- Banho

Toma banho só (Entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	X5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☐ 0

6- Mobilidade

Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	X15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	☐ 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	☐ 5
Imóvel	☐ 0

7- Subir e Descer Escadas

Independente, com ou sem ajudas técnicas	X10
Precisa de ajuda	☐ 5
Dependente	☐ 0

8- Vestir

Independente	X10
Com ajuda	☐ 5
Impossível	☐ 0

9- Controlo Intestinal

Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	X10
Acidente ocasional	☐ 5
Incontinente ou precisa de clisteres	☐ 0

10- Controlo Urinário

Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	X10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	☐ 5
Incidente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	☐ 0

TOTAL	100
--------------	------------

ESCALA DE BARTHEL**AG/ janeiro 2026****1- Alimentação**

- Independente **X10**
 Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) ☐5
 Depende ☐0

2- Transferências

- Independente **X15**
 Precisa de alguma ajuda ☐10
 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se ☐5
 Depende, não tem equilíbrio sentado ☐0

3- Toalete

- Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes **X5**
 Depende, necessita de alguma ajuda ☐0

4- Utilização do WC

- Independente **X10**
 Precisa de alguma ajuda ☐5
 Depende ☐0

5- Banho

- Toma banho só (Entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) **X5**
 Depende, necessita de alguma ajuda ☐0

6- Mobilidade

- Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) **X15**
 Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda ☐10
 Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas ☐5
 Imóvel ☐0

7- Subir e Descer Escadas

- Independente, com ou sem ajudas técnicas **X10**
 Precisa de ajuda ☐5
 Depende ☐0

8- Vestir

- Independente **X10**
 Com ajuda ☐5
 Impossível ☐0

9- Controlo Intestinal

- Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar **X10**
 Acidente ocasional ☐5
 Incontinente ou precisa de clisteres ☐0

10- Controlo Urinário

- Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho **X10**
 Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) ☐5
 Incidente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho ☐0

TOTAL 100

Escala de Solidão – UCLA

AG/ setembro 2025

	Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
1 - Sente-se Infeliz por fazer muitas coisas sozinho.	4	3	X	1
2- Sente que não tem alguém com quem conversar	4	3	X	1
3 - Sente que tem falta de companhia	4	X	2	1
4 – Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse.	4	3	X	1
5- Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer.	4	3	2	X
6 – Não se sente íntimo de qualquer pessoa.	4	3	X	1
7 – Sente que os que o rodeiam já não partilham dos seus interesses.	4	3	X	1
8- Sente-se abandonado.	4	3	2	X
9- Sente-se completamente só.	4	3	X	1
10 - É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam.	4	3	2	X
11-As suas relações sociais são superficiais.	4	3	X	1
12-Considera que na realidade ninguém o conhece bem.	4	3	2	X
13 – Sente-se isolados das outras pessoas.	4	3	X	1
14 – Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros.	4	3	2	X
15 – É-lhe difícil fazer amigos.	4	X	2	1
16- Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas.	4	3	2	X

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005).

Escala de Solidão – UCLA

AG/ janeiro 2026

	Frequentement			Algumas Vezes	Raramente	Nunca
1 - Sente-se Infeliz por fazer muitas coisas sozinho.	4			3	X	1
2- Sente que não tem alguém com quem conversar	4			3	X	1
3 - Sente que tem falta de companhia	4			X	2	1
4 – Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse.	4			3	X	1
5- Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer.	4			3	2	X
6 – Não se sente íntimo de qualquer pessoa.	4			3	X	1
7 – Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses.	4			3	X	1
8- Sente-se abandonado.	4			3	2	X
9- Sente-se completamente só.	4			3	X	1
10 - É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam.	4			3	2	X
11-As suas relações sociais são superficiais.	4			3	X	1
12-Considera que na realidade ninguém o conhece bem.	4			3	2	X
13 – Sente-se isolados das outras pessoas.	4			3	X	1
14 – Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros.	4			3	2	X
15 – É-lhe difícil fazer amigos.	4			X	2	1
16- Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas.	4			3	2	X

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005).

Questionário de estado de saúde (SF-36v2)**AG/ setembro 2025**

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia a dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim quanto?

(Por favor, assinala com um círculo um número em cada linha)

	Sim Muito Limitado/a	Sim um pouco limitado/a	Não nada limitado/a
a) Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1Km	1	2	3
h) Andar várias centenas de metros	1	2	3
i) Andar uma centena de metros	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, Nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos que queria?	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras atividades	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas quatro semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, Nas últimas semanas... Tempo	Sempre	A maior parte do	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume?	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas semanas teve dor?

Nenhuma	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (Tanto o trabalho fora de casa como o doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se de que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo,

Nas últimas quatro semanas...

	sempre	A maior Parte do Tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i) Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsa as seguintes afirmações.

Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente Verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a de que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

Versão portuguesa – Centro de estudos e Investigação em saúde da Universidade de Coimbra (1999)

Questionário de estado de saúde (SF-36v2)**AG/ Janeiro 2025**

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia a dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim quanto?

(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim Muito Limitado/a	Sim um pouco limitado/a	Não nada limitado/a
a) Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1Km	1	2	3
h) Andar várias centenas de metros	1	2	3
i) Andar uma centena de metros	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, Nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos que queria?	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras atividades	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas quatro semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, Nas últimas semanas... Tempo	Sempre	A maior parte do	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume?	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas semanas teve dor?

Nenhuma	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se de que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, Nas últimas quatro semanas...	sempre	A maior Parte do Tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i) Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsa as seguintes afirmações.

Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente Verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a de que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

Versão portuguesa – Centro de estudos e Investigação em saúde da Universidade de Coimbra (1999)

Escala de Sobrecarga de Zarit (SClínico)**AG/ setembro 2025**

		Nunca	Quase nunca	Às Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	1	2	3	4	5
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?	1	2	3	4	5
3	Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?	1	2	3	4	5
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	1	2	3	4	5
6	Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	1	2	3	4	5
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	1	2	3	4	5
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	1	2	3	4	5
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	1	2	3	4	5
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	1	2	3	4	5
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?	1	2	3	4	5
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?	1	2	3	4	5
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?	1	2	3	4	5
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	1	2	3	4	5
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1	2	3	4	5
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	1	2	3	4	5
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1	2	3	4	5
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
TOTAL		45				

Inferior a 46 = Sem Sobrecarga**Entre 46 e 66 = Sobrecarga Ligeira****Superior a 56 = Sobrecarga Intensa**

Escala de Sobrecarga de Zarit (SClínico)**CN/ janeiro 2026**

		Nunca	Quase nunca	Às Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	1	2	3	4	5
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?	1	2	3	4	5
3	Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?	1	2	3	4	5
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	1	2	3	4	5
6	Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	1	2	3	4	5
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	1	2	3	4	5
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	1	2	3	4	5
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	1	2	3	4	5
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	1	2	3	4	5
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?	1	2	3	4	5
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?	1	2	3	4	5
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?	1	2	3	4	5
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	1	2	3	4	5
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1	2	3	4	5
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	1	2	3	4	5
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1	2	3	4	5
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
TOTAL		45				

Inferior a 46 = Sem Sobrecarga**Entre 46 e 66 = Sobrecarga Ligeira****Superior a 66 = Sobrecarga Intensa**

Anexo XVI – Certificado do webinar "Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar - 2ª Sessão".



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PAULA ALEXANDRA ANTAS GOMES

membro nº **54145** desta Ordem, participou no(a) "**Ciclo de webinares "Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar" - 2ª Sessão**", realizado no dia **29 de Abril de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Ponta Delgada, 29 de Abril de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Pedro Soares

Anexo XVII – Certificado do VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar.



Certificado

Certifica-se que

PAULA ALEXANDRA ANTAS GOMES

Esteve presente no
**VI Congresso Internacional de
Enfermagem de Saúde Familiar,**
em formato online, que decorreu nos dias 29, 30 e 31 de Maio
de 2025 na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo XVIII – Certificado do workshop “Conversas com família: o foco no comportamento do enfermeiro” .



Certificado

Certifica-se que

PAULA ALEXANDRA ANTAS GOMES

Esteve presente no Workshop
Conversas com família: o foco no comportamento do enfermeiro
que decorreu no dia 29 de Maio de 2025 na Escola Superior
de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo XIX – Certificado workshop “Famílias no final do ciclo vital”



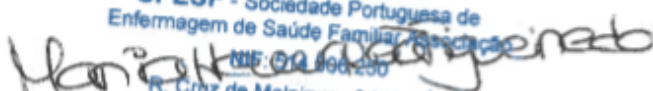
Certificado

Certifica-se que

PAULA ALEXANDRA ANTAS GOMES

Esteve presente no Workshop
Famílias no final do ciclo vital
que decorreu no dia 29 de Maio de 2025 na Escola Superior
de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar - Associação
NIF: 512 460 250
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos



Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo XX – Certificado do 4.º Seminário Nacional/1.º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar.

4º Seminário Nacional
1º Seminário Internacional
Enfermagem Saúde Familiar
CSP, ULS S. João



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que **Paula Alexandra Antas Gomes**

participou no 4.º Seminário Nacional/1.º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde de São João - “O Debate”, que decorreu nos dias 25 e 26 de setembro de 2025, online, com a duração de 14 horas.

Áurea Jorge, Dora Machado e Cristina Mendes

Pe/A Comissão Organizadora

Áurea Jorge Dora Machado Cristina Mendes



Anexo XXI – Certificado da Microcredencial “Saúde Familiar – Uma Abordagem Sistémica: Uma Intervenção”.

CERTIFICADO

Certifica-se que Paula Alexandra Antas Gomes portadora da Cédula Profissional nº 54145 concluiu com aproveitamento o curso conducente a Microcredencial - **Saúde Familiar – Uma Abordagem Sistémica: Uma Intervenção**

Objetivos:

Capacitar os profissionais de saúde para aplicar estratégias de intervenção familiar baseadas em evidência, utilizando modelos e técnicas terapêuticas para promover a saúde e o bem-estar das famílias em diferentes contextos clínicos e comunitários.

Conteúdos programáticos:

Comunicação Terapêutica e Relação com as Famílias

Princípios da Intervenção em Saúde Familiar

Intervenção Familiar em Situações Específicas

Metodologia/s de ensino-aprendizagem usada/s:

Recursos Digitais

Coordenadora: Elisabete Lamy da Luz

Duração: 25 Horas

Créditos: 1ECTS

Local: Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa

Data: 04, 11 e 15 de dezembro de 2025

Lisboa, 29 de janeiro de 2026


Professora Odete Lemos e Sousa
(Vice-Presidente da ESEUL)



Anexo XXII – Certificado de participação no 2nd International Congress of Family Health.



Participation Certificate

Paula Alexandra Antas Gomes

participated in the 2nd International Congress of Family Health, which took place on 05 and 06 February 2026, in Aveiro, Portugal.

Aveiro, 09 de February 2026.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Rui Costa".

Diretor ESSUA/UA
(Prof. Doutor Rui Costa)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Helena Maria Antónia Azeiteiro Loureiro".

Presidente da Comissão Científica
(Prof^a Doutora Helena Loureiro)



Anexo XXIII – Comprovativo de inscrição na Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem.

	Comprovativo de Matrícula/Inscrição Via Internet	
	Ano letivo: 2025/2026 Data de emissão: 21/03/2026	Elementos para verificação da autenticidade do comprovativo: Código 5166ed2a6cf88a348dfd7ff122e7854743aedd36
	Para verificação de autenticidade do comprovativo aceda ao site https://siue2.uevora.pt/validar e introduza o código acima mencionado. Verifique se o documento obtido corresponde a este comprovativo.	

Paula Alexandra Antas Gomes, portadora do documento de identificação n.º (Cartão de Cidadão), nascida em 02/11/1984, **está matriculada no ano letivo 2025/2026 na Universidade de Évora, no curso de Supervisão Clínica em Enfermagem**, conferente de grau de sac::cursos.graus.conferente.pg, com o n.º de estudante

No ano letivo 2025/2026, **a aluna está inscrita** em 30 ECTS, como consta no Comprovativo de Inscrições em anexo.

Serviços Académicos da Universidade de Évora, 21 de março de 2026

A Diretora dos Serviços Académicos
Alexandra Fernandes

Assinado de forma digital
por Universidade de Évora
em 2026-03-21 19:54

Anexo XXIV – Certificado do webinar “Múltiplas Respostas de Enfermagem para a Comunidade”.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PAULA ALEXANDRA ANTAS GOMES

membro nº **54145** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Múltiplas Respostas de Enfermagem para a Comunidade"**, realizado no(s) dia(s) **no dia 15 de Abril de 2025**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 15 de Abril de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Anexo XXV – Certificado do webinar “Gestão, indicadores e Boas Práticas na Documentação de Enfermagem”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PAULA ALEXANDRA ANTAS GOMES

membro nº **54145** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar – Gestão, Indicadores e Boas Práticas na Documentação de Enfermagem"**, realizado no(s) dia(s) **no dia 16 de Julho de 2025**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 16 de Julho de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Anexo XXVI – Certificado do webinar "EaQ - Cuidador Informal".



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PAULA ALEXANDRA ANTAS GOMES

membro nº **54145** desta Ordem, participou no(a) **"EaQ - Cuidador Informal"**, realizado no dia **11 de Setembro de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 11 de Setembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Miguel Vasconcelos".

Miguel Vasconcelos

Anexo XXVII – Certificado do webinar “Cuidados que Desafiam, Ligam e Integram”.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA

CENTRO DE
FORMAÇÃO

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela QEC cumprindo os requisitos da Norma NP ISO 21001:2020

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que, **Paula Gomes**, participou no dia 15 de Dezembro de 2025 com a duração total de 2 horas no Webinar

Cuidados que Desafiam, Ligam e Integram

Lisboa, 27 de janeiro de 2026

O Responsável pela Entidade Formadora



Assinado digitalmente por
Alexandra Elisabete A. P. Costa
Diretora do Centro de Formação
Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E.

Alexandra Costa
Diretora do Centro de Formação da ULSSM

Anexo XXVIII – Certificado do webinar “Desafios da Gestão em Enfermagem”.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PAULA ALEXANDRA ANTAS GOMES

membro nº **54145** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Desafios da Gestão em Enfermagem"**, realizado no(s) dia(s) **no dia 27 de Janeiro de 2026**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex"**.

Lisboa, 27 de Janeiro de 2026

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Anexo XXIX – Certificado de apresentação de poster no 2nd International Congress of Family Health.



CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

Paula Gomes

participou no 2nd *International Congress Family Health (ICFH'26)* com uma comunicação livre (poster) intitulada: **“RESULTADOS DE SAÚDE REPORTADOS PELO UTENTE (PROMS) NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS : UMA SCOPING REVIEW”**, que decorreu nos dias 5 e 6 de fevereiro de 2026, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).

Aveiro, 09 de fevereiro 2026

Diretor ESSUA/UA
(Prof. Doutor Rui Costa)

Presidente da Comissão Científica
(Profª Doutora Helena Loureiro)

APÊNDICES

Apêndice I - Guião de Entrevista.

GUIÃO DE ENTREVISTA

(1ª parte - Avaliação familiar segundo o modelo Calgary de Avaliação familiar)

Identificação dos elementos da família:

Nome	Ano Nasc.	Género	Parentesco	Escolaridade	Profissão	Antec. de Saúde	Altura	Peso

Avaliação estrutural

- **Interna**

Quem faz parte da sua família/ agregado familiar?

Vive mais alguém convosco?

Tem filhos? Se sim, quantos? (ordem de nascimento)

Teve algum aborto?

Qual a orientação sexual de todos os elementos do agregado familiar?

Considera que cada membro da família reconhece o seu papel e sabe quais as suas funções?

Consegue descrever as funções desempenhadas por cada um membro?

- **Externa**

Quem faz parte da sua família alargada? (grau de parentesco)

Como é a sua relação com a família alargada? E os restantes membros do agregado familiar que relação têm com a família alargada?

Existe algum conflito com algum dos elementos da sua família alargada?

A família alargada é um apoio? Quem? Em quê? E quando?

Existe alguma rede de apoio fora da família? Qual/Quem?

Que instituições têm contacto regular com a família? E que tipo de influência têm? (Escola/ Igreja/ Saúde/ Hobies/ ...)

- **Contextual**

Nasceu onde? E o seu companheiro/a? E os filhos?

Qual a nacionalidade dos seus pais e dos seus sogros?

Qual é a sua escolaridade? E dos restantes elementos do agregado familiar?
Qual a sua profissão? E a profissão dos restantes elementos do agregado familiar?
Qual a sua religião? E dos outros elementos do agregado?
A situação financeira da família influencia de algum modo o recurso a cuidados de saúde?
Considera que o espaço da sua habitação tem espaço suficiente para o número de pessoas que lá vivem?
A sua habitação tem condições de saneamento básico? E aquecimento?
Considera que é suficientemente arejada e ventilada? Tem luz natural?
Como classifica a localização da sua casa? Fica perto do emprego/escola?
Quais os recursos existentes na proximidade da sua habitação?
Como avalia a relação da sua família com a vizinhança?

Avaliação do desenvolvimento

- **Tarefas**

Existem tarefas definidas para cada elemento da família?
Quais as tarefas de cada membro da família?

- **Vínculos**

Como classifica a sua relação com os outros membros da família? E as relações entre os restantes membros da família?
Com quem tem maior proximidade? E menor?
Identifica relações distantes com outros membros da família? Como as caracteriza?
Que motivos causaram esse distanciamento?
Identifica cumplicidade com outros membros da família? E sente reciprocidade nessa relação?

Avaliação Funcional

- **Instrumental**

Manter um ambiente seguro

Alguma vez teve algum acidente em sua casa? Se sim, o que aconteceu?
Considera que a sua habitação é segura para a família?
Todos os elementos do agregado têm o plano de vacinas atualizado?
Alguns dos elementos da família toma medicação regular? Se sim, esse elemento tem conhecimento sobre a sua toma e cumpre a toma da terapêutica?
Os elementos do agregado que têm doenças diagnosticadas têm conhecimento relativos as mesmas?
Tem animais de estimação? Se sim, é acompanhado no veterinário? Está vacinado?

Comunicar

Tem alguma dificuldade na comunicação (alteração visual, auditiva, etc...)? E os seus familiares?
Considera que a família comunica entre si?
Identifica alguma dificuldade de comunicação entre a família?
Costuma ter com quem conversar?
Existe alguma situação que o torne menos comunicativo?

Respirar

Fuma ou alguma vez fumou? Alguns dos restantes membros da família fuma ou fumou?
Tem alguma dificuldade respiratória?
Existe algum momento em particular em que sinta dificuldade na respiração?
Frequenta locais poluídos com regularidade, como bares, cafés ou discotecas?
Areja a casa com frequência?
Utiliza ambientadores na sua casa?

Comer e beber

Quantas refeições costumam fazer por dia?
Quais os alimentos e bebidas que a família consome com mais frequência? Qual o tipo de confeitaria mais utilizado?
Que alimentos que prefere?
Tem alergia a algum alimento?
Que quantidade de água costuma beber diariamente?
Quem é responsável pela confeitaria dos alimentos?
Consome bebidas alcoólicas? Que quantidade?

Eliminar

Com que regularidade tem micções e dejeções?
Tem alguma dificuldade na eliminação intestinal e/ou vesical? E os restantes membros da família?
Se sim, faz alguma medicação?

Higiene pessoal e vestir-se

Como realiza a sua higiene pessoal? Tem alguma dificuldade? Tem alguma ajuda?
E os restantes membros da família?
Com que regularidade realizam a sua higiene?
Quantas vezes lavam os dentes por dia?
Que importância tem a higiene na sua vida?

Controlo da temperatura corporal

Sabe avaliar a sua temperatura corporal?
Tem algum instrumento de avaliação em casa?
Sabe o que fazer em caso de febre ou hipertermia?
Tem roupa adequada às diferentes estações do ano?
Considera a sua casa quente ou fria?
Tem algum tipo de aquecimento/ arrefecimento?

Mobilizar-se

Tem alguma limitação física que interfira nas suas atividades de vida? E a restante família?
Algum membro da família necessita de ajuda nesta atividade?
Pratica alguma atividade física?

Trabalhar e distrair-se

O seu estado laboral adequa-se ao seu estado de saúde?

Considera que o seu horário laboral/ tipo de trabalho influencia a dinâmica familiar?
Que atividades pratica no seu tempo livre? E os seus familiares, que atividades praticam nos seus tempos livres?
Costuma sair/estar com os seus amigos/familiares? Com que frequência?

Expressar sexualidade

São um casal sexualmente ativo?
Tem conhecimento acerca dos métodos contraceptivos? Utiliza algum?
A sexualidade é tema de conversa entre o casal?
De que forma vê a sexualidade na sua família?

Dormir

Quantas horas costuma dormir?
Tem dificuldade em adormecer? Se sim, toma alguma medicação para adormecer? Qual?
De manhã sente que teve um sono repousante?
Algun dos outros elementos do agregado tem alguma dificuldade ou perturbação durante o sono?

Morrer

Como encara a morte? E os restantes membros da família?
Tem medo da morte ou o pensamento de morrer assusta-o?
Já vivenciou alguma morte de um familiar ou amigo? Se sim, como encarou a situação?
Já vivenciou alguma outra situação marcante?

- **Expressiva**

Comunicação Emocional / Comunicação Verbal/Não Verbal /Comunicação

Circular

Quem na família expressa mais os seus sentimentos?
Como se sente em relação à forma como a família expressa os seus sentimentos?
Os sentimentos de cada um, têm impacto na família?
Qual a capacidade de comunicação de cada elemento da família?
Existe comunicação entre os elementos da família? Fazem-no de forma clara?

Solução de problemas

Existe discussão sobre os problemas da família?
Quem tem maior facilidade em identificar os problemas?
A família tem capacidade para resolver esses problemas?

Papéis

Existem papeis definidos para cada elemento da família?
Existem conflitos relacionados com perspetivas diferentes sobre os papeis existentes dentro da família?

Influências e Poder

Como são tomadas as decisões dentro da família?
Quem tem mais poder/influência nessas tomadas de decisão?

Todos os elementos da família participam nas decisões familiares importantes?

Crenças

Quais os valores que guiam a vossa família?

Existe alguma crença religiosa ou espiritual na família?

Existe alguma crença no que diz respeito à saúde? Se sim, como é que essa crença afeta as escolhas do estilo de vida ou decisões relacionadas com a saúde?

Existe alguma prática cultural ou tradição familiar que a família valorize e mantenha?

Alianças e Uniões

Dentro da família, quem tem uma relação mais próxima ou aliança especial entre si?

Como é que se manifesta essa aliança?

Como é que a família se apoia em momentos de dificuldade?

GENOGRAMA

ECOMAPA

(2ª parte – Resultados reportados pela própria pessoa)**Comorbilidades**

Tem algumas das doenças seguintes? Se sim, recebe tratamento? Essa doença limita a sua vida diária?

Problema	Tem o problema? Não	Sim	Recebe tratamento? Não	Sim	Limita as suas atividades? Não	Sim
Doença cardíaca						
Hipertensão arterial						
Doença pulmonar						
Diabetes						
Úlcera ou doença do estômago						
Doença renal						
Doença hepática						
Anemia ou outra doença do sangue						
Cancro						
Depressão						
Osteoartrite, artrite degenerativa						
Dor nas costas						
Artrite reumatoide						
Outros problemas médicos (Quais?)						
SCORE						

Escala Clínica de Fragilidade : _____

Polimedicação

Que medicamentos tem prescritos?

Alguma vez teve uma reação adversa a um medicamento?

Considera que algum dos medicamentos que toma faz com que se sinta mal?

Índice de Barthel: _____

Quedas

Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?

Se sim, quantas? Alguma resultou em fratura, necessidade de cuidados médicos ou internamento?

Escala da solidão UCLA: _____

Velocidade de marcha: _____

Questionário de Qualidade de Vida -SF-36: _____

Qual das seguintes afirmações descreve melhor quanto controlo tem sobre a sua vida diária? (ter a escolha de fazer as coisas ou ter as coisas feitas por si como gosta e quando deseja.)

1-Eu tenho tanto controlo sobre a minha vida diária quanto quero

2-Eu tenho um controlo adequado sobre a minha vida diária

3-Eu tenho algum controlo sobre a minha vida diária, mas não o suficiente

4-Eu não tenho controlo sobre a minha vida diária

Escala de Zarit : _____

Envolvimento na tomada de decisão

Após uma admissão ou readmissão no hospital, foi-lhe dada alta para o local de sua escolha? (utente com internamento hospitalar)

Relativamente ao planeamento da alta, esteve tão envolvido nas discussões e decisões sobre os seus cuidados, apoio e tratamento quanto quis? (utente com internamento hospitalar)

Considera que lhe é dada informação suficiente sobre a sua condição ou tratamento?

A equipa dá à sua família ou a alguém próximo todas as informações necessárias para ajudar a cuidar para si?

Durante a prestação dos cuidados de saúde, consegue participar na tomada de decisões sobre o seu tratamento?

Está tão envolvido nas discussões e decisões sobre os cuidados, apoio e tratamento quanto queria estar? E a sua família ou cuidador?

Tem confiança na sua equipa de saúde?

No geral, sente que é tratado com respeito e dignidade quando recebe cuidados por essa equipa?

Sabe quem é responsável pela coordenação dos seus cuidados?

Tempo de internamento

Quantas vezes esteve internada/o nos últimos 12 meses?

No total quantos dias esteve internado no último ano?

E Quantas vezes teve um reinternamento menos de 30 dias após ter tido alta' (não programado)?

Escolha do local de Morte

Gostava de poder escolher o local onde viverá o final da sua vida? Se sim, que local escolheria?

Apêndice II – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
Participação em Projeto de Investigação em Enfermagem de Saúde Familiar

Eu, Paula Alexandra Antas Gomes, enfermeira com cédula profissional nº 54145 e aluna do IX Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária de Saúde Familiar, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, encontro-me a realizar um estágio na Unidade de Saúde Familiar (USF) Lavradio, sob supervisão clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Graça Matos, e orientação científica da Professora Doutora Anabela Pereira Coelho.

Título do Estudo:

PROMover Cuidado com Significado: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar em Casais de Pessoas Idosas

Objetivo do Estudo:

Compreender o impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar no acompanhamento de casais de pessoas idosas, através da utilização de instrumentos de avaliação de resultados reportados pelo próprio (PROMs).

Condições de Participação:

A participação neste estudo é voluntária, gratuita e não envolve qualquer compensação financeira.

Pode recusar participar ou desistir a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo.

Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins deste estudo.

Será assegurada a confidencialidade e o anonimato de todas as informações recolhidas.

Este estudo cumpre os procedimentos éticos previstas na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo.

O presente consentimento será entregue em duplicado: um exemplar para o participante e outro para a investigadora.

Esclarecimentos e Contactos:

Para qualquer dúvida ou esclarecimento, poderá contactar:

Paula Gomes Email: m61758@alunos.uevora.pt Telemóvel: 966 424 138

Grata pela sua atenção e colaboração.

Enfermeira Mestranda

Parte declarativa do Profissional que entrega o Consentimento

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo identificada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome do profissional: _____

Assinatura: _____ Nº Cédula Profissional: _____

Data ____/____/____

Unidade de Saúde Familiar (USF) Lavradio

Contacto Institucional do profissional de saúde – 212059310

Parte declarativa da pessoa que consente

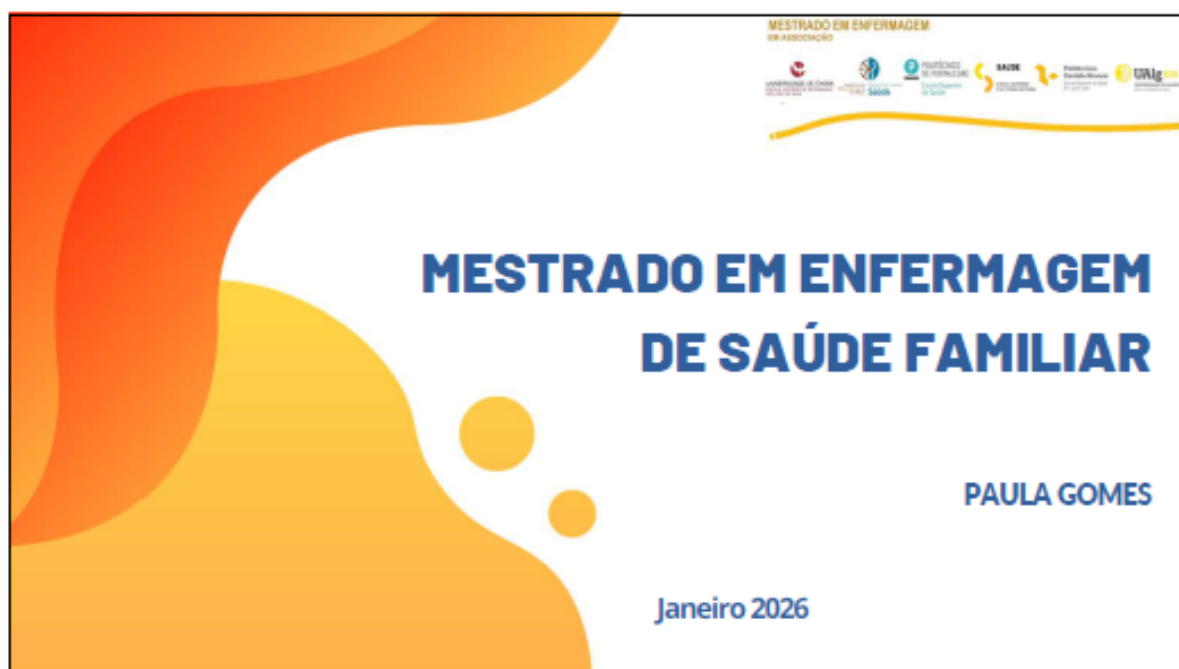
Eu, _____, declaro que fui devidamente informado/a sobre os objetivos, metodologia e condições de participação no presente estudo. Compreendo plenamente os meus direitos enquanto participante e tendo-me sido esclarecidas todas as dúvidas e proporcionado tempo para refletir sobre a proposta de participação.

Deste modo, aceito participar de forma livre, voluntária e esclarecida no estudo, autorizando a recolha e utilização de dados relevantes para o mesmo, com a garantia de que estes serão utilizados unicamente para esta investigação e divulgação científica, salvaguardando-se a minha confidencialidade e anonimato, conforme assegurado pela investigadora.

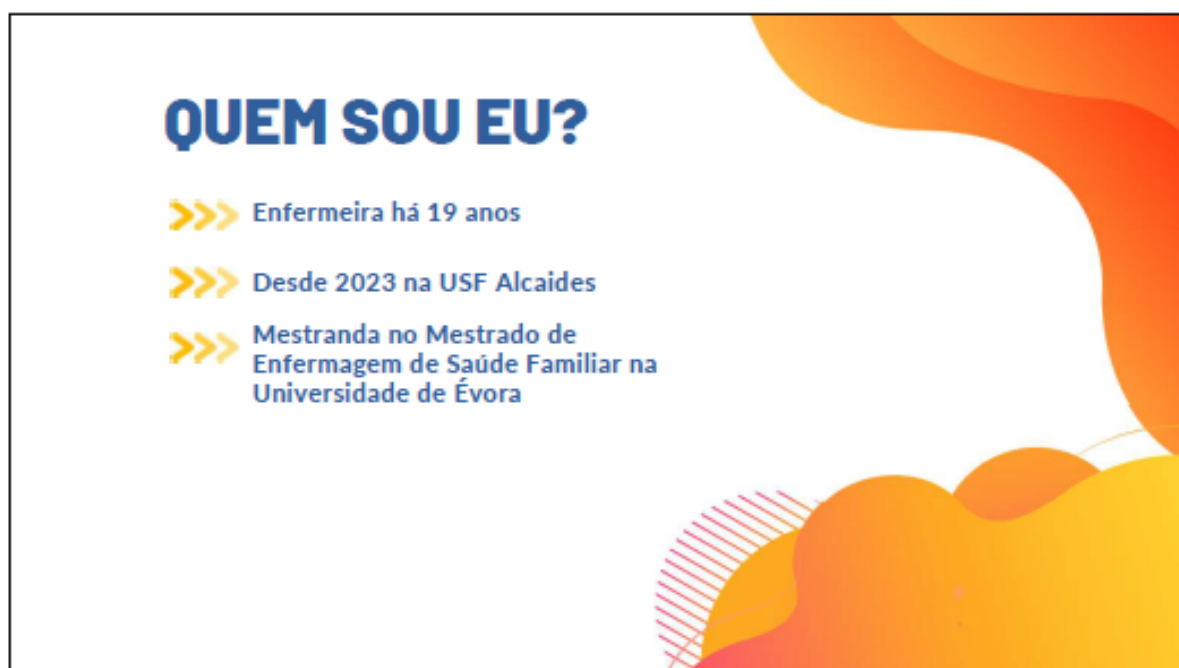
Data ____/____/____ Assinatura: _____

Este documento é composto por 2 páginas e deverá ser assinado em duplica

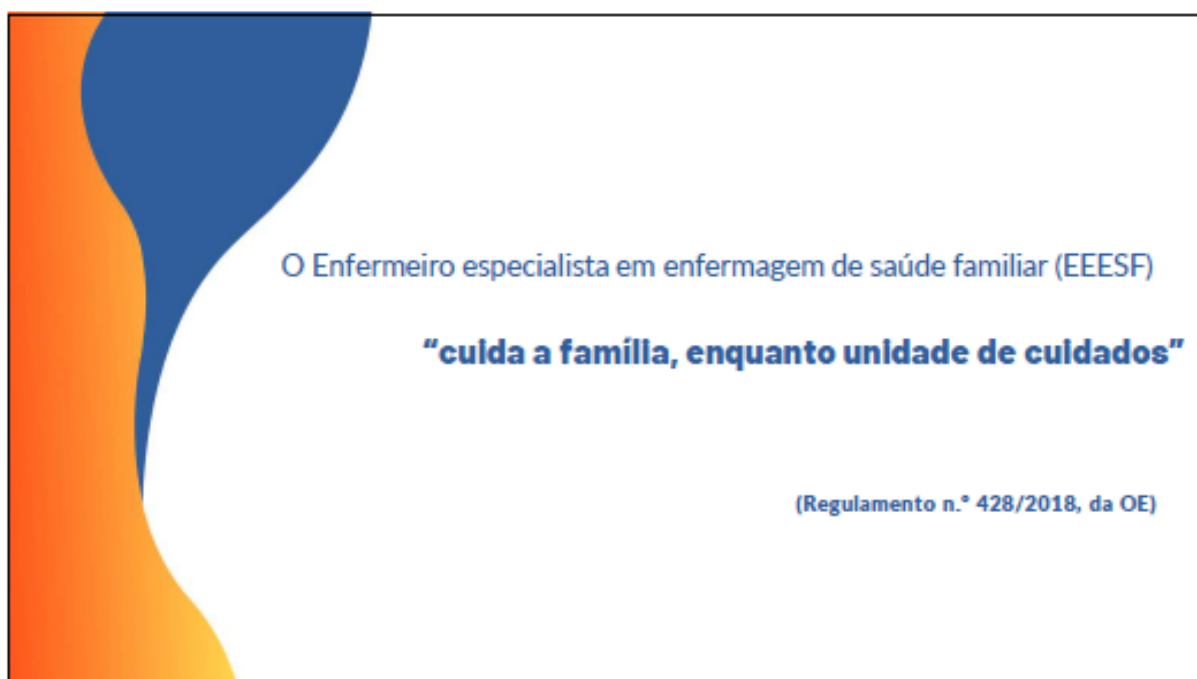
Apêndice III – Slides da sessão realizada na USF.



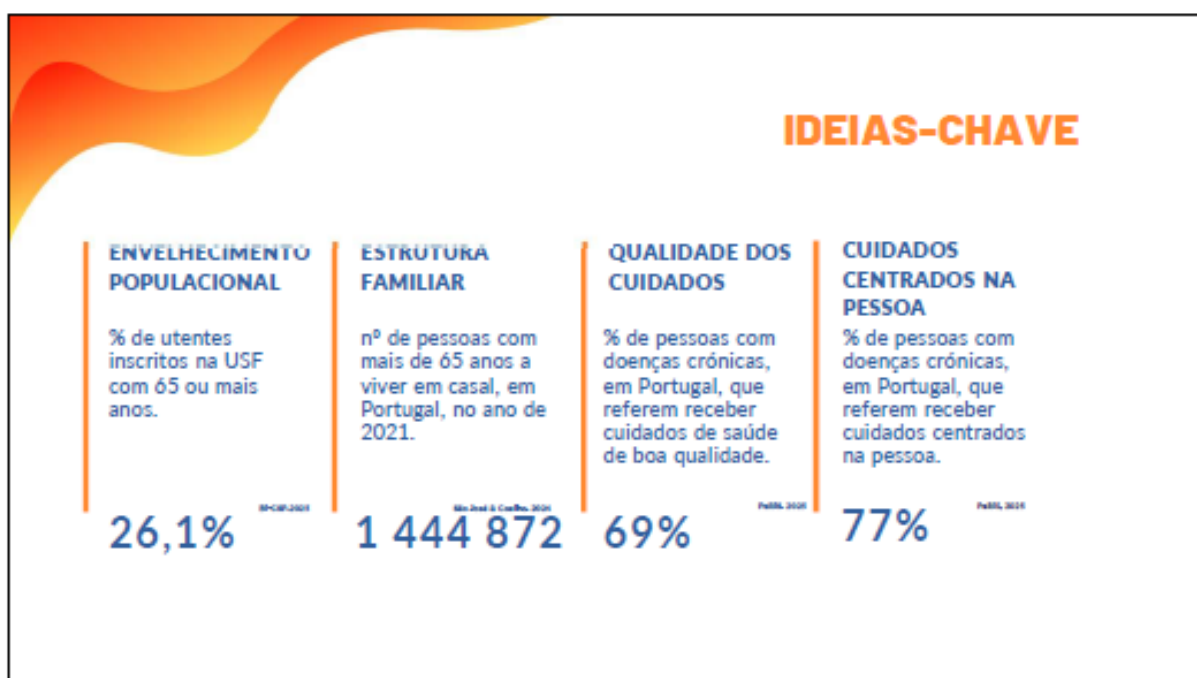
1



2



3



4



Projeto: PROMover Cuidados com Significado

OBJETIVO:

Avaliar o impacto das intervenções do EEESF junto de casais de pessoas idosas, com base em resultados reportados pelos próprios (PROMs).

5

PROMs (Patient reported outcomes Measures):

- Informações de saúde reportadas diretamente pelo utente
- Recolhidos através de questionários padronizados e validados
- Refletem a percepção do próprio do utente



- Reforçam a voz do utente
- Complementam a avaliação clínica
- Promovem cuidados relevantes e centrados na pessoa e família

6

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO



7

O QUE FOI AVALIADO?

Um conjunto de PROMS, que o Consorcio Internacional para a medição de resultados em saúde (ICHOM) definiu como relevantes para as pessoas idosas.



8



Família RN

- Casados há 63 anos;
- 3 filhos e 6 netos;
- Foram emigrantes;
- Os filhos vivem no estrangeiro;
- Marido apresenta maior debilidade física;
- Esposa assume o papel de cuidadora (alimentação, higiene, gestão familiar)

Família SG

- Casados há 62 anos;
- 1 filha e 1 neto;
- A filha vive no interior do país;
- Marido com demência;
- Esposa assume o papel de cuidadora (alimentação, higiene, gestão familiar)
- Esposa sofreu 2 quedas no último ano,

9

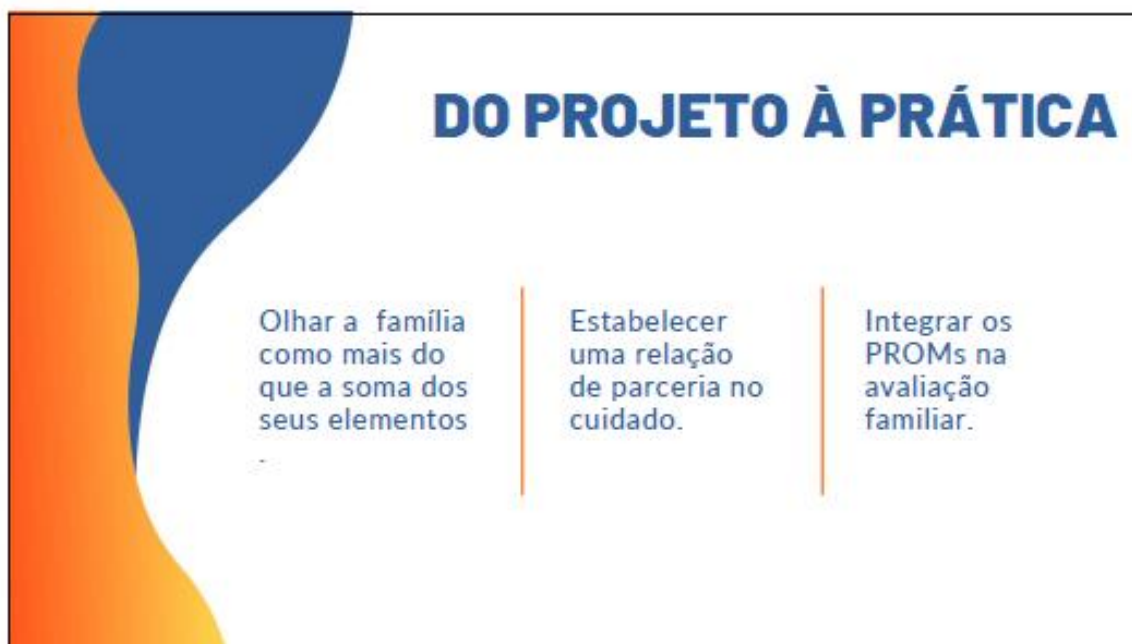
DIAGNÓSTICOS

Risco de sobrecarga do cuidador associado à sobreposição de papéis

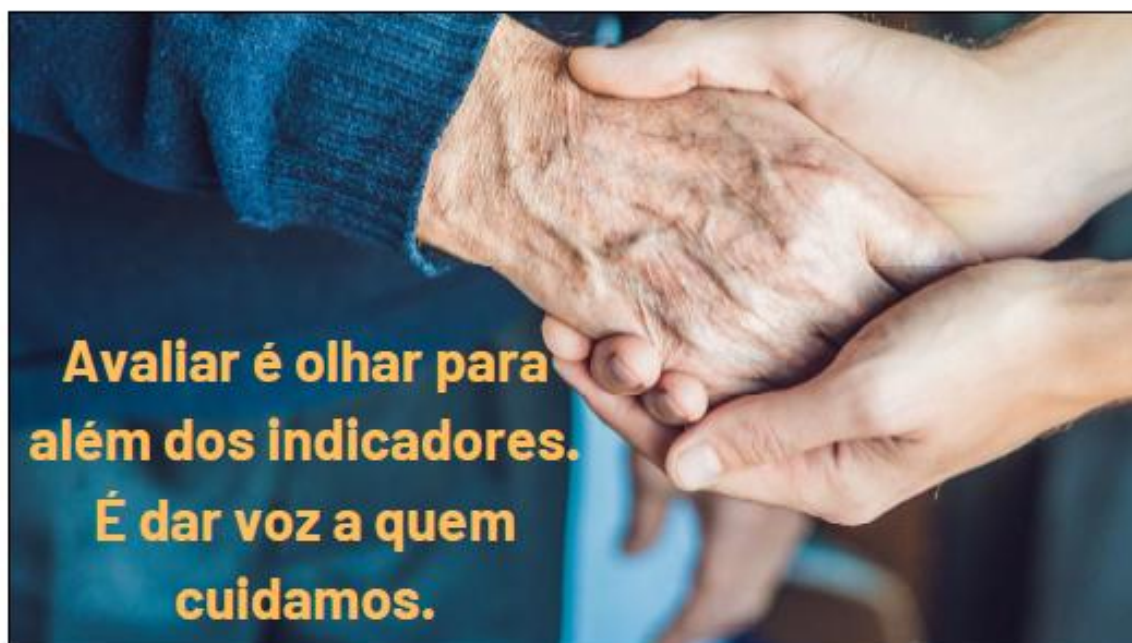
Risco de queda associado à mobilidade comprometida

Solidão associada à diminuição da interação social.

10



11



12