

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

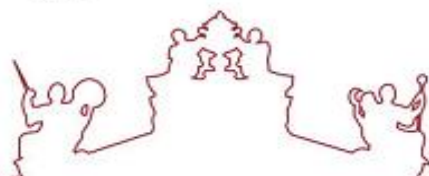
O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar na Promoção **do Autocuidado para o Envelhecimento Saudável nas** **Famílias de Meia-Idade**

Maria Dulce Pereira dos Santos

Orientador(es) | Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais

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

O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar na Promoção do Autocuidado para o Envelhecimento Saudável nas Famílias de Meia-Idade

Maria Dulce Pereira dos Santos

Orientador(es) | Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais

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** | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde)
- Vogais** | Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Isaura Serra (Universidade de Évora)
Laurência Gemito (Universidade de Évora) (Arguente)



“ O que quer que possa fazer ou sonhar fazer, comece. A ousadia encerra em si mesma genialidade, magia e poder. Comece agora”.

Goethe

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho, só foi possível com a colaboração de diferentes pessoas, que me permitiram caminhar e desenvolver o meu estágio e o consequente relatório de estágio. Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Edgar Canais, pela constante orientação e disponibilidade, bem como o encorajamento que sempre demonstrou. Agradeço de igual forma à Enfermeira Teresa Ferreira, pelo acolhimento, disponibilidade, colaboração e supervisão clínica durante o período de estágio na USF.

Às famílias que aceitaram participar no meu projeto, confiando no meu trabalho e colaborando para que este se pudesse desenvolver.

À equipa da USF, onde decorreu o meu estágio, pelo apoio e confiança que demonstraram, permitindo que pudesse ter conhecimento de uma realidade diferente da minha, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À instituição de ensino, a Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, por contribuir para o meu desenvolvimento profissional, através do corpo de docentes, pela qualidade do ensino e pelas oportunidades de desenvolvimento científico que proporcionaram, contribuindo para o aprofundamento dos meus conhecimentos e para o meu crescimento enquanto enfermeira.

Aos meus “rapazes”, que confiaram, incentivaram e apoiaram a mãe, de forma incondicional.

Finalmente, a todos que de alguma forma contribuíram para que este meu projeto de pudesse desenvolver.

Grata por me acompanharem e um grande Bem Haja.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional aumenta a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar (ESF) na promoção da autonomia e do autocuidado, nas famílias de meia-idade, preparando-as para um envelhecimento saudável.

Objetivo: Evidenciar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar na capacitação das famílias de meia-idade para o envelhecimento saudável.

Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, baseado em estudo de caso (Hanson, 2005). Utilizaram-se instrumentos de avaliação familiar, entrevista semiestruturada e as escalas WHO-5 e HLS-EU-Q16.

Resultados: Identificaram-se fatores de risco, promovendo ganhos em saúde e fortalecendo o autocuidado familiar.

Conclusão: Com o estudo confirma-se a eficácia da aplicação articulada de modelos e instrumentos centrados na família, enquanto permitiu o desenvolvimento de competências clínicas, relacionais, organizacionais e éticas essenciais ao exercício autónomo e especializado do enfermeiro em ESF.

Palavras-chave: Autocuidado; enfermeiro de família; envelhecimento saudável; famílias; meia-idade.

ABSTRACT

The Family Health Specialist Nurse in Promoting Self-Care for Healthy Aging in Middle-Aged Families

Introduction: Population aging increases the importance of the Family Health Specialist Nurse's intervention in promoting autonomy and self-care in middle-aged families, preparing them for healthy aging.

Objective: To highlight the intervention of the Family Health Specialist Nurse in empowering middle-aged families for healthy aging.

Methodology: A qualitative, descriptive, and exploratory case study was conducted (Hanson, 2005). Data were collected using family assessment instruments, semi-structured interviews, and the WHO-5 and HLS-EU-Q16 scales.

Results: Risk factors were identified, promoting health gains and strengthening family self-care.

Conclusion: The study confirms the effectiveness of the articulated application of family-centered models and instruments, while allowing the development of clinical, relational, organizational and ethical skills essential to the autonomous and specialized practice of the nurse in Family Health.

Keywords: Self-care; Family nurse; healthy aging; families; middle age.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AML- Área Metropolitana de Lisboa

APA- *American Psychological Association*

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPAP- *Continuous Positive Airway Pressure*

DGS- Direção Geral de Saúde

ESF- Enfermeiro de Saúde Familiar

HTA- Hipertensão Arterial

INE- Instituto Nacional de Estatística

MCAF- Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCAIF- Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCM- Presidência do Conselho de Ministros

PNS- Plano Nacional de Saúde

RGPD- Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RNU- Registo Nacional de Utentes

ULSA- Unidade Local de Saúde Arrábida

WHO- World Health Organization

Índice

INTRODUÇÃO.....	17
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1. FAMÍLIA	19
2. FAMÍLIA E TRANSIÇÕES	19
3. FAMÍLIAS NA MEIA-IDADE	20
4. FAMÍLIAS E ENVELHECIMENTO.....	21
5. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	21
6. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	27
6.1. Cuidados de enfermagem à família	30
II – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	34
1. ENVELHECIMENTO NO MUNICÍPIO DA USF	34
2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	39
3. CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	41
III – METODOLOGIA.....	43
1. TIPOLOGIA DO ESTUDO E FUNDAMENTAÇÃO	43
2. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	44
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E VIABILIDADE DO ESTUDO	46
IV - AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	48
1. Avaliação estrutural.....	49
2. Desenvolvimento.....	50
3. Funcionamento.....	50
4. Descrição das famílias	51
Família A	51
Família B	58
Família C	63
V – RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
VI - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS	73
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	91

Anexo I- Certificado de presença no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar	93
Anexo II- Certificado de presença no Workshop Conversas com família: o foco no comportamento do enfermeiro	94
Anexo III- Pedido de Parecer para o Estudo.....	95
Anexo IV- Autorização para a realização do estudo	96
Anexo V- Pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULSA, para realização do estudo	97
Anexo VI- Pedido de autorização de Escala FACES II.....	98
Anexo VII- Autorização para utilização do HLS-EU-QT16	99
Anexo VIII- APGAR Familiar de Smilkstein, da Família B	100
Anexo IX- Escala de FACES II, da Família B.....	101
Anexo X- Escala de Readaptação de Holmes e Rahe, da Família B	103
Anexo XI- índice de bem-estar OMS, da Família B.....	104
Anexo XII- HLS-EU-PT-Q16- Questionário Europeu de Literacia em Saúde, da Família B	105
Anexo XIII- APGAR Familiar de Smilkstein, da Família C	108
Anexo XIV- FACES II, da Família C.....	109
Anexo XV- Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, da Família C.....	111
Anexo XVI- índice de bem-estar OMS, da Família C.....	112
Anexo XVII - Questionário Europeu de Literacia em Saúde, da Família C.....	113
Anexo XVIII - Certificado de presença no “EaQ – A importância da Literacia em Saúde na Enfermagem”	116
Anexo XIX- Certificado de presença no “Webinar - Múltiplas Respostas de Enfermagem para a Comunidade”	117
Anexo XX- Certificado de presença no “Ciclo de Webinars “ Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar”- 3ª Sessão.....	118
Anexo XXI- Certificado de presença no “Ciclo Webinars - Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar”- 5ª Sessão	119
Anexo XXII- Declaração de conclusão do Curso “Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor”.....	120
Anexo XXIII - Certificado de autor de póster nas V JiRAR	121
APÊNDICES	122
Apêndice I- Informação aos Participantes	123
Apêndice II- Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	124
Apêndice III- Entrevista Semiestruturada.....	125

INDICE DE QUADROS

Quadro 1: Resumo da avaliação estrutural e desenvolvimento da Família A.....	55
Quadro 2: Plano de cuidados adaptado e elaborado para a Família A.....	56
Quadro 3: Síntese da avaliação estrutural, do desenvolvimento e funcional da Família B....	61
Quadro 4: Plano de cuidados adaptado e elaborado para a Família B.....	62
Quadro 5: Síntese da avaliação estrutural, do desenvolvimento e funcional da Família C.....	66
Quadro 6: Plano de cuidados adaptado e elaborado para a Família C.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Benefícios do exercício físico. Adaptado de DGS,2023.....	18
Figura 2 - Componentes do envelhecimento saudável. Adaptado de: Fatores-que-influenciam-no Envelhecimento-ativo-e-saudavel-adaptado-da-OMS.....	19
Figura 3 - Índice de envelhecimento nacional e europeu. Adaptado de: Pordata, estatísticas de envelhecimento	19
Figura 4 - Distribuição da população residente no município, em 2024. Adaptado de Pordata.....	34
Figura 5 - Índice de envelhecimento no município. Adaptado de Pordata.....	35
Figura 6 - Comparação da população residente no município, com os municípios vizinhos. Adaptado de Pordata.....	36
Figura 7 - Relatório dos indicadores prioritários, em relação á morbidade no município. Adaptado de : Atlas dos Municípios Saudáveis.....	38
Figura 8 - Distribuição da população da USF. Adaptado de RNU, referente a 2025/09.....	39
Figura 9 -Distribuição dos utentes por faixa etária. Adaptado de RNU, referente a 2025/11,,	40
Figura 10 - Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. Adaptado de Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo: 2012.....	47
Figura 11 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família A, centrado no sujeito índice T, elaborado no software <i>GenoPro</i> . Versão 3.1.0.1. Released 2020.....	51
Figura 12 - Avaliação da Habitação, Família A. Adaptado de Sclinico, 2025.....	52
Figura 13 - Escala de Graffar, Família A. Adaptado de Sclinico, 2025.....	53
Figura 14 - Tipo de Família, Família A. Adaptado de Sclinico, 2025.....	53
Figura 15 - Ciclo da família Duvall, Família A. Adaptado de Sclinico, 2025.....	53
Figura 16 - Ecomapa da família A, na perspetiva da Sra. T, que está identificada como o sujeito Index.....	54
Figura 17 - Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família B, centrado no sujeito índice P, elaborado no software <i>GenoPro</i> . Versão 3.1.0.1. Released 2020.....	58
Figura 18 - Avaliação da habitação, Família B. Adaptado de Sclinico, 2025,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	58
Figura 19 - Escala de Graffar, Família B. Adaptado de Sclinico, 2025.....	58
Figura 20 - Ciclo da Família, Família B. Adaptado de Sclinico, 2025.....	59
Figura 21 - Tipo de Família, Família B. Adaptado de Sclinico, 2025.....	59

Figura 22: Ecomapa da Família B, na perspetiva da Sra. P, identificada como sujeito índice. Elaborado no programa PowerPoint.....	60
Figura 23: Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família C, centrado no sujeito índice P. Elaborado no software <i>GenoPro</i> , versão 3.1.0.1, Released 2020.....	63
Figura 24: Avaliação da habitação da Família C. Adaptado de Sclínico, 2025.....	64
Figura 25: Escala de Graffar da Família C. Adaptado de Sclínico, 2025.....	64
Figura 26: Ciclo da família da Família C. Adaptado de Sclínico, 2025.....	64
Figura 27: Tipo de família da Família C. Adaptado de Sclínico, 2025.....	65
Figura 28: Ecomapa da Família C, na perspetiva do Sr. P, identificado como sujeito índice. Elaborado no programa PowerPoint.....	65

INTRODUÇÃO

Por toda a Europa, existem cada vez mais pessoas a viver mais tempo, mas para muitos estes anos suplementares não são necessariamente anos saudáveis. Por volta de 2050, as tendências demográficas sugerem que o número de pessoas com 65 anos ou mais aumentará até 25%, acabando por superar o número das que têm menos de 25 anos (World Health Organization [WHO], 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão da União Europeia reconhecem a relevância crescente de implementar medidas, políticas e práticas que promovam o envelhecimento saudável, especialmente numa época em que a expectativa de vida continua a aumentar. Estas instituições destacam que o envelhecimento saudável não é apenas uma questão de saúde individual, mas também de impacto social e económico, considerando o aumento das populações envelhecidas (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

De acordo com a preocupação na promoção do envelhecimento saudável, temos os padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária, que referem que é o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar que desempenha um papel fundamental no acompanhamento de famílias, reconhecendo-as como unidades únicas de cuidado e atuando em todas as fases do ciclo vital familiar. Este acompanhamento inclui tanto os desafios normativos (que surgem naturalmente ao longo da vida) como as transições inesperadas relacionadas à saúde e à doença, sempre com foco nos fatores de stress e nos recursos disponíveis da família (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

São os enfermeiros que estão na posição ideal para assumir um papel de destaque na promoção da saúde contribuindo para que as pessoas de todas as idades se mantenham saudáveis (Cardoso et al, 2022).

No âmbito da 9ª edição do Mestrado em associação em Enfermagem, faz parte do programa curricular a realização de um estágio de natureza profissional, com elaboração de relatório. Este estágio incide na intervenção do ESF na promoção do envelhecimento saudável, nas famílias de meia-idade de modo a capacitar para o autocuidado e promover a adesão de estilos de vida saudáveis.

Este relatório tem como finalidade descrever as aprendizagens que decorreram durante o estágio, onde se colocou em prática os conhecimentos que foram adquiridos no período teórico do curso de Mestrado, além de descrever como se desenvolveu o projeto na USF, com o objetivo geral de integrar competências especializadas no domínio da Enfermagem de Saúde

Familiar, através da aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto da transição para o envelhecimento, visando potenciar a autonomia e a capacitação para o autocuidado ao longo deste processo, nas famílias de meia-idade.

Os objetivos específicos incluem o identificar intervenções e diagnósticos com a aplicação do Modelo Calgary nas famílias em transição para o envelhecimento, sendo que esta é uma transição normativa; desenvolver em colaboração com as famílias, planos de cuidados personalizados e contribuir para a promoção do envelhecimento saudável nas famílias de meia-idade.

Ao aplicar o Modelo Calgary de Avaliação Familiar, espera-se identificar as principais questões e desafios enfrentados pelas famílias durante esta fase de transição e com base nesses dados, serão elaborados planos de cuidados individualizados, adaptados às necessidades específicas de cada família. Além disso, o projeto pretende promover práticas de autocuidado, no que diz respeito ao envelhecimento, de modo a facilitar a adaptação das famílias de meia-idade, ajudando-as a desenvolver capacidades para adotar estilos de vida saudáveis. Por fim, procura-se implementar intervenções que fortaleçam a resiliência familiar, para que as famílias consigam lidar com os desafios e mudanças naturais do ciclo de vida, de forma eficaz e saudável.

O presente relatório está estruturado de forma a descrever e analisar as atividades desenvolvidas no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, integrando a caracterização do contexto clínico, a identificação das necessidades das famílias e as intervenções implementadas. São apresentados os fundamentos teóricos que orientaram a prática, bem como os métodos utilizados na avaliação e planeamento dos cuidados. Por fim, refletem-se os resultados obtidos e os contributos para o desenvolvimento de competências profissionais, destacando o impacto das intervenções na promoção da saúde e bem-estar familiar.

A sua formatação teve como base o documento das normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus de Évora, de 2023 e a Norma - *American Psychological Association* [APA] da 7.ª Edição.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Considerando a temática, o enquadramento teórico aborda o conceito de família e o ciclo de vida familiar, o processo de envelhecimento, o Modelo de Calgary para avaliação e intervenção familiar, bem como o papel da enfermagem de saúde familiar na promoção da autonomia das famílias.

1. FAMÍLIA

As definições do conceito de família têm sido adaptadas à realidade ao longo do tempo. Tradicionalmente, a família era definida em função de conceitos de relacionamento, quer fossem laços de sangue ou casamento. Esta foi sendo ampliada, definindo-se como “dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para apoio emocional, físico e/ou financeiro” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.581).

Relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar, estes definem família como “Grupo de indivíduos que estão ligados entre si por fortes laços afetivos apresentam um forte sentimento de pertença” (OE, 2017, p.10). Segundo o *International Council of Nurses* [ICN] (2019), a família é uma “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”. Por sua vez, Feldner et al. (2018) acrescenta que se deve considerar a existência de relação entre os sujeitos que a compõem, tendo em atenção as suas ligações afetivas e o meio em que estão inseridos.

2. FAMÍLIA E TRANSIÇÕES

As transições familiares fazem parte da prática de enfermagem, pois despertam o enfermeiro para a possibilidade de situações que se podem vir a desenvolver e que podem vir a desequilibrar o funcionamento da família. Uma transição, mesmo que normativa como o envelhecimento pode acarretar mudanças na dinâmica familiar e daí a necessidade de se capacitar a família para melhor enfrentarem as transições (Augusto, 2023).

Para Meleis, as transições são períodos de mudança, que acarretam comportamentos de adaptação e aprendizagem, existindo fatores que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável, como a existência ou não de suporte social, o estar ou não preparado e o conhecimento acerca da situação. São os enfermeiros que passam grande parte da sua prática clínica a cuidar de pessoas que vão passando por transições ao longo da sua vida que podem alterar a sua saúde (Meleis, 2010). Por isso o foco está em como podem os enfermeiros através dos seus

conhecimentos, competências e estratégias, capacitar as famílias para que se consigam adaptar e gerir as transições de forma mais eficaz (Meleis, 2010).

3. FAMÍLIAS NA MEIA-IDADE

A meia-idade, é definida pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/ MeSH, 2026), como “um adulto com idade entre os 45 e 64 anos”.

As intervenções nas pessoas/ famílias de meia-idade são muito importantes, pois é nesta fase do ciclo de vida, que são tomadas decisões importantes que irão ter o seu impacto a longo prazo. É nesta fase que surge a oportunidade de investir na prevenção da doença e na promoção da saúde, de modo a promover um envelhecimento saudável (Santos et. al, 2025).

De acordo com a preocupação na promoção do envelhecimento saudável, como já foi anteriormente referido, temos os padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária, que referem que é o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar que desempenha um papel fundamental no acompanhamento de famílias, reconhecendo-as como unidades únicas de cuidado e atuando em todas as fases do ciclo vital familiar (OE, 2017).

Este acompanhamento inclui tanto os desafios normativos (que surgem naturalmente ao longo da vida) como as transições inesperadas relacionadas à saúde e à doença, sempre com foco nos fatores de stress e nos recursos disponíveis da família. Deve ser promovida, não só a saúde, através da identificação da situação de saúde da família e os recursos disponíveis, mas também os estilos de vida saudáveis, com a implementação de um plano de cuidados e o investimento na capacitação da família, promovendo dinâmicas participativas e educativas (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária [MCEEC], 2023).

Considerando o princípio de que a família é um sistema interligado, os objetivos incluem a prestação de cuidados individualizados e familiares, que proporcionam intervenções específicas para cada membro da família, bem como para o núcleo familiar como um todo, em qualquer fase do ciclo de vida, desde a infância até à terceira idade. Estes cuidados têm a ver com a promoção da saúde, incentivando hábitos saudáveis e prevenindo problemas de saúde antes que ocorram. Prevenção precoce de doenças ou problemas, de modo a mitigar os impactos e ajudar a família a enfrentar situações de doença, com os recursos que possuem, valorizando as forças e capacidades da família (OE, 2017).

4. FAMÍLIAS E ENVELHECIMENTO

Como já foi referido cada vez mais se tem verificado o aumento da população idosa, o que também se vai manifestar na maneira como as famílias se organizam, pois com o envelhecimento podem surgir alterações que conduzem ao aparecimento de doenças e pode condicionar o acesso aos cuidados de saúde. Verifica-se que pessoas com mais conhecimentos, têm tendência a adotar comportamentos de prevenção e estilos de vida mais saudáveis, o que quer dizer que cada vez mais se deve investir na literacia (Martins & Ribeiro, 2023)

O envelhecimento é um processo normativo, que deve ser vivido de forma saudável, pelo que deve ser promovido com intervenções que a isso conduzam. Mas, de forma a promover o envelhecimento saudável é necessário que este seja compreendido pelos enfermeiros de modo a implementarem as intervenções mais adequadas, como a promoção da autonomia, independência, autocuidado e desse modo contribuir para a qualidade de vida. O Modelo de Promoção do Envelhecimento Saudável de Nola Pender é utilizado por enfermeiros, de modo a promover comportamentos saudáveis e desta forma envelhecer com qualidade de vida, tal como preconizado pela OMS (Cardoso et al, 2022).

É na família que se constrói a identidade de cada um, através das suas vivências pessoais e das interações sociais, por isso é importante conhecer a família de modo a entender o processo de envelhecimento e os seus efeitos e assim promover a capacitação de cada um para um envelhecimento saudável (Cardoso et al, 2022).

5. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

A família é compreendida, como uma unidade dinâmica e em constante transformação, sujeita a transições normativas que resultam dos seus processos de desenvolvimento ao longo do ciclo vital. Estas transições normativas referem-se a mudanças previsíveis e esperadas, associadas às diferentes etapas da vida, que afetam a estrutura e o funcionamento da família. Uma dessas transições inclui envelhecimento e a necessidade de adaptação às limitações físicas ou emocionais de membros mais velhos da família (OE, 2017)

Segundo a OMS, o envelhecimento saudável consiste no desenvolvimento e manutenção de capacidades funcionais que promovem o bem-estar dos idosos, permitindo-lhes satisfazer necessidades básicas, tomar decisões, manter-se ativos, construir relações sociais e continuar a contribuir para a sociedade (WHO, 2023).

Dois fatores fundamentais para alcançar este objetivo são a atividade física regular e a alimentação saudável.

A atividade física regular é essencial para melhorar a função física, cognitiva, saúde mental e bem-estar geral, como se pode verificar na figura 1. Apesar disso, os idosos enfrentam barreiras significativas, o que os torna vulneráveis à inatividade física. Evidências sugerem que a sua prática regular está associada à redução dos efeitos do declínio cognitivo e do risco de demência e doença de Alzheimer. Também proporciona um efeito positivo no envelhecimento cerebral e funciona como um fator protetor contra sintomas depressivos (WHO, 2023).

Figura 1.
Benefícios do exercício físico

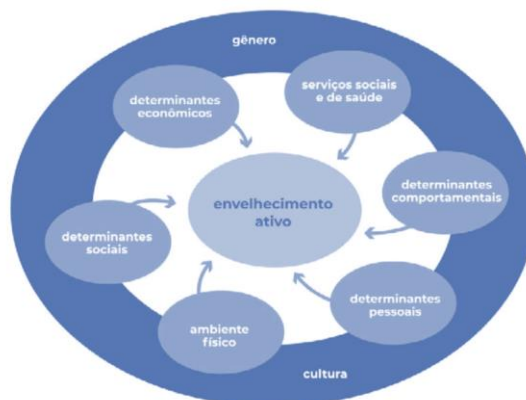


Fonte: Direção Geral da Saúde [DGS], 2023

Em relação à alimentação saudável, é importante para prevenir, reduzir ou tratar doenças relacionadas à idade e doenças não transmissíveis. Como os idosos estão mais expostos ao risco de desnutrição, é importante incentivá-los a adotar hábitos alimentares equilibrados.

Os pilares essenciais para manter a independência, a qualidade de vida e o bem-estar físico e mental na velhice, ajudando os idosos a aproveitar os seus anos suplementares de forma plena e saudável (WHO, 2023), estão representados na figura 2, que apresenta o envelhecimento ativo como um processo central influenciado por vários determinantes inter-relacionados: económicos, sociais, comportamentais, pessoais, ambiente físico e serviços sociais e de saúde. Estes fatores atuam de forma dinâmica ao longo do curso de vida, condicionando a saúde, a autonomia e a qualidade de vida na idade avançada. O modelo evidencia ainda a influência transversal do género e da cultura, que moldam as experiências de envelhecimento. No seu conjunto, a figura reforça uma visão holística e integrada do envelhecimento, fundamental para o planeamento de intervenções em saúde, particularmente no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. É o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, que desenvolve competências sustentadas na prática baseada na evidência, prestando cuidados centrados na família enquanto sistema, com vista à promoção do bem-estar, da coesão familiar e da adaptação a transições complexas (OE, 2023).

Figura 2.
Componentes do envelhecimento saudável



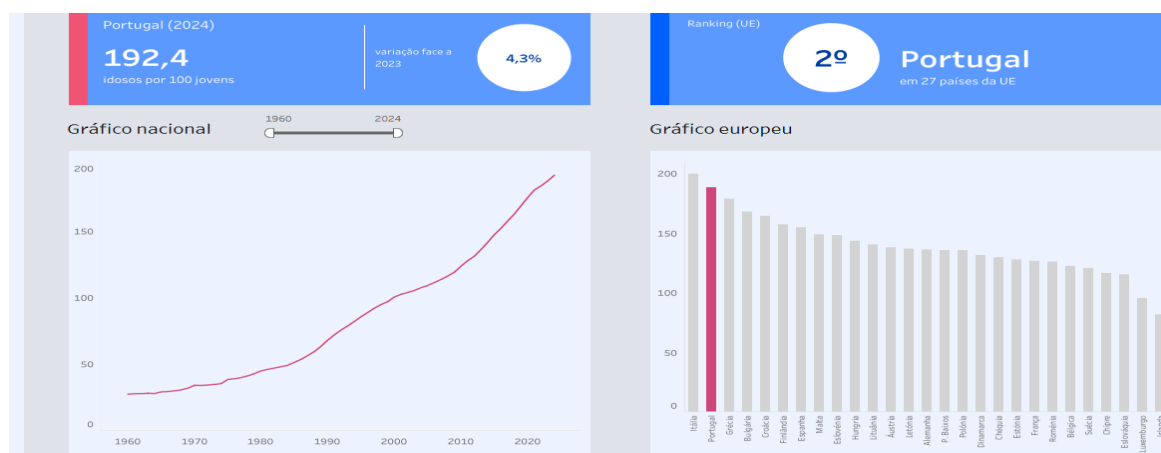
Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Figura-2-Fatores-que-influenciam-no-Envelhecimento-ativo-e-saudavel-adaptado-da-OMS_fig4_346504128

O conceito de envelhecimento saudável pode ser um instrumento eficaz para melhorar e alterar comportamentos não saudáveis e fatores socioambientais, ajudando os idosos a alcançar e manter uma vida saudável, autónoma e independente. Com boa saúde, os idosos podem continuar a ser membros ativos das suas comunidades, produzindo um efeito de continuidade positiva na sociedade (WHO, 2023).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o índice de envelhecimento, consiste na relação entre a população idosa e a população jovem, sendo definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 anos ou mais e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos. O envelhecimento demográfico em Portugal tem vindo a acentuar-se (INE, 2024).

De acordo com estes dados temos as estatísticas da Pordata, na qual Portugal aparece em segundo lugar, a nível europeu, no que diz respeito ao índice de envelhecimento, relativamente ao ano de 2024 (Instituto Nacional de Estatísticas [INE], 2024), como se pode verificar na figura 3.

Figura 3.
Índice de envelhecimento nacional e europeu no ano 2024



Fonte: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento>

A 12 de Janeiro de 2024, na Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, foi aprovado o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026 que “estabelece o compromisso de promover uma cidadania sénior ativa e empenhada, definindo um plano de ação para o envelhecimento populacional, com um leque estruturado de respostas para as transformações que ocorrem nesta fase da vida, garantindo a qualidade de vida e a dignidade na terceira idade” (Presidência do Conselho de Ministros [PCM], 2024).

O processo de envelhecimento ativo e saudável baseia-se numa abordagem abrangente, com intervenção em várias vertentes para garantir a qualidade de vida, autonomia e bem-estar das pessoas idosas. Neste contexto, foram definidos seis pilares essenciais de atuação, que orientam as políticas e estratégias para alcançar esses objetivos:

- I — Saúde e bem-estar;
- II — Autonomia e vida independente;
- III — Desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida;
- IV — Vida laboral saudável ao longo do ciclo de vida;
- V — Rendimentos e economia do envelhecimento;
- VI — Participação na sociedade

Por sua vez o pilar da saúde engloba três subpilares, onde se destacam medidas direcionadas á promoção da saúde, prevenção da doença e deteção precoce de doenças, todas com o objetivo de reduzir a mortalidade precoce e reduzir a carga de doença e a dependência em anos futuros (PCM, 2024).

As medidas que contribuem para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável concentram-se na implementação de comportamentos protetores fundamentais para prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida dos idosos, como por exemplo alimentação e atividade física, como já foi referido. Estas intervenções abordam áreas críticas para a saúde física e

mental, com ênfase em doenças cardiovasculares, doenças mentais e demências, oncológicas e músculo-esqueléticas, que estão entre as principais causas de morbimortalidade e dependência na população idosa (PCM, 2024).

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária, referem que é o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar que desempenha um papel fundamental no acompanhamento de famílias, reconhecendo-as como unidades únicas de cuidado e atuando em todas as fases do ciclo vital familiar, onde se inclui o envelhecimento. Este acompanhamento inclui tanto os desafios normativos (que surgem naturalmente ao longo da vida) como as transições inesperadas relacionadas à saúde e à doença, sempre com foco nos fatores de stress e nos recursos disponíveis da família. Deve ser promovida, não só a saúde, através da identificação da situação de saúde da família e os recursos disponíveis, mas também os estilos de vida saudáveis, com a implementação de um plano de cuidados e o investimento na capacitação da família, promovendo dinâmicas participativas e educativas. Considerando o princípio de que a família é um sistema interligado, os objetivos incluem a prestação de cuidados individualizados e familiares, que proporcionam intervenções específicas para cada membro da família, bem como para o núcleo familiar como um todo, em qualquer fase do ciclo de vida, desde a infância até à terceira idade. Estes cuidados têm a ver com a promoção da saúde, incentivando hábitos saudáveis e prevenindo problemas de saúde antes que ocorram. Prevenção precoce de doenças ou problemas, de modo a mitigar os impactos, ajuda a família a enfrentar situações de doença, com os recursos que possuem, valorizando as forças e capacidades da família (OE, 2017).

Com o estudo, “Efficacy of Health Promotion Interventions Aimed to Improve Health Gains in Middle-Aged Adults—A Systematic Review” (Santos et al.,2023) identificaram se e sintetizaram se intervenções nos adultos de meia-idade, de modo a promover comportamentos saudáveis e assim aumentar a sua qualidade de vida no processo de envelhecimento. Com base no referido estudo, concluiu se que com intervenções promotoras de saúde, tanto ao nível físico, como mental e/ ou social, nas pessoas de meia-idade, estamos a contribuir para que envelheçam com melhor saúde e qualidade de vida, contribuindo para melhorar hábitos e comportamentos, aumentar o conhecimento, reforçar a força física e a condição geral, reduzir o stress e promover o bem-estar (Santos et al.,2023).

São vários os estudos publicados que abordam a necessidade de promover o envelhecimento saudável:

“The role of the primary health care nurse in promoting active aging: scoping review” (Ribeiro, L .et al., 2022), teve como objetivo compreender a importância e o papel dos cuidados

de enfermagem ao nível dos cuidados de saúde primários, na promoção do envelhecimento ativo.

“Healthy aging promotion model referenced in Nola Pender’s theory” (Cardoso RB, et al., 2021), realça o processo de promoção de envelhecimento saudável a partir da análise conceitual proposta por Walker e Avant e da referência ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Este estudo confirma que a intervenção dos profissionais de saúde, relacionada com a educação para comportamentos de vida saudáveis, pode contribuir para a mudança de comportamentos e promover o envelhecimento saudável. Os mesmos estudos demonstram que níveis de literacia mais baixos podem comprometer a qualidade de vida, daí a importância dos enfermeiros na capacitação para a literacia em saúde.

“Professional competences to promote healthy ageing across the lifespan: a scoping review” (Carrillo-Alvarez, E., et al., 2023), realiza uma revisão no âmbito das competências profissionais necessárias para que os profissionais sociais e de saúde promovam adequadamente o envelhecimento saudável ao longo da vida.

Um estudo ainda mais recente de Santos, et al., 2025, Exploring the physical, mental, and social dimensions of middle-aged adults for active and healthy aging: A cross-sectional study (2025), realizado numa população do Baixo Alentejo e na faixa etária dos 55-64 anos (meia-idade), destaca a necessidade de se implementar intervenções de modo a promover o envelhecimento ativo e saudável. Intervenções específicas e adequadas à faixa etária de modo a promover um envelhecimento com qualidade (Santos et al., 2025).

Com estes estudos, comprova-se a importância de promover o envelhecimento saudável, mas com o aumento da esperança média de vida podem surgir situações em que ocorrem alterações corporais levando ao desenvolvimento de doenças crónicas, com necessidade de cumprir um regime terapêutico, mais ou menos complexo, podendo complicar a sua autogestão, tanto à pessoa, como à família (Bastos et al., 2023).

Com o aumento das doenças crónicas, também tem aumentado os custos, tanto para as famílias, como para os países, o que levou à criação de políticas, com o objetivo de controlar os fatores considerados de risco e promover a gestão da doença, o que por vezes tem de acontecer ao mesmo tempo, levando a que este processo se possa tornar complicado. Mudar comportamentos e rotinas, que fazem parte da prática da família, não é fácil, por isso é importante que os enfermeiros, cada vez mais, promovam os cuidados orientados para a pessoa e família e para a sua realidade, em vez de olhar apenas a doença. Assim, é essencial que se

capacite a pessoa e família nesta transição, incluindo-os nos cuidados, formando uma parceria terapêutica, codesenvolvendo a autogestão do regime terapêutico (Bastos et al., 2023).

6. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Abordar o conceito de saúde familiar significa ir para além da saúde individual de cada um dos seus membros. As famílias são consideradas como unidades promotoras de saúde, possuindo o suporte necessário para se auto-organizarem (Martins & Ribeiro, 2023).

A Organização Mundial de Saúde, em 2002, realça o papel do enfermeiro de família, como o profissional que “proporciona, a um número limitado de famílias, apoio familiar e cuidados no domicílio e promotor da saúde, tomando a família como alvo dos cuidados de enfermagem” (Figueiredo et al., 2023, p.50). Reconhece-se, por esta razão, ao enfermeiro especialista em saúde familiar, competências especializadas para cuidar da família como uma unidade de cuidados, que vão sendo diferentes e adequados aos ciclos vitais familiares. Assim, o enfermeiro de família deve desenvolver um plano de cuidados em colaboração com os membros da família, realizando a avaliação dos dados, reconhecendo as situações mais complexas e elaborar intervenções adequadas ao processo em que a família se encontra, de modo a promover e facilitar as mudanças necessárias no funcionamento familiar (Figueiredo et al., 2023).

Através da consulta de enfermagem consegue-se promover a relação terapêutica, que se caracteriza “pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2017).

A enfermagem, deve priorizar intervenções na prevenção de doenças, promoção da saúde e educação para a saúde. Estas ações devem ser planeadas e implementadas com o objetivo de fomentar um envelhecimento ativo, saudável, autónomo e responsável, considerando as necessidades e o contexto das famílias. Assim a comunicação deve ser eficaz, com trabalho em equipa, participação ativa da pessoa, integração da pessoa e da família no projeto terapêutico, com a pessoa sendo a protagonista do seu próprio cuidado (Ribeiro et al., 2022).

Também o autocuidado é um conceito central na prática da enfermagem, sendo definido como um conjunto de ações deliberadas que o indivíduo realiza para manter a sua vida, saúde e bem-estar. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o

autocuidado é definido como a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2019). O enfermeiro tem um papel muito importante “já que o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem” (Santos, Ramos & Fonseca, 2017, p. 52), pois é importante para a promoção da saúde uma vez que aumenta o conhecimento e as habilidades da pessoa.

O autocuidado inclui todos os comportamentos que a pessoa pratica em relação à sua própria saúde e bem-estar, bem como em relação aos seus filhos e familiares com o objetivo de todos se manterem saudáveis tanto física como mentalmente de modo a prevenir situações de doença e acidentes (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021).

Orem foi, sem dúvida, importante na construção deste conceito, tendo descrito o autocuidado como um conjunto de ações que a própria pessoa começa e executa com o objetivo de preservar a vida, promover a saúde e garantir o bem-estar (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021).

Ao integrar a teoria de Orem, o enfermeiro é capaz de conceber e utilizar conhecimentos sobre a pessoa e a forma como ela se relaciona com o mundo, de forma a dar a resposta mais adequada na sua prestação de cuidados de enfermagem, colmatando os défices de autocuidado encontrados na pessoa (Santos, Ramos & Fonseca, 2017, p. 52).

Também a OMS, define autocuidado como a capacidade que os indivíduos, famílias e comunidades têm para promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um profissional de saúde. Reconhece que a pessoa tem um papel ativo na promoção da sua saúde e prevenção e gestão da doença (WHO, 2024).

A autogestão do regime terapêutico, pode incluir-se no autocuidado, uma vez que implica que a pessoa tem de aceitar e gerir a doença crónica. Neste aspeto o papel da família é muito importante, pois também ela tem de por vezes adaptar a sua rotina. Assim, o enfermeiro deve intervir de modo a capacitar, tanto a pessoa como a sua família para a gestão do regime terapêutico. Esta capacitação realiza-se através da relação estabelecida com o enfermeiro, procurando informações corretas, estando atento a alterações que possam ocorrer e modificando comportamentos menos saudáveis. Com estas intervenções consegue-se promover a saúde e prevenir o agravamento da doença crónica. Destaca-se, o papel do enfermeiro de família pela relação de proximidade que desenvolve com as famílias (Bastos et al., 2023).

A Teoria do Alcance de Metas de Imogene King destaca-se por sua ênfase na interação entre enfermeiro e paciente, visando um cuidado contínuo. Essa teoria enfatiza que o sucesso do cuidado de enfermagem depende de uma comunicação eficaz e do estabelecimento de metas

comuns entre o profissional e o utente, promovendo a participação ativa deste no seu processo de saúde. A teoria de King, publicada em 1981, descreve a atuação do enfermeiro mediante a compreensão de que o ser humano deve ser visto em três sistemas interatuantes (o pessoal, o interpessoal e o social), cuja interação enfermeiro-pessoa é fundamental para o estabelecimento e alcance de metas de saúde, propiciando o desenvolvimento de potencialidades no cliente, pessoa e comunidade (Belchior et.al, 2022).

Para complementar temos a Literacia que implica que a pessoa tenha capacidade de saber ler e escrever, bem como capacidade de usar a leitura e a escrita como forma de adquirir conhecimentos, desenvolver as suas próprias potencialidades e participar de forma ativa na sociedade. Também está relacionado com a competência numa determinada área (Literacia, 2025).

Já a Literacia em Saúde, segundo a OMS é um instrumento de promoção de saúde, uma vez que permite a aquisição de um conjunto de competências cognitivas e sociais, assim como a capacidade da pessoa conseguir aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação em saúde, de modo a promover e a manter uma boa saúde (DGS,2023).

O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (PNLSCC), identifica como objetivo “melhorar os níveis de Literacia em Saúde da população, através da ativação de comportamentos e do desenvolvimento de ecossistemas que promovam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida ao longo do ciclo de vida, bem como que assegurem a sustentabilidade do sistema de saúde” (DGS, 2023, p. 6).

Assim, a Literacia em saúde implica que a pessoa tenha conhecimentos, motivação e competência para conseguir perceber, avaliar e aplicar as informações acerca da sua saúde de modo a poder tomar as suas decisões. É uma ferramenta para a capacitação e promoção da saúde ao longo do ciclo vital, a qual pretende aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, capacitar para procurar informação e para assumir as responsabilidades sobre os seus comportamentos de saúde, tanto no que diz respeito a prevenir a doença como a promover a saúde. Portanto, a Literacia em Saúde, faz com que se vá adquirindo autonomia e conhecimentos para o autocuidado (Galvão & Batista, 2022).

Mas, para que esta literacia em saúde possa ser promovida tem de existir uma boa comunicação entre o enfermeiro e a pessoa/ família, conseguida através da empatia e da existência de conhecimento e de competências. Ao ter uma comunicação clara e eficaz, promove-se a inclusão da pessoa/ família no seu plano de cuidados, facilitando posteriormente, a sua continuidade. Está demonstrado que a existência de uma comunicação traduz-se em bons resultados de saúde. O enfermeiro ao ter uma comunicação clara, assertiva e positiva, promove

a capacitação do utente para a tomada de decisão informada em relação á sua saúde (Esteves, 2023).

É através da comunicação que se podem conseguir bons resultados em saúde, tanto ao nível da literacia em saúde, como da promoção do bem-estar (Belim & Nunes, 2023).

A comunicação em saúde pode ser compreendida “como o estudo e o uso de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões individuais e comunitárias que melhoram a saúde (The Community Guide, s.d., para. 1, citado por Belim & Nunes, 2023, p. 219).

Pode se assim, entender a comunicação em saúde como uma área abrangente pois inclui várias áreas, com o objetivo de mobilizar conhecimentos sobre comunicação, teorias e abordagens criativas para influenciar comportamentos, políticas e práticas que promovam a saúde e o bem-estar de indivíduos e comunidades. Trata-se de uma área que utiliza estratégias de comunicação baseadas em evidências para melhorar a saúde pública e a qualidade de vida das pessoas (Belim & Nunes, 2023).

A comunicação em saúde envolve técnicas e abordagens que os profissionais de saúde utilizam para informar, educar e incentivar as pessoas, de modo a adotarem comportamentos saudáveis, prevenindo doenças. Já a literacia em saúde refere se às habilidades que as pessoas precisam adquirir, entender e aplicar, no que diz respeito ás informações sobre saúde, ajudando-as a tomar decisões informadas, como adotar hábitos de vida saudáveis. Em resumo, enquanto a comunicação em saúde tem como objetivo transmitir informações, a literacia em saúde capacita as pessoas a usá-las de maneira eficaz. Assim, a comunicação em saúde pode contribuir para aumentar a literacia em saúde, o que por sua vez pode contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença (Belim & Nunes, 2023). Coloca-se assim, o foco no aspeto mais importante, que é a pessoa que tem como objetivo o seu envelhecimento saudável (Belim & Nunes, 2023).

6.1. Cuidados de enfermagem à família

Várias são as definições de família, como já foi referido, sendo que a mais importante é aquela que a pessoa identifica como tal, considerando o núcleo por ela identificado, independentemente, dos laços afetivos, biológicos e ou legais (Grau, 2023).

No contexto atual, a família continua a ser um suporte insubstituível de apoio social e ao trabalhar com famílias é importante ter em conta, que é ela a fonte de crenças e comportamentos relacionados com a saúde e com a doença. Assim como, os problemas que enfrentam nas suas transições ao longo do ciclo vital, podem ser potenciadores de situações de

doença e podem verificar se situações em que os comportamentos se repetem, por uma questão de resistência à mudança e por ser considerado um padrão familiar. De salientar que a família é um suporte fundamental, no que se refere a passar por situações de perda ou doença (Grau, 2023).

Relembra-se que é o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar que tem competência de assegurar o acompanhamento especializado à família e a cada um dos seus membros em todos os níveis de prevenção ao longo do ciclo vital (OE, 2018).

Segundo a Teoria do Modelo de Forças (SBC), o cuidado em enfermagem tem o seu foco na pessoa ou família, incentivando estratégias para assumir a promoção da própria saúde por meio de capacitação e *empowerment*. Ao capacitar a pessoa/ família, o enfermeiro permite que esta consiga optar como vai resolver de forma mais adequada, a situação em que se encontra. Valoriza-se a pessoa/ família. Enfermeiro e família, ficam em posição de equidade para elaborarem o plano de cuidados, de acordo com as necessidades encontradas. Com este envolvimento, a família/ pessoa, ao sentir-se encorajada e valorizada, acredita que tem as forças necessárias para resolver o seu problema (Encarnação, 2021).

Com a teoria do desenvolvimento, confirma-se que o foco do enfermeiro é a família ao longo do ciclo de vida. É uma interpretação do sistema familiar ao longo do tempo, podendo prever-se as suas transições familiares. Os estádios da família têm como base a idade do filho mais velho e são identificadas tarefas da família que vão sendo cumpridas em cada estágio de desenvolvimento. Podem ocorrer desequilíbrios entre os períodos de transição de um estágio para o outro. Assim a teoria do desenvolvimento explica e prevê como as mudanças podem ocorrer, ao longo do ciclo da família, o que permite que o enfermeiro consiga antecipar os potenciais problemas que a família pode enfrentar e identificar as forças da família. O enfermeiro pode assim ajudar as famílias a compreender os estádios de crescimento e desenvolvimento e ajudar a lidar com os períodos normais de transição. Os enfermeiros de saúde familiar, devem admitir que em cada família existem tarefas que são individuais e outras de âmbito familiar que necessitam de ser realizadas, ao longo do ciclo de vida, em cada estágio. Através desta abordagem, consegue-se prever o que a família vai experimentar em qualquer fase do ciclo de vida (Kaakinen & Birenbaum, 2011).

A experiência de uma transição tem o seu início quando um evento ou mudança é antecipado. As pessoas enfrentam, ao longo do seu ciclo vital, inúmeras mudanças que originam experiências de transição e os enfermeiros conseguem abordá-las a partir da identificação dos potenciais problemas que podem surgir quando não se encontram devidamente preparadas para

lidar com essas experiências (como a inadequação no desempenho de papéis), planejando e implementando intervenções de natureza preventiva e terapêutica (Meleis, 2009).

A resiliência familiar, surge assim “como a capacidade que a família tem de responder positivamente a uma situação adversa, emergindo mais forte” (Augusto, 2023, p.339) e são os enfermeiros de saúde familiar que podem potencializar a saúde ao capacitar para utilizar os meios que lhe possibilitem resolver a adversidade em que se encontram, de modo a promover a sua adaptação a esta transição (Augusto, 2023).

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) surgiu para atender à necessidade de estudar os sistemas familiares, dividindo-as nas seguintes dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2023). Este modelo fornece orientações que auxiliam na definição de estratégias específicas de cuidado, concebidas entre o enfermeiro e a família. A escolha da intervenção mais adequada é guiada pela identificação do domínio funcional predominante que necessita de ajustes, facilitando a introdução de mudanças significativas e alinhadas às necessidades do núcleo familiar (Santos, 2023).

O Enfermeiro de saúde familiar ao acompanhar a família ao longo do seu ciclo vital, consegue com as suas competências, já anteriormente, enunciadas e com a aplicação do MCAIF, avaliar a composição familiar, identificar todos os membros, as suas idades e papéis. Identificar sistemas de apoio, possíveis fatores protetores, mas também fatores de risco. Consegue avaliar a situação socioeconómica, o acesso à educação e a sua relação com ambiente cultural e com a religião. Também avalia como a família lida com as mudanças nas dinâmicas familiares. (Santos, 2023).

Para a realização de um processo de cuidados de enfermagem, primeiramente, é essencial que sejam recolhidos e, posteriormente, analisados de forma pormenorizada os dados obtidos, com o intuito de identificar as necessidades de cada família. De seguida, aquando do desenvolvimento do plano de cuidados, devem ser identificados os diagnósticos e os respetivos objetivos e planeadas as intervenções de enfermagem, sendo fundamental a reavaliação, com vista a avaliar os resultados alcançados (Figueiredo & Fonseca, 2023).

Importa salientar que o plano de cuidados deve ser elaborado em conjunto com os membros da família em estudo, sendo, para isso, fundamental a criação de uma relação terapêutica e relevante entre estes e o enfermeiro. Os cuidados de enfermagem visam potencializar as forças familiares, de maneira que a família seja capaz de dar respostas às necessidades que forem surgindo e às particularidades de cada fase do ciclo vital (Figueiredo & Fonseca, 2023).

Com o objetivo de desenvolver as minhas competências e simultaneamente, consolidar conhecimentos, realizei no dia 29/05/2025, no âmbito do VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar (Anexo II), um Workshop: Conversas com a família: o foco no comportamento do enfermeiro, com a palestrante Luísa Santos- Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny- cujo objetivo foi desenvolver competências para melhorar a interação com as famílias, com o foco em comportamentos do enfermeiro. Foi realçada a abordagem sistémica do cuidado à família e o facto de os comportamentos gerarem mudanças, tanto no enfermeiro, como nas famílias.

O enfermeiro afeta a interação através das suas habilidades comunicacionais, que implicam o estar presente e disponível, dando significado às intervenções, através de uma relação empática, dando crédito a mudanças positivas e ao definir intervenções.

A conversa deve ser terapêutica, utilizando os genogramas e ecomapas da família, elogiando as forças tanto da pessoa como da família. Com a intervenção, devem se co elaborar planos personalizados para cada situação, que permitam a capacidade de resolução do problema. Tendo sempre em consideração que a saúde da família é um processo dinâmico.

II – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área da Saúde Familiar, foi realizado um estágio, com o objetivo de adquirir competências na área de especialização em enfermagem de saúde familiar. Este estágio de natureza profissional, foi realizado numa USF, integrada na ULSA e decorreu entre 15/09/2025 e 30/01/2026.

No regulamento n.º 428/2018, a Ordem dos Enfermeiros reconhece a necessidade de especificar as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, tendo em conta a especificidade e o contexto de intervenção de cada um. Isto prende-se com o facto de cada vez mais ser o enfermeiro de família quem garante o acesso e a prestação aos cuidados de saúde, nos cuidados de saúde primários (OE, 2018)

Assim temos as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, que “cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis da prevenção” e que “lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018). Com estas competências o enfermeiro de família, cuida da família como um todo ao mesmo tempo que cuida de cada um dos seus membros de forma individual, promovendo a sua capacitação ao longo do seu ciclo de vida. Para tal mobiliza os recursos necessários de modo a prestar os cuidados à família.

Por essa razão se justifica a necessidade de o enfermeiro de saúde familiar conhecer a população, os contextos e os recursos que existem na comunidade onde desempenha funções.

Também os Descritores de Dublin de 2º ciclo (Decreto-lei 74/2006) que se encontram organizados em cinco tipos de competências: conhecimento e compreensão; aplicação do conhecimento e compreensão; capacidade de formular juízos; competências de comunicação e capacidades de aprendizagem, comprovam que são estas as competências a adquirir/desenvolver, para a atribuição do grau de mestre, pelo que serão referidos neste relatório, sempre relacionando com a atividade desenvolvida no contexto do ensino clínico (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

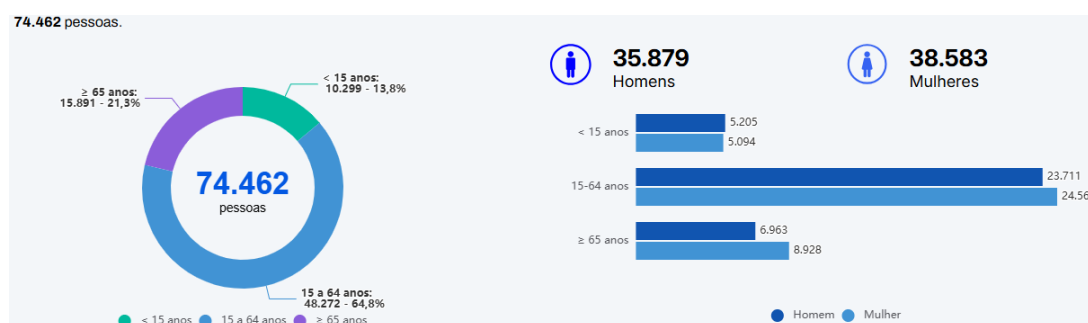
1. ENVELHECIMENTO NO MUNICÍPIO DA USF

No final de 2024, a população residente no município totalizava 74.462 indivíduos, evidenciando a sua relevância no contexto demográfico da Área Metropolitana de Lisboa.

A análise da população por grupos etários demonstra que o escalão dos 15 aos 64 anos é o mais representativo, concentrando 48.272 residentes, o que corresponde a 64,8% da população total. Este dado evidencia um peso significativo da população em idade ativa, com implicações diretas na dinâmica económica, no mercado de trabalho e na sustentabilidade dos sistemas locais de proteção social.

A população jovem, com menos de 15 anos, perfaz 10.299 indivíduos, representando 13,8% do total, enquanto a população com 65 ou mais anos totaliza 15.891 residentes, correspondendo a 21,3%. Estes valores indicam um processo de envelhecimento demográfico progressivo, caracterizado por uma base jovem relativamente reduzida e por um crescimento expressivo dos grupos etários mais envelhecidos.

Figura 4.
Distribuição da população residente no município, em 2024



Fonte: <https://retrato.pordata.pt/populacao>

Como se pode verificar na figura 4, o município apresenta uma estrutura sociodemográfica marcada pela predominância da população em idade ativa, coexistindo com um envelhecimento demográfico significativo. Este enquadramento coloca desafios importantes ao nível do planeamento territorial, da organização dos serviços de saúde e ação social, bem como da definição de políticas públicas orientadas para a promoção da coesão social, do envelhecimento ativo e da fixação de população jovem.

Ao observarmos a figura 5, verificamos os indicadores demográficos do concelho, onde se constata um aumento do Índice de Envelhecimento e uma diminuição do Índice de Sustentabilidade Potencial, o que reflete uma tendência de envelhecimento progressivo da população e uma redução relativa da população em idade ativa.

Figura 5.
Índice de envelhecimento no município



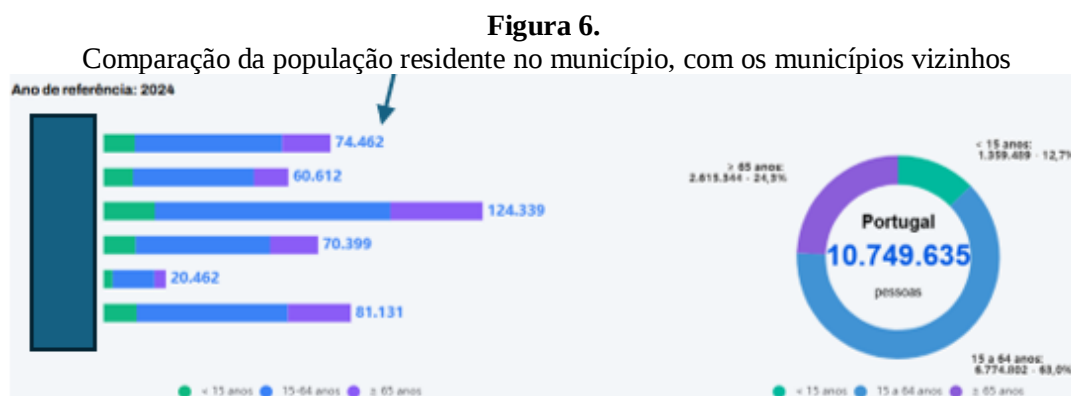
Fonte: <https://retratos.pordata.pt/população>

Esta realidade vem confirmar que o Plano Nacional de Saúde (PNS) ao assumir como princípios orientadores a promoção da saúde, a prevenção da doença, a redução das desigualdades em saúde e a abordagem ao longo do curso de vida, valoriza a capacitação das pessoas, famílias e comunidades para a gestão da sua saúde. A promoção do envelhecimento saudável na meia-idade constitui uma prioridade estratégica, uma vez que permite intervir precocemente sobre determinantes modificáveis da saúde, como os estilos de vida, a literacia em saúde, a adesão à vigilância clínica e a gestão do risco cardiovascular e metabólico (DGS,2021).

De acordo com o PNS, o Plano Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável preconiza uma abordagem integrada ao envelhecimento, valorizando a promoção da autonomia, a participação social e a qualidade de vida, defendendo que o envelhecimento saudável deve ser construído ao longo de todo o ciclo vital e não apenas na idade avançada. Neste sentido, as famílias de meia-idade assumem particular relevância enquanto contexto privilegiado para a adoção e consolidação de comportamentos promotores de saúde, bem como para a preparação individual e familiar para as transições associadas ao envelhecimento (PCM, 2024).

Na fig. 6, constata se, que também é um dos municípios com mais população na faixa etária da meia-idade, novamente de acordo com o que se passa a nível nacional. No concelho, registam-se 74.462 habitantes, verificando-se uma predominância da população em idade ativa (15–64 anos), acompanhada por uma expressão significativa da população com 65 ou mais anos. Esta distribuição etária reflete um processo de envelhecimento demográfico progressivo, semelhante ao observado nos restantes concelhos analisados. Apesar das diferenças em valores absolutos, observa-se um padrão comum de distribuição etária, caracterizado pela redução relativa da população jovem e pelo aumento do peso da população idosa. Como se pode verificar ao comparar os gráficos, a nível nacional, Portugal apresenta uma população total de

10.749.635 pessoas, das quais 63,0% pertencem ao grupo etário dos 15 aos 64 anos, 24,3% têm 65 ou mais anos e apenas 12,7% se encontram no grupo etário dos menores de 15 anos. Esta distribuição confirma uma estrutura demográfica envelhecida, com uma base jovem estreita e um contingente idoso expressivo, evidenciando uma transição demográfica avançada.



Esta caracterização sociodemográfica é importante para a Enfermagem de Saúde Familiar, na medida em que a elevada proporção de população em idade ativa, correspondente maioritariamente a famílias em fase de meia-idade, o que constitui um grupo prioritário para intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença (Santos et al., 2023). A intervenção precoce junto destas famílias permite atuar sobre determinantes de saúde modificáveis e preparar a transição para um envelhecimento saudável, contribuindo para a manutenção da autonomia funcional, a redução da dependência futura e a sustentabilidade dos cuidados de saúde, em consonância com as orientações do Plano Nacional de Saúde e da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (PCM, 2024).

O município encontra-se sensibilizado e alinhado de acordo com o plano para o envelhecimento saudável, uma vez que assinala o Dia Internacional das Pessoas Idosas (1 outubro), com o programa “Outubro MAIOR”, onde comemora o Envelhecimento enquanto questão que diz respeito a todas as idades e um dos maiores desafios das sociedades atuais, que visa acrescentar qualidade de vida aos anos conquistados.

No ano de 2025, evidenciaram o papel central da participação cidadã ao longo da vida, no fortalecimento do bem-estar, autonomia e garantia de direitos. Decorreram Exposições, Música, Dança, Exercício e Performance Intergeracional e que integraram, entre outras atividades, a programação descentralizada pelo território, durante todo o mês de outubro.

O “Outubro MAIOR” realça as pessoas adultas de mais idade, “valorizando o legado de conhecimentos, experiências e vivências, bem como, o abraçar de novos projetos, de acordo com as suas necessidades e aspirações, fundamentais para a reconstrução de sentidos e vínculos

desta faixa etária, com a comunidade. O programa valoriza, ainda, o desenvolvimento harmonioso dos territórios” (CMP, 2025).

“O “Outubro MAIOR” está alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas n.º 3 – Saúde de Qualidade e n.º4 – Educação de Qualidade, os princípios da Carta das Cidades Educadoras, a Estratégia Municipal para o Envelhecimento Ativo, Saudável e a Relação Intergeracional: Palmela MAIOR, o Projeto Educativo Local e a temática do Dia Internacional das Pessoas Idosas – As Pessoas Idosas impulsionam Ações Locais e Globais: As Nossas Aspirações, o Nosso Bem-Estar e os Nossos Direitos”(CMP, 2025).

Também alinhado com a promoção do exercício físico, promoção da saúde e a qualidade de vida, desde 1996 que desenvolveram o programa o “+60”, que proporcionou a várias centenas de munícipes aulas regulares de Atividades Aquáticas, Gímnicas e Dança adaptadas à idade e à condição física dos seus participantes.

Com a experiência adquirida ao longo dos anos com este trabalho ficou demonstrado claramente a relevância de manter e desenvolver programas específicos e ajustados às necessidades das pessoas com mais idade. Ao mesmo tempo, os avanços científicos e sociais têm vindo a mostrar como as vivências individuais influenciam o modo como cada pessoa envelhece. Sendo o envelhecimento um processo contínuo, a prática regular de atividade física desde cedo contribui significativamente para uma melhor saúde e bem-estar físico, mental e social.

Por isso, as políticas públicas que promovem estilos de vida saudáveis em todas as fases da vida assumem um papel cada vez mais importante na melhoria da saúde e qualidade de vida da população.

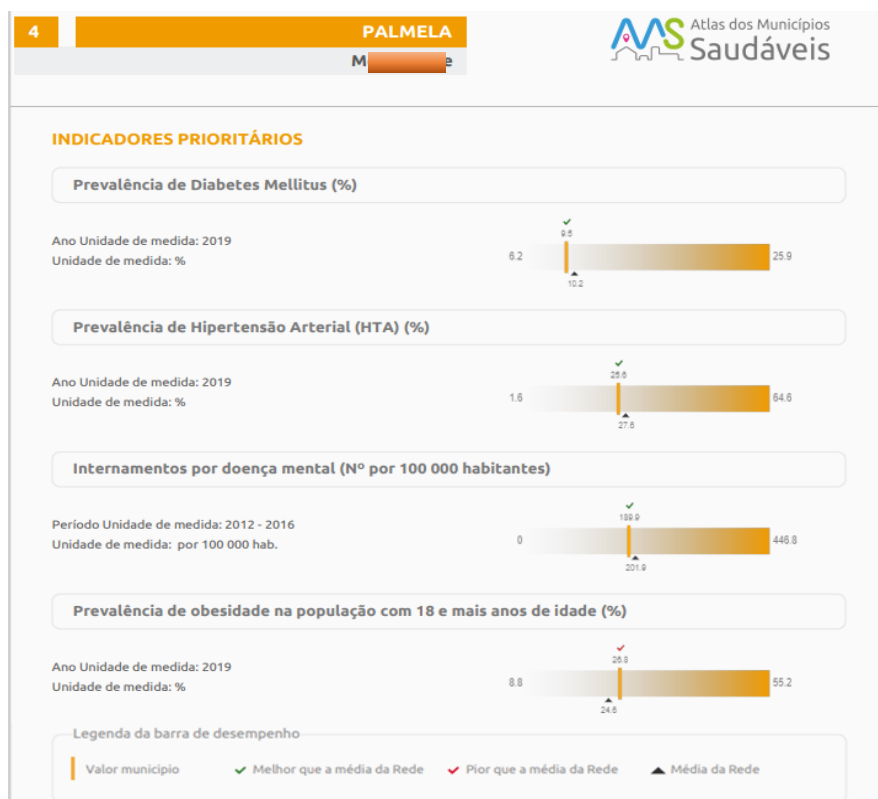
Em setembro de 2012, a Câmara Municipal reformulou o programa “+60” e, lançou o “50+ - Programa de Exercício”. Como o nome sugere, esta iniciativa passou a incluir pessoas com 50 ou mais anos, oferecendo-lhes, a preços acessíveis, aulas de Atividades Aquáticas, Gímnicas e Dança ao longo de todo o ano (de setembro a julho).

O Município continua a assegurar o transporte para as piscinas municipais aos residentes fora das freguesias onde estas existem. Graças ao envolvimento das entidades parceiras, é possível realizar as aulas de Atividades Gímnicas e Dança em várias freguesias do concelho, utilizando os espaços destas instituições.

Um dos objetivos é proporcionar mais e melhores condições de prática de atividade físico-desportiva regular na população pré-idosa (entre 55 e 64 anos de idade), procurando que abranja indivíduos a partir dos 50 anos de idade; (CMP, 2025).

Figura 7.

Relatório dos indicadores prioritários, em relação á morbilidade no município



Fonte: Atlas dos Municípios Saudáveis disponível em: <https://www.atlasmunicipiossaudaveis.pt/>

O indicador mais crítico, é o que diz respeito á obesidade, onde o município apresenta um valor superior à média da Rede, constituindo um ponto menos favorável, uma vez que a obesidade surge como um fator de risco prioritário, com implicações diretas na diabetes, HTA e outras doenças crónicas (WHO, 2025). Ao verificarmos este facto, evidencia se a necessidade de reforço de intervenções comunitárias na promoção de estilos de vida saudáveis.

2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

A USF, é uma unidade de saúde que se encontra integrada na ULSA. Localiza se num edifício, onde também se encontram o polo de saúde pública da área, os serviços da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Também partilha o espaço físico com o Atendimento Complementar do Centro de Saúde aos sábados, domingos e feriados (USF, 2022)

A equipa é constituída por nove equipas de saúde familiar.

A USF onde se desenvolveu o Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Familiar, como já foi referido está integrada na ULSA, que inclui na sua área geográfica os concelhos de Sesimbra, Setúbal e Palmela, pertencentes ao distrito de Setúbal e à Área Metropolitana de Lisboa (AML). O concelho onde se desenvolveu o projeto, é o maior dos municípios com uma área de 465,1km² e uma população de 74.462 habitantes.

A USF, tem uma população de 16,875 de habitantes inscritos que se encontram distribuídos da seguinte forma na pirâmide abaixo identificada:

Figura 8.
Distribuição da população da USF



Fonte: RNU, referente a 2025/09, disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/831/30034/3151371/Pages/default.asp>

A figura 8 apresenta a caracterização demográfica e organizacional da população inscrita na Unidade de Saúde Familiar (USF), incluindo a distribuição por sexo e grupos etários, a tipologia de utentes inscritos, o índice de dependência, a organização em unidades ponderadas e grupos etários de acordo com o Decreto-Lei n.º 298/2007, bem como a identificação de grupos específicos com necessidades particulares de acompanhamento.

Ao analisarmos a pirâmide etária evidencia-se uma maior concentração de utentes nos grupos etários da idade adulta e da meia-idade, verificando-se igualmente um aumento progressivo da população idosa, sobretudo nos escalões etários mais avançados.

Relativamente, ao índice de dependência, este revela um valor global de 58,36%, o que reflete o peso relativo da população dependente (crianças e idosos) face à população em idade ativa. A decomposição deste índice evidencia um contributo significativo da população idosa (38,02%), superior ao da população jovem (20,35%), confirmando a tendência de envelhecimento da população inscrita na USF.

Observando o grupo dos 75 ou mais anos (2.154 utentes), confirma-se a expressão da população idosa na área de influência da USF e a necessidade de cuidados continuados e diferenciados.

Em síntese, ao caracterizar a população inscrita na USF evidencia-se uma estrutura demográfica envelhecida, com um índice de dependência elevado e uma predominância de famílias em fase adulta e de meia-idade, reforçando a relevância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na promoção do envelhecimento saudável, na capacitação das famílias cuidadoras e na gestão integrada das necessidades de saúde ao longo do ciclo vital.

Esta USF, tem como missão, atender em tempo útil, com eficiência e qualidade, a população da sua área geográfica de influência, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade de cuidados. Tendo como valores a conciliação, a cooperação, a solidariedade, a autonomia, a articulação a avaliação e a gestão participativa (BI CSP, 2025).

Tem como principal objetivo a prevenção da doença e a promoção da saúde, “tendo como vetores orientadores a humanização, a responsabilidade, a personalização e o trabalho em equipa” (USF, 2022, p.8).

3. CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Cada lista de utentes tem uma equipa de família, constituída por médico, enfermeira e secretária clínica.

As famílias que colaboraram no projeto, fazem parte de uma lista que ao dia 25/11/2025, é constituída por 1927 utentes, encontrando-se representada na pirâmide seguinte:

Figura 9.

Distribuição dos utentes por faixa etária



Fonte: RNU, referente a 2025/11 - <https://bicsp.min-saude.pt>

Comparando as duas pirâmides (fig. 8 e fig.9), verificamos que são muito semelhantes nas faixas etárias que correspondem à meia-idade (45-64 anos).

Ao analisar a pirâmide de distribuição dos utentes por faixa etária da figura 9, observa-se que existe uma ligeira predominância do sexo feminino, com cerca de 1.010 mulheres em comparação com os 917 homens, o que está associado a maior esperança média de vida, por parte das mulheres (INE, 2025). Na mesma fonte verifica-se também uma configuração regressiva, com uma base estreita e maior concentração nas faixas etárias dos 45 aos 74 anos, o que demonstra uma população em acentuado processo de envelhecimento demográfico. A proporção de idosos (31,78%) supera claramente a de jovens (18,3%), confirmando a inversão da estrutura etária e traduzindo um aumento das necessidades de cuidados de saúde.

O índice de dependência total, próximo de 50%, sugere que existe aproximadamente uma pessoa dependente por cada duas em idade potencialmente ativa, o que acarreta maior exigência para as famílias e para os serviços de saúde. Este facto, reforça a importância da intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar, no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, prevenção da doença, capacitação das famílias e preparação para o envelhecimento saudável, com enfoque na manutenção da funcionalidade e literacia em saúde, o que vem de encontro às competências do enfermeiro ESF, no que diz respeito ao cuidar da família como uma unidade de cuidados, bem como de todos os seus membros, ao longo do ciclo vital, considerando as suas transições, gerindo, articulando e mobilizando recursos adequados á prestação de cuidados (OE, 2018).

III – METODOLOGIA

Para realizar um estudo de investigação de famílias, deve-se adequar o método, consoante o que se pretende descrever ou avaliar (Hanson, 2005).

A metodologia utilizada para o projeto, teve por base o estudo exploratório e descritivo, por ser o que melhor se adapta, uma vez que tinha de se considerar algumas variáveis acerca das famílias. Recorreu-se à metodologia qualitativa, de modo a perceber o conhecimento que as famílias possuem acerca do tema em causa (Hanson, 2005) e realizou-se o estudo de caso de três famílias, considerando-se um estudo de caso de carácter descritivo e exploratório, visto que se analisa um fenómeno específico dentro do contexto familiar. Permite uma observação detalhada da realidade familiar (Fortin, 2003).

1. TIPOLOGIA DO ESTUDO E FUNDAMENTAÇÃO

A finalidade de desenvolver este projeto, foi a de capacitar as famílias de meia-idade para o envelhecimento saudável, por isso assenta numa abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, por se considerar a mais adequada à compreensão da complexidade inerente às dinâmicas familiares (Hanson, 2005). Ao utilizar o método qualitativo consegue-se entender significados, percepções, experiências e interações no seu contexto natural, valorizando a subjetividade e a singularidade das famílias, sendo esta uma abordagem fundamental na Enfermagem de Saúde Familiar. A investigação em enfermagem familiar beneficia de metodologias que permitam compreender a família enquanto sistema dinâmico e interativo (Hanson, 2005).

Com o método descritivo consegue-se caracterizar as famílias, numa fase específica da sua vida, a meia-idade e identificar necessidades, recursos e processos de capacitação face ao envelhecimento saudável. Pretende-se descrever as características da família, tal como se apresentam no seu contexto real, contribuindo para um conhecimento aprofundado da situação em análise, identificando necessidades, níveis de literacia, percepção de bem-estar e estratégias de autocuidado, permitindo delinear intervenções ajustadas às características do contexto. (Hanson, 2005).

Simultaneamente, com o método exploratório, pretende-se aprofundar o conhecimento sobre o tema no contexto específico da prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar. O método exploratório permite identificar dimensões relevantes acerca de acontecimentos da família, promover conhecimentos e desenvolver futuras intervenções ou investigações (Hanson, 2005).

Deste modo, ao utilizar os métodos qualitativo, descritivo e exploratório, promove-se o cuidar das famílias, como unidade de cuidados, implementando intervenções centradas na sua capacitação para o envelhecimento saudável, “desenvolvendo a prática de enfermeiro de família baseada na evidencia científica”(OE, 2018).

Utilizou-se o estudo de caso, pois é o tipo de estudo que permite a investigação das famílias, de modo a poder evidenciar a intervenção do enfermeiro ESF, na promoção do autocuidado para o envelhecimento saudável, nas famílias de meia-idade. Ao abordar um tema atual, como a promoção do envelhecimento saudável e relacionar com as famílias de meia-idade, através do estudo de três famílias, no seu contexto familiar, está-se a tentar compreender a importância de uma intervenção por parte do ESF (Yin, 2018).

O estudo, como já foi referido, decorreu numa USF, localizada na AML, pertencente à ULSA e para determinar a seleção das famílias onde foi realizada avaliação e intervenção familiar, foram selecionados critérios de inclusão que se passam a descrever:

A população incluída no projeto, são famílias, cujos membros se encontram todos inscritos na USF, pertencentes à lista da enfermeira orientadora e que se encontrem com pelo menos um dos membros, na meia-idade, ou seja, entre os 45 e os 64 anos de idade e sem problemas cognitivos. O método de amostragem foi intencional, uma vez que foi realizada pesquisa no processo clínico das famílias, de modo a perceber a existência ou não de fatores de risco que possam colocar em causa, um envelhecimento saudável, por parte dos membros que se encontram nesta faixa etária do ciclo de vida, tais como existência de Diabetes tipo II, HTA ou Obesidade.

2. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados ou avaliação inicial é a primeira fase do estudo, que permite identificar os diagnósticos de forma correta, para que o plano de cuidados seja devidamente ajustado às necessidades da pessoa (Marques et al., 2024).

A recolha de informação, foi inicialmente feita através do Sclenic, com o objetivo inicial de selecionar as famílias e posteriormente para avaliar cada uma em particular em relação à Avaliação da Habitação, Escala de Graffar, Ciclo de Duvall e Tipo de Família. Utilizou-se a entrevista semiestruturada (Apêndice III), no âmbito da consulta de enfermagem, de modo a recolher informações acerca da família e abordar o tema do autocuidado. A entrevista, foi feita com recurso a perguntas abertas de modo a facilitar a comunicação e poder identificar o/os problemas da pessoa/família. É através desta recolha de dados que se consegue identificar os diagnósticos de enfermagem (Sampaio,2024). O facto de não ser totalmente estruturada,

permitiu que as questões não seguissem uma ordem fixa, mas que facilitassem a conversa e assim, explorar o tema que se pretendia. É o tipo de entrevista que se utiliza nos estudos exploratórios, utilizando o método de investigação qualitativa, o que vai de acordo com este estudo (Fortin, 2003). Apesar de parecer uma entrevista extensa, foi aplicada em contexto de consultas de enfermagem, com a finalidade de recolher informações acerca de cada uma das três famílias, tanto ao nível estrutural, desenvolvimento e funcional, de modo a poder identificar diagnósticos e ao mesmo tempo, intervir no âmbito da educação e do suporte emocional, compreendendo as suas mudanças, crenças e atitudes, que caracterizam cada uma (Sequeira, C. et al, 2023).

Através da aplicação dos instrumentos de avaliação familiar, Genograma, Ecomapa, Escala de APGAR Familiar, Psicofigura de Mitchell, Escala de Readaptação de Holmes e Rahe e da avaliação no SCLINIC, das condições da habitação, Escala de Graffar, Ciclo de Duvall e avaliação do Tipo de família, consegue-se realizar a avaliação das famílias e identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Com a representação gráfica do genograma, apresentamos informações acerca do sistema familiar, nomeadamente a sua composição, as suas relações e antecedentes familiares. É temporal, não é estanque (Figueiredo, M. (Coord).2023)

O Ecomapa, demonstra como a família e os seus elementos se relacionam com os sistemas de apoio, tanto a nível familiar como social, evidenciando os apoios que a família possa ter e as pessoas significativas (Figueiredo, M. (Coord).2023).

Com a aplicação da escala de Graffar, permite nos antever consoante as condições da família, situações que possam vir a ser um potencial risco (Figueiredo, M. (Coord).2023).

A Psicofigura de Mitchell, retrata a maneira como cada elemento da família se relaciona com os restantes. Normalmente, encontra se preenchido juntamente, com o genograma e é feito por cada elemento da família, de modo a perceber como é que cada um se interliga com os restantes (Figueiredo, M. (Coord).2023)

Ao avaliar o APGAR Familiar de Smilkstein, permite verificar como cada elemento da família se sente satisfeito ou não, antecipando possíveis situações de risco, devido ao funcionamento familiar (Figueiredo, M. (Coord).2023).

Para avaliar a coesão e adaptabilidade da família, de modo a perceber a capacidade de mudança ou não quando ocorrem situações potenciadoras de stress, temos a escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II) (Figueiredo, M. (Coord).2023).

Foi inicialmente, desenvolvida por Olson, Portner e Bell (1982), traduzida para a língua portuguesa por Daniel Sampaio (1985) e posteriormente validada por Otília Fernandes (1995).

Este instrumento tem como finalidade avaliar duas dimensões fundamentais do funcionamento familiar: a adaptabilidade e a coesão. Através desta escala, é possível caracterizar o funcionamento familiar no que respeita aos níveis de adaptabilidade e coesão. A adaptabilidade diz respeito à capacidade da família para se reorganizar, modificar regras e papéis e ajustar-se às exigências impostas por diferentes situações ao longo do seu ciclo vital. A coesão familiar refere-se ao grau de ligação emocional entre os seus membros, incluindo a capacidade de apoio mútuo, mobilização de recursos familiares e o equilíbrio entre proximidade e autonomia no seio da família.

Através da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, relacionamos eventos de vida com fatores de stress, num espaço temporal de um ano, como potenciadores de doença futura (Figueiredo, 2023).

Com o objetivo de autoavaliar o bem-estar mental e, por conseguinte, a melhor qualidade de vida possível, aplicou-se o Índice de bem-estar da OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998. A pontuação é calculada através da soma dos valores das cinco respostas. Sendo que 0, representa a pior e 25 a melhor qualidade de vida possível. De modo a obter-se valores percentuais, multiplica-se a pontuação obtida por 4. Em percentagens, 0 representa a pior e 100 a melhor qualidade de vida possível (WHO, 2025)

Como já foi referido, anteriormente, a Literacia em Saúde, segundo a OMS é um instrumento de promoção de saúde, uma vez que permite a aquisição de um conjunto de competências cognitivas e sociais, assim como a capacidade da pessoa conseguir aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação em saúde, de modo a promover e a manter uma boa saúde (DGS, 2023), por esse motivo foi aplicado o Questionário Europeu de Literacia em Saúde- HLS-EU-PT-Q16 (Pedro et al, 2023). A escala inclui os três domínios: cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde. Aos itens difícil e muito difícil, atribui-se a valor de 0 e aos itens fácil e muito fácil o valor de 1. O valor obtém-se através do somatório de todos os itens, sendo que um valor superior ou igual a 13, é considerado adequado, entre 9 e 12, considera-se problemático e igual ou inferior a 9, inadequado (Pedro et al., 2023).

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E VIABILIDADE DO ESTUDO

De modo a conseguir implementar e desenvolver o Projeto de investigação: “O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar na Promoção do Autocuidado para o Envelhecimento Saudável nas Famílias de Meia-Idade”, foi necessário elaborar um Protocolo de Submissão de Estudo do Centro de Formação, Investigação e de Epidemiologia Clínica da Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E. (ULSA) onde se solicitou o parecer do

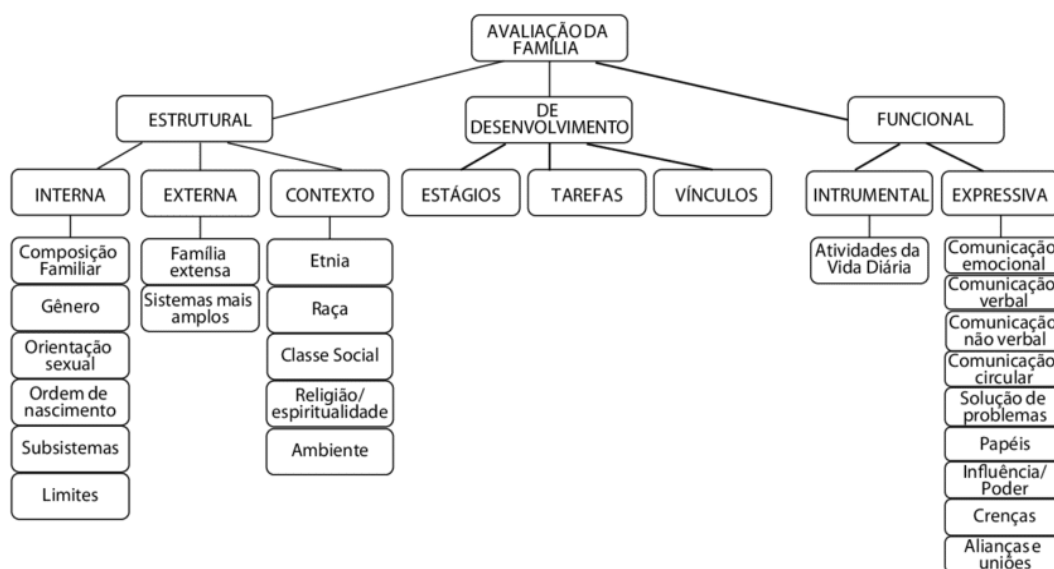
Encarregado de Proteção de Dados (Anexo III), pedido de autorização ao Conselho de Administração (Anexo V), pedido de parecer á Comissão de Ética (Anexo IV) e pedido de autorização ao diretor de serviço da USF (autorização não vai constar para se manter a anonimização da USF). Obteve-se parecer favorável. Todos os dados serão tratados de forma estritamente, confidencial e anonimizada e utilizados apenas para fins acadêmicos e científicos. Apenas a investigadora e a equipa de orientação tiveram acesso à informação original. Os dados foram armazenados no computador pessoal da investigadora, com código de acesso, só do conhecimento da própria. Serão destruídos ao fim de 24 meses. Também todos os documentos que foram utilizados, como as declarações de consentimento informado, livre e esclarecido e preenchimento de formulários de instrumentos e escalas de avaliação, serão também destruídos ao fim de 24 meses. Foi também elaborado e enviado a Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Apêndice II), bem como a informação fornecida aos participantes, acerca da finalidade do estudo (Apêndice I).

De modo a garantir a proteção da anonimização das famílias, foi propositadamente, omitido as profissões de todos. As consultas de enfermagem realizadas com as famílias, foram sempre realizadas, respeitando a disponibilidade de cada um, uma vez que se trata de uma população em idade ativa, no que diz respeito ao trabalho e por isso de modo a evitar qualquer constrangimento de horário laboral, esse aspeto foi sempre considerado.

IV - AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, aplica competências especializadas baseadas na investigação e na prática baseada na evidência para avaliar, diagnosticar, intervir e prestar cuidados centrados na família. Para isso, adota um modelo de enfermagem que considera a família como um sistema, promovendo o seu bem-estar e coesão. Além disso, auxilia a família na mobilização dos seus recursos internos, facilitando a adaptação a transições complexas. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (MCEEC) adota o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) como referência teórica para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem na prática clínica. (MCEEC, 2023). Este modelo, como demonstra a fig. 10, destaca-se pela abordagem sistémica à família, considerando a sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento do sistema familiar (Santos, 2023). É também este o modelo que o Internacional Council of Nurses (ICN) “reconhece como um instrumento orientador e sistematizador das boas práticas de Enfermagem de Saúde Familiar” (MCEEC, p.2, 2023).

Figura 10.
Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar



Fonte: Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo: ROCA; 2012.

No desenvolvimento do presente estudo foi utilizado como referencial teórico o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), sendo pertinente clarificar a distinção entre este e o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF).

O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) constitui um referencial conceptual direccionado para a avaliação da família enquanto unidade de cuidados, organizando-se em três dimensões principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Este modelo orienta a avaliação das famílias, através da recolha e análise de dados, permitindo a identificação das características familiares, das transições do ciclo vital e dos padrões de interação entre os seus membros. Mas, é o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) que integra a avaliação e a intervenção, constituindo um modelo orientado para a prática clínica. Além de incorporar as dimensões avaliativas do MCAF, o MCAIF enfatiza a relação terapêutica e a implementação de intervenções dirigidas à promoção da mudança e à capacitação familiar (Wright & Leahey, 2009).

Através do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, a família é avaliada de uma forma sistémica, como se relaciona e como se relaciona com os outros sistemas (Santos, 2023). O MCAIF surgiu para atender à necessidade de estudar os sistemas familiares, dividindo-as nas seguintes dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2023).

Importa salientar que a avaliação familiar retrata a realidade de uma determinada família num momento específico, não devendo assumir-se os dados recolhidos como incontestáveis e intemporais, uma vez que poderão surgir alterações a qualquer instante. Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde realizem frequentemente a atualização das informações sobre as famílias (Wright & Leahey, 2012). Ainda, este modelo fornece orientações que auxiliam na definição de estratégias específicas de cuidado, concebidas entre o enfermeiro e a família. A escolha da intervenção mais adequada é guiada pela identificação do domínio funcional predominante que necessita de ajustes, facilitando a introdução de mudanças significativas e alinhadas às necessidades do núcleo familiar (Santos, 2023).

1. Avaliação estrutural

No MCAIF a avaliação estrutural familiar é a primeira dimensão apresentada, avaliando a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto.

Para a realização da avaliação da estrutura interna devem ser recolhidos dados com o intuito de conhecer os membros que compõem a família, a ordem em que nasceram, o género e

a orientação sexual de cada um, as ligações entre estes e com os restantes sistemas que a rodeiam e os limites estabelecidos (Wright & Leahey, 2012).

A estrutura externa identifica a família alargada e procura avaliar e analisar as conexões que a família estabelece com esta e com os sistemas mais amplos (Santos, 2023).

O contexto permite identificar a etnia, raça, a classe social, a religião e o ambiente (Santos, M.L., 2023).

Para a realização da avaliação estrutural, foi utilizado o genograma. Este instrumento de avaliação permite a elaboração de um gráfico de fácil leitura, onde se encontra representada a estrutura familiar de, pelo menos, três gerações, bem como os seus antecedentes pessoais, realçando possíveis focos de atenção a considerar com a família em estudo (Figueiredo et al., 2023; McGoldrick et al., 2012; Santos, 2023). Foi também utilizado o ecomapa e a escala de Graffar.

Para esta avaliação de acordo com Wright e Leahey (2012), é fundamental que os profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, realizem avaliações completas das estruturas familiares.

2. Desenvolvimento

Ao avaliarmos o desenvolvimento, identificamos o ciclo de vida em que a família se encontra e para tal, utilizou-se o ciclo de Duvall, do Sclenic. Através do psicofigura de Mitchell, conseguimos identificar os vínculos que existem entre os membros e é também na avaliação do desenvolvimento que conseguimos perceber como a família consegue resolver as tarefas relacionadas com períodos de transição (Santos, 2023).

3. Funcionamento

Avalia como é o funcionamento da família no seu dia a dia, como comunica, como consegue solucionar os seus problemas e quais as suas crenças (Santos, 2023) e para tal, avaliou-se o Apgar Familiar, aplicou-se escala de FACES II e a escala de Holmes e Rahe.

De realçar que ao concluirmos a avaliação da família, é quando se “coelabora com a família um possível diagnóstico e determina com a mesma se a intervenção é ou não necessária”(Santos, 2023, p.379).

Para avaliar as famílias da USF, que se encontram na fase da meia-idade, de modo a promover o autocuidado para o envelhecimento saudável, como já foi referido, foi realizada uma entrevista semiestruturada (Apêndice III), para possibilitar a recolha de dados, referente a

cada família. Agradeço desde já a colaboração e a disponibilidade, demonstrada para participarem no projeto.

Ao aplicar o Modelo Calgary de Avaliação Familiar, identificaram-se as principais questões e desafios enfrentados pelas famílias durante esta fase de transição e com base nesses dados, foram elaborados planos de cuidados individualizados, adaptados às necessidades específicas de cada família. Além disso, promoveram-se práticas de autocuidado, no que diz respeito ao envelhecimento, de modo a facilitar a adaptação das famílias de meia-idade, ajudando-as a desenvolver capacidades para adotar estilos de vida saudáveis. Por fim, procurou-se implementar intervenções que fortaleçam a resiliência familiar, para que as famílias consigam lidar com os desafios e mudanças naturais do ciclo de vida, de forma eficaz e saudável.

4. Descrição das famílias

Para a realização deste estudo, avaliaram-se 3 famílias, com membros que se encontram na meia-idade, ou seja, com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos (DeCS, 2026), todas residentes no município onde se encontra inserida a USF, com todos os membros inscritos na USF e que foram selecionadas de forma intencional. Inicialmente, realizou-se uma pesquisa com a ajuda da enfermeira orientadora do estágio clínico, ao processo clínico das famílias, de modo a perceber a existência ou não de fatores de risco que possam colocar em causa, um envelhecimento saudável, por parte dos membros que se encontram nesta faixa etária do ciclo de vida, tais como existência de Diabetes tipo II, HTA ou Obesidade. A primeira recolha de dados foi realizada através do Sclenic.

Família A

As consultas de enfermagem, no total de três, foram realizadas com a Sra. T, que nesta família fica identificada como o sujeito índice, uma vez que por motivos profissionais o marido e a filha, não conseguem estar presentes, mas solicitou se, de qualquer modo o seu consentimento informado para colaborarem na recolha de dados e no consequente preenchimento dos instrumentos e escalas utilizadas para a avaliação da família A, assim designada de forma a manter o anonimato, requisito essencial para a elaboração deste relatório. Assim, a entrevista foi realizada de modo a colher os dados para avaliar a família, somente com a Sra. T., no entanto não foi possível aplicar os instrumentos de avaliação familiar e as escalas, como estava previsto, devido a não comparência na consulta de seguimento onde os mesmos seriam aplicados. Apesar desse facto, como a avaliação inicial realizada através da entrevista

permitiu a recolha de dados pertinentes e suficientes para a realização de diagnósticos e para a implementação de intervenções de enfermagem, manteve-se a família no projeto.

A família A, é de etnia ibérica, de religião católica, composta pela Sra. T, que fica identificada como o sujeito índice, que tem 57 anos, pelo marido o Sr. J de 63 anos, pelo filho P, com 32 anos que já não se encontra a viver com os pais e pela filha A. de 26 anos. Todos são heterossexuais e cisgêneros. Todos se encontram ativos ao nível laboral. Também faz parte da família, o animal de estimação E.

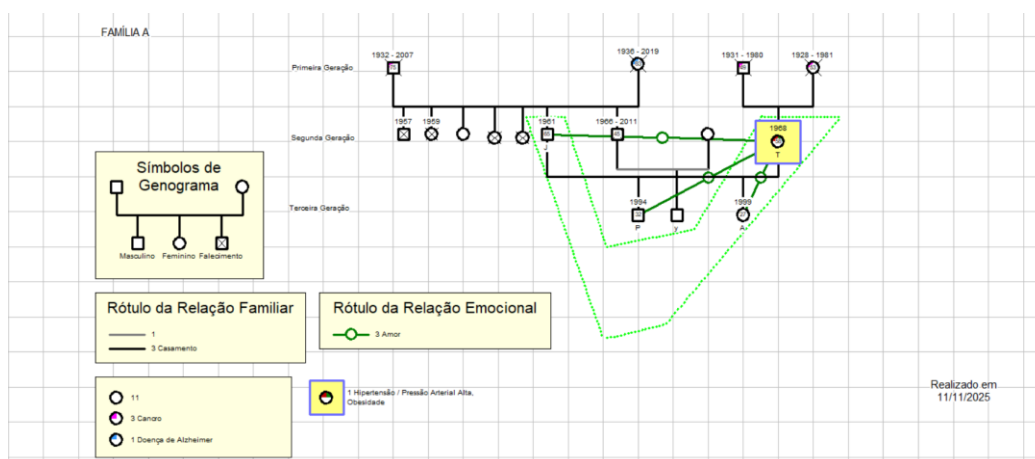
Como antecedentes, a Sra. T tem HTA, medicada e a cumprir medicação e obesidade, não estando a fazer a medicação prescrita pelo seu médico de família, por ter receio da medicação. Ambos os pais faleceram quando era muito nova, com neoplasias. O pai faleceu quando tinha 12 anos, com cancro gástrico e a mãe faleceu quando tinha 13 anos, com cancro de mama.

O marido, tem antecedentes de Gota, estando medicado, a cumprir a medicação e as restrições alimentares que a patologia implica. A mãe já faleceu, tinha antecedentes de demência e o pai, também já faleceu, com cancro no pâncreas.

Ambos os filhos são saudáveis.

Apresenta-se a representação da família, nas suas três gerações, através do genograma, com a psicofigura de Mitchell, onde se pode ver as relações que existem, na perspetiva da Sra. T.

Figura 11.
Genograma e Psicofigura de Mitchell



Fonte: *GenoPro*. Versão 3.1.0.1. Released 2020.

De salientar que o marido da Sra. T, como se pode verificar no genograma, teve dois irmãos e três irmãs que já faleceram de causas não naturais, sendo um de doença e os outros de

acidentes. O genograma também identifica os antecedentes do casal T e J, evidenciando a necessidade de cumprir os rastreios oncológicos.

O agregado familiar é composto pela Sra. T, pelo marido o Sr. J e pela filha de ambos, A. A Sra. T, refere que tem uma saúde “equilibrada”, cumprindo as consultas de rotina e realizando os rastreios adequados á sua idade. Tem uma alimentação equilibrada e pratica hidroginástica, duas vezes por semana, estando também inscrita no ginásio, mas não frequenta muitas vezes. Refere que tem medo de envelhecer, por isso a preocupação para o autocuidado, apesar de não ter o tempo que gostaria de ter. Incentiva o marido e os filhos a terem os mesmos cuidados, tanto a nível da alimentação, como exercício físico. Não se encontra de momento a fazer a medicação prescrita para a obesidade, pelo seu médico de família, por receio devido a informações de outras pessoas, acerca dos efeitos secundários que esta medicação pode provocar.

Perdeu os pais, muito jovem e no início ficou com os tios paternos, mas foi posteriormente, colocada numa instituição para estudar e ficou como aluna interna, só indo passar os fins de semana, a casa deles. Foi perdendo a ligação com eles por se ter sentido abandonada. Quando pensa na morte, fica assustada por deixar de ver os filhos.

Costumam reunir-se todos, celebram as festividades e aniversários e vai várias vezes passar férias com o marido. A comunicação entre o casal é muito boa, existindo algum conflito na comunicação entre o marido e os filhos, mas conseguem resolver os seus problemas entre si.

No que diz respeito á habitação, considera se com muito boas condições, pois vive numa moradia, numa zona considerada, como muito boa e com muito boas condições habitacionais, como se pode verificar na figura 12, não se antevendo que possa vir a ser um problema potencial.

Figura 12.
Avaliação da Habitação

Habituação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer	
Data de registo: 03-11-2025	Tipo de alojamento Alojamento móvel Apartamento Barraca/casebre Desconhecido Hotel/pensão Instituição Moradia Outro Quarto/parte de casa Sem alojamento	Regime de ocupação Arrendada Cedida Desconhecido Outro Própria Tipologia Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 T3 ou mais	Estado geral de conservação Bom Desconhecido Mau Razoável Conforto Bom Desconhecido Mau Razoável Mobiliário e equipamento básico Desconhecido Insuficiente Suficiente	Casa de banho Desconhecida Fora do alojamento Inexistente No alojamento Aquecimento Central Desconhecido Local Nenhum	Higiene Bom Desconhecida Má Razoável Electricidade Desconhecido Não Sim Barreiras arquitectónicas Desconhecido Não Sim	Água Desconhecido Não Sim Origem Desconhecida Particular Rede pública Distribuição Desconhecido Fontenário a + de 100m de casa Fontenário a - de 100m de casa Fora do alojamento No alojamento

Fonte: Sclinico, 2025

Na avaliação da escala de Graffar, como se pode confirmar na figura 13, a família está classificada como média alta, sendo a habitação considerada com muito boas condições.

Figura 13.
Escala de Graffar

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. Electrodomésticos 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 electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social
MÉDIA ALTA

Fonte: Sclinico, 2025

É uma família nuclear, como podemos verificar na figura 14, com filhos e que segundo Relvas, o ciclo em que a família se encontra é a de família com filhos adultos (Silva et al, 2023), uma vez que um dos filhos já saiu de casa e a filha está em fase de preparação para sair (figura 15). Este é um fator de ansiedade para a Sra. T, que ela própria verbaliza, uma vez que tem uma relação muito próxima com a filha.

Figura 14.
Tipo de Família

☐ Unitária - Só 1 elemento
☐ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
☐ Alargada - Avós, pais e filhos
☐ Reconstruída - Nova união após reformulação
☒ Nuclear - Casal com ou sem filhos
☐ Outras

Fonte: Sclinico, 2025

Figura 15.
Ciclo da família Duvall

☐ I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
☐ II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
☐ IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
☐ V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
☒ VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saíem de casa - "launching family")
☐ VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
☐ VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Fonte: Sclinico, 2025

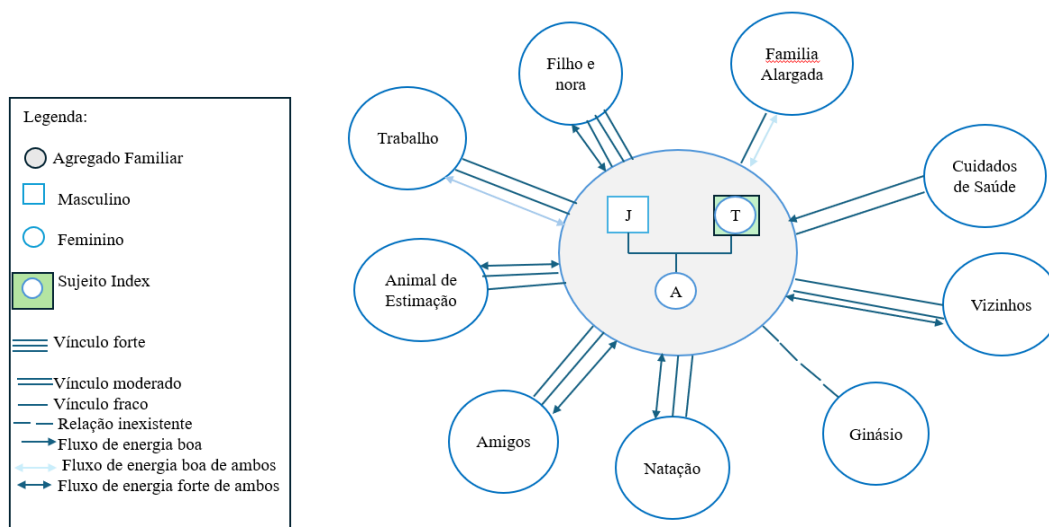
É nesta fase do ciclo vital que o casal deve priorizar a sua relação, tendo em conta a transição em que se encontra, a meia-idade e ao mesmo tempo deve lidar com o envelhecimento da geração mais idosa, de modo a proporcionar apoio e facilitar a saída dos filhos, de casa (Silva et al, 2023).

A Sra. T, refere que sai várias vezes para jantar com o marido e fizeram férias os dois em outubro, deste ano.

Através da elaboração do ecomapa, verifica-se como a Sra. T se relaciona com os elementos da sua família e com o meio social em que está inserida, observando-se uma forte ligação com o marido e com ambos os filhos. Gosta muito do seu animal de estimação, referindo que é uma boa companhia. Em relação aos vizinhos, verifica-se que existe uma boa relação, o mesmo não se aplica á família alargada e ao trabalho, no entanto também tem uma boa relação com os amigos, referindo que trabalha com alguns deles. A relação com a natação é muito boa, gosta muito, o que já não se aplica ao ginásio. Tem uma relação superficial com os cuidados de saúde.

Fig. 16.

Ecomapa da família A, na perspectiva da Sra. T, que está identificada como o sujeito Index.



Fonte: Elaborado com recurso ao programa PowerPoint.

Tendo em conta a avaliação familiar e os dados obtidos, foi elaborado o processo de cuidados de enfermagem que, seguidamente, será apresentado, assim como o quadro resumo (Quadro 1) das avaliações estrutural e de desenvolvimento, da família A. De referir que não foi possível aplicar a avaliação das escalas de Graffar Adaptado, APGAR FAMILIAR, FACES II,

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, bem como o questionário Europeu de Literacia em Saúde e o índice de bem-estar OMS, uma vez que não foi possível realizar mais nenhuma consulta de enfermagem com a Sra. T, pois não se mostrou disponível e teve-se isso em consideração, respeitando-a.

Quadro 1.

Resumo da avaliação estrutural e desenvolvimento da família A

Família A	Avaliação
Composição da família	Composta por dois elementos casados e dois filhos adultos
Tipo de família	Nuclear
Ciclo da família	Família com filhos adultos, a saírem de casa
Escala de Graffar	Média alta
Habitação	Moradia, com muito boas condições
Sistemas mais amplos	Amigos, trabalho, vizinhos, natação (Moderado), família alargada, USF (fraco), ginásio (inexistente).

Fonte: Elaboração Própria

Para a elaboração dos diagnósticos, dos objetivos e das intervenções foi utilizada a linguagem presente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, recorrendo ao browser do *International Council of Nurses* (2019), ao livro “Enfermagem Avançada” (Marques et al., 2024) e também aos diagnósticos de enfermagem em saúde comunitária (Pousa et al in, Marques et al., 2024) assim como às “Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários- Guia de Decisão Clínica” (Melo, 2024).

Após validação da necessidade e dos efeitos da medicação prescrita para a obesidade, a Sra. T iniciou a medicação no final de outubro de 2025. As intervenções de enfermagem dirigidas ao objetivo da adesão ao regime terapêutico, promoveram a sua capacitação para a autoadministração da terapêutica, assim como promoveram a identificação de comportamentos que poderiam contribuir para o seu autocuidado e consequente envelhecimento saudável, relacionados com o exercício físico e com a alimentação.

Apesar de referir que a comunicação entre o marido e os filhos, por vezes é conflituosa, entre o casal a comunicação é efetiva, conseguindo resolver os problemas que possam ir surgindo.

Uma vez que não se conseguiram aplicar os instrumentos de avaliação familiar: APGAR Familiar de Smilkstein, Escala de Readaptação de Holmes e Rahe, FACES II, a escala de Índice de bem-estar OMS e o Questionário Europeu de Literacia em Saúde, não se conseguiu deixar um plano de cuidados mais completo ao nível do processo familiar, que apenas se conseguiu identificar como comprometido, na altura da realização da entrevista e para o qual, se planearam

as intervenções referidas, na certa de que após a interpretação dos instrumentos de avaliação familiar, seria necessário planejar novas intervenções de enfermagem.

Quadro 2.
Plano de cuidados adaptado e elaborado para a Família A

Dimensão	Foco	Diagnósticos	Objetivo	Intervenções	Resultados esperados
Funcionamento	Adesão ao regime terapêutico	Adesão ao regime terapêutico comprometido	Adesão ao regime terapêutico - Adesão ao regime medicamento so -Adesão ao regime de exercício -Adesão ao regime dietético	-Avaliar a adesão ao regime terapêutico -Assistir na gestão do regime terapêutico -Encorajar para comportamento de adesão -Incentivar adesão ao regime terapêutico -Ensinar sobre padrão de exercício -Avaliar adesão á dieta -Ensinar sobre dieta -Ensinar sobre complicações do regime terapêutico ineficaz	-Demonstra adesão à terapêutica - Inicia e mantém medicação para obesidade - Mantém exercício $\geq 2x/semana$ - Mantém alimentação equilibrada
Desenvolvimento	Processo Familiar	Processo familiar potencialment e comprometido	Processo familiar efetivo	-Avaliar <i>coping</i> familiar -Promover o apoio da família -Ensinar sobre processo familiar	-Demonstra adaptação à fase do ciclo vital - Reduz ansiedade associada à saída da filha - Melhora a comunicação familiar
Funcionamento	Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde comprometido	Comportamento de procura de saúde eficaz	-Avaliar comportamento de procura de saúde -Incentivar adesão a comportamento de procura de saúde -Ensinar sobre comportamento de procura de saúde -Promover comportamento de procura de saúde	-Mantém a utilização dos cuidados de saúde (USF) - Cumpre a vigilância e rastreios
Funcionamento	Comunicação familiar	Comunicação familiar comprometida (subsistema pai-filhos)	Comunicação familiar eficaz	-Ensinar sobre comunicação efetiva -Promover a comunicação efetiva	-Melhora a comunicação familiar, no subsistema pai-filhos

Fonte: International Council of Nurses (2025), (Marques et al., 2024) (Melo, P., 2024).

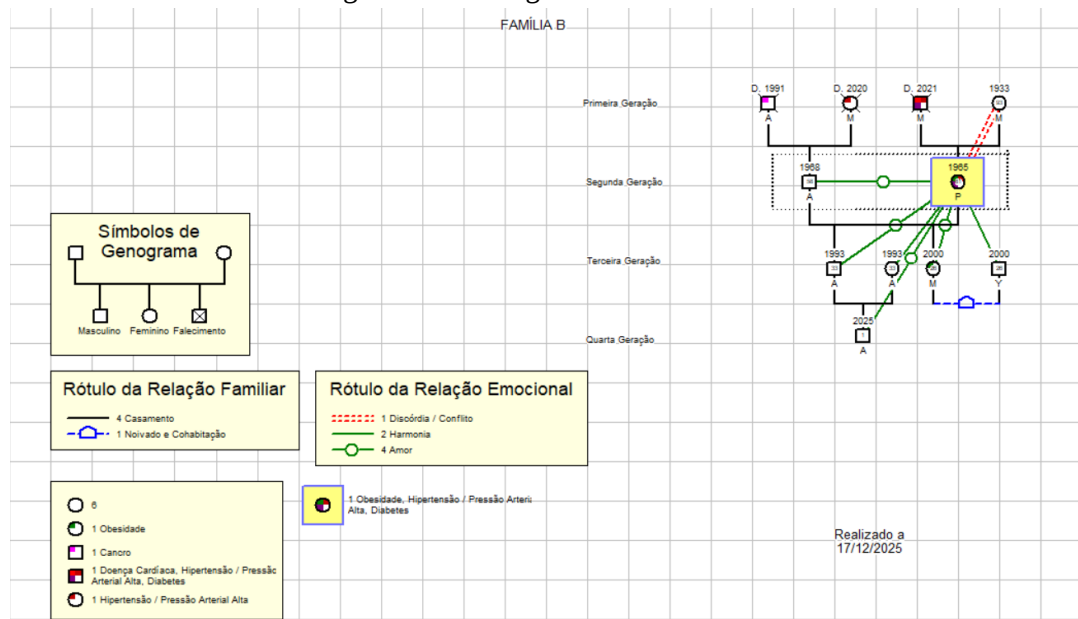
Família B

A família B, é constituída pela Sra. P., de 60 anos e que fica identificada como o sujeito índice, pois, devido a motivos profissionais, não é possível ao marido acompanhar na consulta de enfermagem. Do agregado familiar, faz então parte o marido, Sr. A, de 57 anos, ambos de etnia ibérica e ambos de religião católica. Da família alargada, fazem parte o filho A., de 32 anos que vive com a esposa A., também com 32 anos e que têm um filho de 4 meses, A. Também faz parte da família a filha M., de 24 anos, que vive com o namorado. Todos são heterossexuais e cisgéneros. Também faz parte a mãe da Sra. T, que ainda vive sozinha, apesar dos seus 92 anos e a sua madrinha, também idosa, com quem tem uma boa relação de proximidade. O pai tinha como antecedentes HTA e Diabetes, faleceu devido a insuficiência cardíaca e renal. A mãe, não tem qualquer antecedente. O sogro faleceu devido a cancro do pâncreas. Refere que tem uma boa relação com os irmãos do seu marido, concluindo que tem uma boa relação com a sua família alargada.

Como antecedentes, a Sra. P., tem Diabetes, HTA e Obesidade, estando medicada. O marido tem antecedentes de Gota, medicado e também é obeso. A filha também é obesa e tem historial de várias alergias. O filho também já foi obeso, tendo conseguido através de mudança de hábitos alimentares e prática de exercício físico, reverter essa situação. O neto é saudável.

Com o genograma, verificam-se quatro gerações aqui representadas, uma vez que é importante realçar os antecedentes dos pais do casal P e A e deles próprios, para evidenciar a importância da realização dos rastreios oncológicos e cardiovasculares em ambos, para refletirem acerca do facto de que existe obesidade em comum na segunda e terceira geração, devendo agora existir mais cuidado, com a quarta geração de modo a promover o seu desenvolvimento saudável, além de alertar para a importância do autocuidado, na família de meia idade, para prevenir situações de doença futura e promover o seu envelhecimento saudável. Com a psicofigura de Mitchell, a Sra. P, demonstra as relações com os membros da sua família. Refere relação de amor em relação ao marido, filhos e neto, de harmonia com a sua nora e com o namorado da filha e com a mãe, refere uma relação difícil, com alguns conflitos. O pai, a sogra e o padrinho, faleceram relativamente, pouco tempo, o que a leva a encarar “bem” a morte, uma vez que “quer deixar tudo preparado”. Refere que não existem problemas de comunicação, demonstrando grande proximidade com o marido e com os filhos. Devido ao trabalho, não tem muito tempo para atividade física. Faz caminhada, quando consegue. Refere ter cuidado com a alimentação.

Figura 17.
Genograma e Psicofigura de Mitchell



Fonte: *GenoPro*. Versão 3.1.0.1. Released 2020.

A habitação está considerada com muito boas condições, como se pode confirmar na figura 18, após a avaliação no Sclinico.

Figura 18.
Avaliação da habitação

Habitação | Graffar | C.Duvall | Tipo de Família | Risco Familiar Garcia-Gonzalez | Risco Familiar Segovia Dreyer

Data de registo: 04-11-2025

Tipo de alojamento

- Alojamento móvel
- Apartamento
- Barraca/casebre
- Desconhecido
- Hotelpensão
- Instituição
- Moradia
- Outro
- Quarto/parte de casa
- Sem alojamento

Regime de ocupação

- Arrendada
- Cedida
- Desconhecido
- Outro
- Própria

Tipologia

- Desconhecido
- Não aplicável
- T0
- T1
- T2
- T3 ou mais

Salubridade da zona residencial

- Desconhecida
- Insalubre
- Salubre

Estado geral de conservação

- Bom
- Desconhecido
- Mau
- Razoável

Casa de banho

- Desconhecida
- Fora do alojamento
- Inexistente
- No alojamento

Higiene

- Boa
- Desconhecida
- Má
- Razoável

Água

- Desconhecido
- Não
- Sim

Distribuição

- Desconhecido
- Fontenário a + de 100m de casa
- Fontenário a - de 100m de casa
- Fora do alojamento
- No alojamento

Conforto

- Bom
- Desconhecido
- Mau
- Razoável

Aquecimento

- Central
- Desconhecido
- Local
- Nenhum

Electricidade

- Desconhecido
- Não
- Sim

Barreiras arquitectónicas

- Desconhecido
- Não
- Sim

Mobiliário e equipamento básico

- Desconhecido
- Insuficiente
- Suficiente

Origem

- Desconhecida
- Particular
- Rede pública

Barreiras arquitectónicas

- Desconhecido
- Não
- Sim

Local de residência

- Bairro elegante
- Bom local
- Zona antiga
- Bairro operário/social
- Bairro de lata

Classe Social

ALTA

Fonte: Sclinico, 2025

Com a avaliação da escala de Graffar, em Sclinico, a família está classificada como alta, como se pode verificar na figura 19.

Figura 19.
Escala de Graffar

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores do 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.	Espaciosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos 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 electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social
ALTA

Fonte: Sclinico, 2025

O ciclo em que a família se encontra é a de família com filhos adultos (Silva et al, 2023), uma vez que ambos os filhos já saíram de casa, embora a avaliação no Scinic, seja o Ciclo de Duvall.

Figura 20.
Ciclo da Família

Habitação Grafiar C. Duvall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

- ☐ I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- ☐ II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- ☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- ☐ IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- ☐ V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- ☐ VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")
- ☒ VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- ☐ VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Fonte. Sclinico, 2025

É uma família nuclear, como se demonstra na fig.21.

Figura 21.
Tipo de família

Habitação Grafiar C. Duvall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

- ☐ Unitária - Só 1 elemento
- ☐ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
- ☐ Alargada - Avós, pais e filhos
- ☐ Reconstruída - Nova união após reformulação
- ☒ Nuclear - Casal com ou sem filhos
- ☐ Outras

Fonte: Sclinico, 2025

No ecomapa, na figura 22, a Sra. P, mostra como tem vínculos fortes com o marido, com os filhos, nora, genro, neto, madrinha e mãe. Verifica-se que em relação aos vizinhos e ao trabalho, o vínculo é moderado, que em relação aos cuidados de saúde a relação é superficial, revelando que esteve afastada das consultas com o médico de família por alguns anos, não fazendo qualquer tipo de exames e que agora quando regressou, ao fazer análise, foi-lhe diagnosticada a Diabetes. Confirma-se que não existe relação com a atividade física.

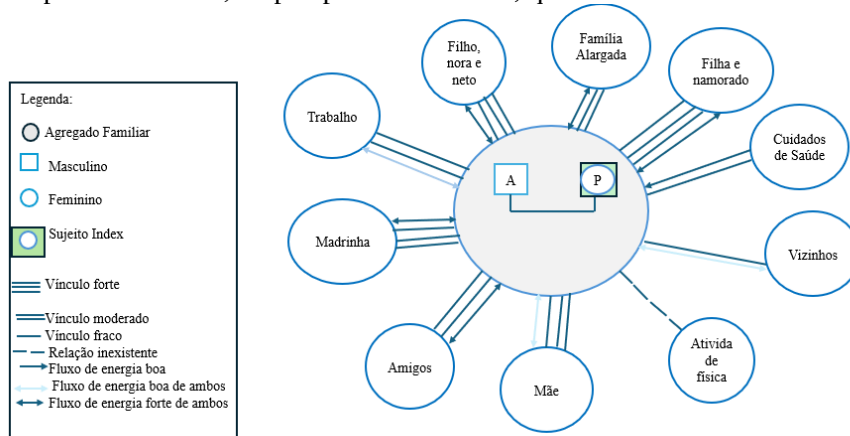
Para avaliar como cada elemento da família se sente satisfeito ou não, antecipando possíveis situações de risco, devido ao funcionamento familiar, aplicamos o APGAR Familiar de Smilkstein (Anexo VIII) (Figueiredo, 2023), que no caso da família B, revelou que a família é altamente, funcional uma vez que a pontuação foi de 9.

Com o objetivo de avaliar as dimensões de coesão e adaptabilidade do seu sistema familiar, a Sra. P procedeu ao preenchimento do instrumento de avaliação familiar Faces II (Anexo X), que depois de se interpretar os resultados, se concluiu que a sua família, ao nível da coesão, considera-se desmembrada, com um score de 47, que corresponde ao nível 2. Ao nível

da adaptabilidade, é Flexível, com uma pontuação de 49, que corresponde ao nível 5. O que se traduz num tipo de família Muito Equilibrada (2+5). A coesão familiar, encontra-se avaliada através dos itens ímpares e a adaptabilidade familiar, através dos itens pares, sendo o tipo de família a soma entre os dois.

Figura 22.

Ecomapa da família B, na perspetiva da Sra. P, que está identificada como o sujeito Index.



Fonte: Elaborado com recurso ao programa PowerPoint.

No último ano, a família não passou por nenhum evento que se possa traduzir em fator de stress, que é o que a escala de Readaptação de Holmes e Rahe avalia (Anexo XI), antes pelo contrário, ocorreu o nascimento do primeiro neto, o que contribuiu para reforçar as reuniões familiares.

Na autoavaliação de bem-estar mental e qualidade de vida possível, de referir que a Sra. P., encontrou-se doente na semana anterior ao preenchimento da escala de avaliação de Índice de bem-estar OMS (Anexo XI), por isso o resultado de 10, que consoante a interpretação do resultado corresponde a 40% de qualidade de vida possível.

Para avaliar a literacia em saúde da Sra. P, aplicou-se o Questionário Europeu de Literacia em Saúde- HLS-EU-PT-Q16 (Pedro et al, 2023) (Anexo XII). Como já foi referido, a literacia em saúde pode ser definida como o conjunto de competências que permitem à pessoa obter, interpretar e mobilizar informações importantes em saúde, de modo a possibilitar a tomada de decisões informadas e a recorrer de modo apropriado aos recursos e serviços de saúde (Lopes et al., 2024).

Verificou-se que a Sra. P, apresenta um índice de literacia em saúde, igual a 13, o que corresponde ao nível Adequado, constatando-se que possui conhecimentos acerca de procura dos cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção de saúde.

De forma a sistematizar e facilitar a análise das avaliações realizadas nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da família B, procedeu-se à elaboração de um quadro-resumo (Quadro 3), no qual se apresentam os resultados obtidos em cada uma dessas dimensões.

Quadro 3.

Síntese da avaliação estrutural, do desenvolvimento e funcional da Família B

Família B	Avaliação
Composição da família	Composta por dois elementos casados e dois filhos adultos
Tipo de família	Nuclear
Ciclo da Família	Filhos adultos- <i>empty nest</i>
Escala de Graffar	Classe Alta
Habitação	Moradia com muito boas condições
Sistemas mais Amplos	Amigos, trabalho, família alargada (Moderado), vizinhos e USF (fraco), atividade física (inexistente).
Escala de Apgar	9 – Altamente funcional
Escala de FACES II	Coesão- Desmembrada/Adaptabilidade- Flexível = Muito Equilibrada
Escala de Holmes e Rahe	A família não passou por nenhum evento que se possa traduzir em fator de stress, no último ano
Escala de bem-estar OMS	10- 40% de Qualidade de Vida Possível
Escala de Literacia em Saúde	13- Adequado

Fonte: Elaboração Própria

Com base na avaliação familiar e nos dados obtidos, foi elaborado também o processo de cuidados de enfermagem que, seguidamente, será apresentado. Como preconizado, para a elaboração dos diagnósticos, dos objetivos e das intervenções foi utilizada a linguagem presente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, recorrendo ao browser do *International Council of Nurses* (2019), aos diagnósticos de enfermagem em saúde comunitária (Pousa et al in, Marques et al., 2024) e às “Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários- Guia de Decisão Clínica”(Melo, 2024).

Quadro 4.
Plano de cuidados adaptado e elaborado para a Família B

Dimensão	Foco	Diagnósticos	Objetivo	Intervenções	Resultados esperados
Funcionamento	Adesão ao regime terapêutico	Adesão ao regime terapêutico comprometido	Adesão ao regime terapêutico Adesão ao regime de exercício	-Avaliar a adesão ao regime terapêutico -Assistir na gestão do regime terapêutico -Encorajar para comportamento de adesão -Incentivar adesão ao regime terapêutico -Ensinar sobre padrão de exercício -Ensinar sobre complicações do regime terapêutico ineficaz	-Adesão ao regime terapêutico eficaz - Controlo da diabetes - Adesão ao exercício físico, com início de caminhadas
Desenvolvimento	Processo Familiar	Processo familiar efetivo	Processo familiar efetivo	-Avaliar coping familiar -Promover o apoio da família -Ensinar sobre processo familiar	-Reforço de vínculos familiares - Reforço da interação familiar
Funcionamento	Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde comprometido	Comportamento de procura de saúde eficaz	-Avaliar comportamento de procura de saúde -Incentivar adesão a comportamento de procura de saúde -Ensinar família sobre comportamento de procura de saúde -Promover comportamento de procura de saúde	-Adesão às consultas de vigilância -Prevenção de complicações das doenças crónicas: HTA e Diabetes
Funcionamento	Autocuidado	Autocuidado comprometido	Autocuidado efetivo	-Ensinar sobre autocuidado -Promover autocuidado	-Melhoria do índice de bem-estar - Equilíbrio entre vida- trabalho de modo a poder iniciar exercício físico

Fonte: International Council of Nurses (2019), (Marques et al., 2024), (Melo, 2024)

Família C

A família C, é constituída pelo Sr. P., de 56 anos, de etnia ibérica, viúvo e que vive sozinho. Tem uma filha, V. de 27 anos, que já não vive com ele, pois tem a sua família nuclear, composta pelo companheiro e pelo filho M. de 7 anos. De uma outra relação que terminou acerca de um ano tem uma filha, M. de 8 anos que vive com a mãe e que vem passar os fins de semana alternados com o pai. Tem a mãe de 74 anos, com quem tem uma relação de grande

proximidade, uma vez que vai jantar a casa dela todas os dias. Também mantém uma relação próxima com os dois irmãos, Z, de 50 e L. de 49 anos de idade, com os quais se reúne com frequência. Ambos foram casados e posteriormente, divorciados. Atualmente, o irmão L, tem uma nova companheira, com a qual tem uma nova filha. Juntam-se todos em épocas festivas na casa do irmão L.

Tem uma relação distante com o pai, que é separado da mãe.

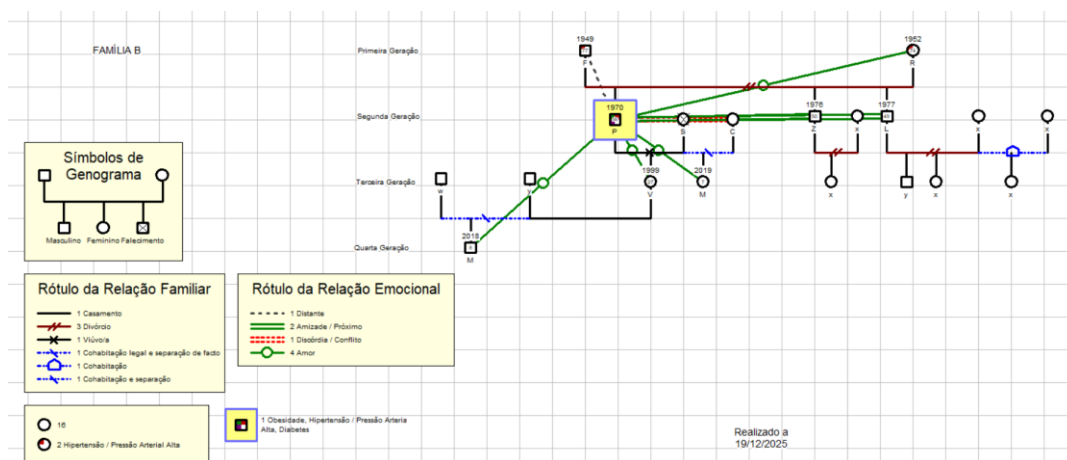
Como antecedentes, tem HTA, é Diabético e Obeso. Faz CPAP e teve um internamento hospitalar durante o verão devido a um linfodema na perna direita, que lhe deixou alguma alteração na mobilidade. As filhas e o neto são saudáveis, embora devido ao antecedente da mãe a filha V., vai iniciar rastreio oncológico. A mãe também tem como antecedentes a HTA e o pai já teve um AVC. Os irmãos são saudáveis, assim como os seus filhos.

Refere que deixou de fumar há alguns anos. A alimentação nem sempre é saudável, uma vez que almoça fora de casa, mas a mãe, com quem janta todos os dias tem a preocupação com a confeção da comida, principalmente, com a quantidade de sal. Não tem tempo para a prática de exercício físico e tem alguma limitação devido ao linfodema da perna direita. No que diz respeito ao autocuidado, não reconhece a sua importância e o cuidado que tem com a sua saúde é a toma da medicação prescrita, a utilização do CPAP e cumprir as consultas de vigilância.

Além do genograma, encontra-se representado a Psicofigura de Mitchell, através do qual se consegue perceber o tipo de relações que existem entre o Sr. P e a sua família alargada. Verificando-se a proximidade com a sua mãe e os seus irmãos e a relação de conflito com a mãe da filha M, assim como a relação distante com o seu pai.

Figura 23.

Genograma e Psicofigura de Mitchell da família C, centrado no sujeito Índice P



Fonte: *GenoPro*. Versão 3.1.0.1. Released 2020.

A habitação, após a avaliação, é considerada com razoáveis condições, como se pode confirmar na figura 24.

Figura 24.

Avaliação da habitação

Fonte: Sclinico, 2025

Em relação á avaliação da escala de Graffar, a família está classificada como média baixa, como se constata na figura seguinte:

Figura 25.

Escala de Graffar

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.	Espaciosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escrutinários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social
MÉDIA BAIXA

Fonte: Sclinico, 2025

Em relação à avaliação do ciclo familiar, o Sr. P, tem duas filhas em que se verifica uma grande diferença de idades entre elas, mas tendo em conta o modelo de Duvall, que considera a idade do filho mais velho, como requisito para a definir o ciclo de vida, observa-se que se encontra no estadio VI (Figueiredo et al., 2023).

Figura 26.

Ciclo da família

Fonte: Sclinico, 2025

É uma família unitária, como se pode verificar pela avaliação do tipo de família, pois o Sr. P, vive sozinho, embora a filha mais nova, M de 8 anos, que se encontra a frequentar a escola, passe os fins de semana alternados, na casa do pai.

Figura 27.
Tipo de família

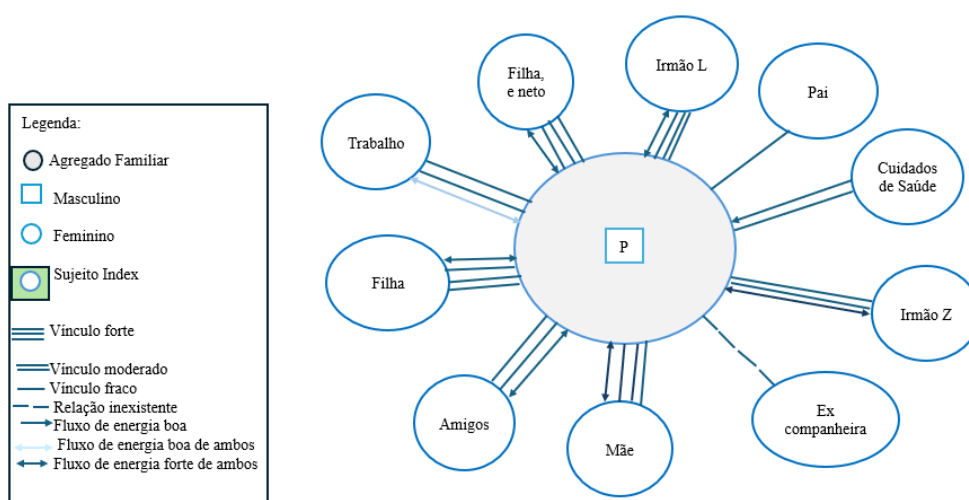
Fonte. Sclinico, 2025

Relativamente, ao ecomapa, na figura 28, ele demonstra como são as relações do Sr. P. com a sua família alargada e de que forma, representa o apoio que esta lhe proporciona.

O Sr. P, identifica a presença de vínculos fortes com a mãe, o irmão L e com a sua filha M. Com a filha V e o neto, o vínculo é moderado, assim como com o irmão Z. A filha V, tem a sua própria família nuclear, por isso o vínculo não é tão forte.

Figura 28.

Ecomapa da Família C, na perspetiva do Sr. P, que está identificado como o sujeito Index.



Fonte: Elaborado com recurso ao programa PowerPoint.

Ao avaliar o APGAR Familiar (Anexo XIII), verificou se que no caso desta família, apesar de ser unitária, o Sr. P, considerou, a família alargada, devido à relação de proximidade que existe entre os seus elementos.

O valor da avaliação, foi de 9, considerando-se a família altamente funcional. De modo a avaliar a coesão e a adaptabilidade da família perante situações de stress, para perceber se

existe ou não capacidade de mudança, aplicou-se o instrumento de avaliação familiar, escala de FACES II (Anexo XIV), que foi preenchida pelo Sr. P.

Ao interpretar os resultados, conclui-se que a sua família, ao nível da coesão, considera-se, desmembrada, com um score de 47, que corresponde ao nível 2. Ao nível da adaptabilidade, é Flexível, com uma pontuação de 53, que corresponde ao nível 6. O que se traduz num tipo de família Muito Equilibrada (2+6) (Figueiredo et al., 2023).

Ao avaliar a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Anexo XV), relacionamos os eventos de vida com fatores de stress, que ocorreram num espaço temporal de um ano, como potenciadores de doença futura (Figueiredo, 2023), que no caso da Família C, apresentou um valor abaixo de 150, o que representa um baixo risco de desenvolver problemas de saúde.

Ao aplicar a escala de Índice de Bem-Estar da OMS (Anexo XVI), verifica-se que o Sr. P, apresenta um resultado de 14 que corresponde a 56% de Qualidade de Vida Possível.

Como já foi referido, anteriormente, a Literacia em Saúde, segundo a OMS é um instrumento de promoção de saúde, uma vez que permite a aquisição de um conjunto de competências cognitivas e sociais, assim como a capacidade da pessoa conseguir aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação em saúde, de modo a promover e a manter uma boa saúde (DGS, 2023), por esse motivo foi aplicado o Questionário Europeu de Literacia em Saúde- HLS-EU-PT-Q16 (Pedro et al, 2023) (Anexo XVII), com o qual se verificou, após interpretação dos resultados que o Sr. P tem um nível Adequado (15).

À semelhança do que foi elaborado para a família B, para sistematizar e facilitar a análise das avaliações realizadas nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da família B, foi elaborado o quadro-resumo (Quadro 5), no qual se apresentam os resultados obtidos em cada uma dessas dimensões.

Quadro 5.

Síntese da avaliação estrutural, do desenvolvimento e funcional da Família

Família C	Avaliação
Composição da família	Composta por apenas um elemento do sexo masculino
Tipo de família	Unitária
Ciclo da família	Família com filhos adultos jovens- <i>launching family</i>
Escala de Graffar	Classe Média Baixa
Habitação	Razoável
Sistemas mais Amplos	Irmão L, filhas, neto e mãe (forte), Amigos, trabalho e irmão Z (Moderado), pai e USF (fraco), ex-companheira (inexistente).
Escala de Apgar	9- Altamente Funcional

Escala de FACES II	Coesão- Desmembrada/ Adaptabilidade- Flexível= Muito Equilibrada
Escala de Holmes e Rahe	150- Baixo Risco
Escala de bem estar OMS	14-56% de Qualidade de Vida Possível
Escala de Literacia em Saúde	15- Adequado
Sistemas mais amplos	Amigos, trabalho, irmão Z (Moderado), Pai e USF (fraco), Ex- companheira (inexistente).

Fonte: Elaboração Própria

Através das consultas de enfermagem foi possível realizar a avaliação familiar e com a colheita de dados, foi elaborado também o processo de cuidados de enfermagem que, seguidamente, será apresentado no quadro 6. Como já referido anteriormente, para a elaboração dos diagnósticos, dos objetivos e das intervenções foi utilizada a linguagem presente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, recorrendo ao browser do *International Council of Nurses* (2019), mas também aos diagnósticos de enfermagem em saúde comunitária (Pousa et al in, Marques et al., 2024) e às “Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários- Guia de Decisão Clínica”(Melo, 2024).

Quadro 6.

Plano de cuidados, adaptado e elaborado para a Família C

Dimensão	Foco	Diagnósticos	Objetivo	Intervenções	Resultados esperados
Funcionamento	Adesão ao regime terapêutico	-Adesão ao regime terapêutico comprometido - Adesão ao regime de exercício comprometido - Adesão ao regime dietético comprometido - Capacidade para gerir regime dietético comprometida	-Adesão ao regime terapêutico -Adesão ao regime de exercício -Adesão ao regime dietético	-Avaliar a adesão ao regime terapêutico -Assistir na gestão do regime terapêutico -Encorajar para comportamento de adesão -Incentivar adesão ao regime terapêutico -Ensinar sobre exercícios -Avaliar adesão à dieta -Ensinar família sobre regime dietético -Ensinar sobre complicações do regime terapêutico ineficaz	-Adesão ao regime terapêutico, eficaz - Controlo da diabetes e HTA, eficaz - Exercício físico adaptado às limitações - Hábitos alimentares saudáveis
Funcionamento	Autocuidado	Autocuidado comprometido	Autocuidado eficaz	- Avaliar a adesão ao autocuidado - Ensinar sobre autocuidado - Promover autocuidado	Comportamentos saudáveis, como a prática de atividade física, alimentação saudável de acordo com o

					diagnóstico de HTA e Diabetes
Desenvolvimento	Processo familiar	Processo familiar eficaz	Processo familiar efetivo	-Avaliar coping familiar -Promover o apoio da família -Ensinar sobre processo familiar	Manter o suporte familiar
Funcionamento	Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde-potencial para melhorar	Comportamento de procura de saúde	Avaliar comportamento de procura de saúde -Incentivar adesão a comportamento de procura de saúde -Ensinar sobre comportamento de procura de saúde -Promover comportamento de procura de saúde	Promover a saúde e prevenir o agravamento das doenças crónicas
Desenvolvimento	Papel parental	Risco de papel parental comprometido (tem uma filha menor)	Papel parental eficaz	-Avaliar desempenho de papel parental -Promover envolvimento parental -Encorajar a expressão de emoções	Boa relação Pai-Filha

Fonte: (International Council of Nurses, 2025), (Marques et al., 2024), (Melo, 2024)

V – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados obtidos no âmbito do presente projeto evidencia-se que a implementação de intervenções dirigidas à promoção do autocuidado em famílias de meia-idade pode contribuir para o aumento da sua capacitação relativamente à importância da adoção de comportamentos promotores de saúde ao longo do ciclo vital. Verificou-se que apesar, da faixa etária da meia-idade, ser um fator comum nas três famílias, de viverem todos na mesma área geográfica, as vivências de cada uma são muito diferentes e cada uma vai fazendo as suas transições de acordo com a sua realidade familiar e sob a influência de crenças familiares. Não existe uma grande valorização de estilos de vida saudáveis, nomeadamente no que se refere à prática regular de atividade física e à adoção de padrões alimentares equilibrados, uma vez que a obesidade é um antecedente transversal a todas as famílias. Sendo que ambos, são essenciais para a promoção do envelhecimento saudável, pois são considerados comportamentos protetores que podem promover a redução da doença e da mortalidade precoce (PCM, 2024).

Estes resultados vem de encontro à evidência científica disponível, que identifica a meia-idade como um período particularmente relevante para a adoção de comportamentos preventivos com impacto significativo na trajetória de saúde nas etapas posteriores da vida (Santos et al., 2023). Também a OMS, refere que o envelhecimento saudável resulta da interação entre as capacidades individuais e os contextos em que as pessoas vivem, sendo influenciado ao longo de todo o curso de vida por fatores comportamentais, sociais e ambientais, sendo necessário implementar medidas para promover o seu empoderamento, através da literacia em saúde e hábitos de vida saudável (WHO, 2020). Neste sentido, a promoção do autocuidado assume um papel central na capacitação das pessoas e das famílias para a gestão da sua própria saúde, não só para fomentar a tomada de decisão informada acerca da saúde, mas também porque os serviços de saúde podem não vir a estar preparados para responder às necessidades que o envelhecimento populacional, rápido, acarreta (WHO, 2020).

No contexto da enfermagem de saúde familiar, a promoção do autocuidado encontra fundamento teórico no modelo desenvolvido por Dorothea Orem, como já foi referido e que conceptualiza o autocuidado como um conjunto de atividades aprendidas e realizadas pelos indivíduos com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar, mas também o autocuidado tem a ver com as ações para com os seus filhos e familiares, de modo a promover a saúde e a prevenir a doença (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021).

Os resultados observados neste projeto parecem evidenciar que intervenções educativas e de capacitação dirigidas às famílias podem potencializar o desenvolvimento destas competências, favorecendo a adoção de comportamentos mais saudáveis e sustentáveis, indo ao encontro da recomendação Leenerts et al., 2002, em relação à promoção do autocuidado durante o processo de envelhecimento, citado em Escola Superior de Enfermagem do Porto (2021) de “que a educação para o autocuidado deva ser uma prática em todas as idades, com a incorporação de percepções e crenças sobre si mesmo e sobre a sua saúde, bem como abordando a capacidade funcional e os problemas médicos reais (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021, p.9).

Com a abordagem centrada na família revelou-se particularmente pertinente, na medida em que permitiu promover processos de reflexão conjunta acerca dos hábitos de vida e das rotinas quotidianas, sugerindo mudanças comportamentais no contexto do sistema familiar. De acordo com Hanson, a família constitui uma unidade de cuidados essencial, na qual os comportamentos relacionados com a saúde são frequentemente construídos e influenciados pelas interações entre os seus membros (Hanson, 2005).

Assim, intervenções dirigidas ao sistema familiar podem potencializar a criação de ambientes favoráveis à saúde e reforçar a capacidade adaptativa das famílias face aos desafios associados ao processo de envelhecimento. Neste enquadramento, os resultados obtidos reforçam a relevância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar na promoção da literacia em saúde e na capacitação das famílias para o desenvolvimento de competências de autocuidado (OE, 2017). A atuação junto de famílias em fase de meia-idade revela-se estratégica, uma vez que permite atuar precocemente na modificação de fatores de risco e na consolidação de comportamentos promotores de saúde, contribuindo para trajetórias de envelhecimento mais saudáveis e para a melhoria da qualidade de vida ao longo do tempo (Santos et al., 2023).

Em resumo, os resultados obtidos no presente estudo evidenciam que a promoção do autocuidado em famílias de meia-idade constitui uma intervenção importante para a capacitação das mesmas, incentivando a adoção de comportamentos promotores de saúde ao longo do ciclo vital. Apesar das diferenças nas dinâmicas familiares e nos contextos de vida, verificou-se a existência de fatores de risco comuns, como a presença de obesidade, HTA e a reduzida valorização de estilos de vida saudáveis, reforçando a necessidade de intervenções precoces e dirigidas.

A abordagem centrada na família (OE, 2018), revelou-se particularmente relevante, permitindo compreender as especificidades de cada sistema familiar e intervir de forma ajustada às suas necessidades, crenças e recursos (Santos, 2023). Esta perspetiva sistémica facilitou a

promoção de processos de reflexão e mudança, potenciando a adoção de comportamentos mais saudáveis e sustentáveis no quotidiano familiar.

Os resultados corroboram a evidência científica, ao destacar a meia-idade como uma fase privilegiada para a implementação de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença, com impacto significativo no envelhecimento saudável. Neste contexto, a capacitação das famílias, através do aumento da literacia em saúde e do desenvolvimento de competências de autocuidado, assume-se como um eixo central da intervenção em enfermagem de saúde familiar (Santos, 2023).

Assim, este estudo reforça o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar como agente facilitador de mudança, promotor de saúde e gestor de processos de adaptação familiar (OE, 2018). A sua intervenção, baseada em modelos teóricos e orientada para a família enquanto unidade de cuidados, contribui de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida e para a construção de trajetórias de envelhecimento mais saudáveis (OE, 2017).

Deste modo, conclui-se que a implementação de intervenções centradas na promoção do autocuidado, integradas numa abordagem sistémica e sustentadas na evidência científica, constitui uma mais-valia para a prática clínica, devendo ser valorizada e integrada de forma consistente nos cuidados de enfermagem dirigidos às famílias ao longo do ciclo vital (MCEEC, 2023).

VI - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

O percurso desenvolvido durante a prática clínica contribuiu, de forma significativa para o desenvolvimento das competências específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, promovendo o crescimento pessoal, profissional e científico.

O desenvolvimento do presente projeto, além de ter constituído uma oportunidade significativa para a aquisição e consolidação de competências no âmbito da enfermagem especializada em saúde familiar, também permitiu mobilizar conhecimentos teóricos, científicos e metodológicos na prática clínica, no contexto da enfermagem de saúde familiar. A implementação de intervenções dirigidas à promoção do autocuidado para o envelhecimento saudável em famílias de meia-idade possibilitou aprofundar a compreensão da família enquanto unidade de cuidados, reforçando a importância de abordagens centradas na família e orientadas para a capacitação.

Uma das competências que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar deve consolidar é a de cuidar da “família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2019, p.19357), o que implica que o foco não deve ser só nos seus membros, mas na família, de modo a fomentar a sua capacitação ao longo do ciclo vital e à medida que as transições vão surgindo, sejam normativas ou situacionais. Para que tal se concretize, é essencial que o enfermeiro realize uma avaliação sistémica da família (estrutura, funções, recursos, vulnerabilidades) com o objetivo de identificar necessidades de saúde familiar e individual.

O estabelecer de uma relação de confiança com as famílias, contribui para a promoção da saúde, prevenção de doença e permite controlar situações mais complexas que possam já existir. Esta relação permite a recolha de dados, que possam ser importantes para compreender o estado de saúde da família. Ao aplicar os instrumentos de avaliação familiar e através do histórico da família, permite reconhecer fatores que podem vir a influenciar o estado de saúde, enquanto identifica crenças e cultura familiar que podem vir a influenciar a saúde futura, assim como identificar possíveis respostas face a transições futuras. Para tal, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, deve sempre mobilizar conhecimentos, com a prática baseada na evidência. Quando existem situações de maior complexidade, deve intervir de modo a capacitar para a recuperação da saúde familiar, colaborando com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, garantindo também a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde que foram delineados. Facilitando a família a partilhar a sua história, permite

que se identifiquem forças, a dinâmica da família e consegue se identificar novas estratégias para alcançar as suas metas, bem como os possíveis recursos necessários para satisfazer as necessidades em saúde.

A outra competência que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar interioriza é a de “lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2019, p.19358).

Esta competência implica a capacidade de articular com equipas multidisciplinares, de forma a garantir respostas integradas e centradas nas necessidades específicas de cada família e do seu contexto comunitário. Implica também compreender as dinâmicas familiares, as suas necessidades e potencialidades, de modo a implementar intervenções para objetivos comuns.

Também esta competência, enquadrada na dimensão de liderança e gestão de cuidados, permite orientar intervenções baseadas em evidência científica e centradas nas necessidades das famílias, nos diferentes níveis de prevenção (OE, 2018).

6.1- Competências de Mestre

No âmbito do percurso formativo que conduz à obtenção do grau de mestre, é necessário demonstrar a aquisição e o aprofundamento de conhecimentos científicos e competências avançadas, sustentadas na formação previamente adquirida. Pressupõe a capacidade de aplicar conhecimentos na resolução de problemas em contextos novos ou complexos, integrar diferentes saberes e formular juízos fundamentados, considerando igualmente as implicações éticas e sociais das decisões tomadas (PCM, 2018).

Com a implementação do projeto, desenvolveu-se um estudo de investigação que cumpriu todos os requisitos necessários para a sua implementação, tais como a submissão e posterior aprovação por parte da comissão de ética e RGPD. Com a aplicação do MCAIF, bem como dos instrumentos de avaliação familiar e escalas de avaliação utilizados, foi possível realizar diagnósticos e implementar intervenções de modo a promover a capacitação para o autocuidado, para o envelhecimento saudável, nas famílias de meia-idade, respeitando os princípios éticos inerentes, como proteger a privacidade das famílias que participaram no projeto.

As competências de mestre, pressupõem ainda a capacidade de comunicar de forma clara e rigorosa as conclusões e os raciocínios que as sustentam, tanto a públicos especializados como não especializados, bem como o desenvolvimento de competências que favoreçam a aprendizagem contínua e autónoma ao longo da vida.

Em relação à comunicação, como já foi referido anteriormente, de modo a potenciar esta competência participei, como formanda num Workshop, acerca do tema: “Conversas com família: o foco no comportamento do enfermeiro”, inserido no VI CINESF, realizado a 20 de maio de 2025. Também como formanda, com o objetivo de aprofundar e consolidar competências, acerca da Literacia em saúde participei na sessão, realizada pela OE: “EaQ - A importância da Literacia em Saúde na Enfermagem” (Anexo XVIII), realizado no dia 27 de Março de 2025. Através das consultas de enfermagem realizadas com as famílias, desenvolveu-se e consolidou-se estas competências, tendo em consideração a empatia, a linguagem adequada e a escuta ativa, de modo a promover o desenvolvimento da relação terapêutica.

A liderança, encontra-se implícita na implementação e desenvolvimento do projeto com as famílias.

No que diz respeito à disseminação científica, verificou-se através de elaboração e apresentação de poster científico, nas JiRAR (Anexo XXIII), será através da elaboração de um artigo, para posterior publicação, referente ao projeto de avaliação e intervenção que se realizou com as famílias, mas também através da participação nas reuniões mensais, que passei a integrar, do NECULSAR e nas respetivas atividades formativas, cujo tema este ano também vem de certa forma, ao encontro do meu projeto de investigação: Doenças Cardiovasculares. Encontra-se já programada uma atividade para divulgar a promoção da atividade física, na comunidade ao longo do ciclo de vida, articulando com a ULSAR, Junta de Freguesia e Câmara Municipal, dia 12 de maio de 2026, para comemorar o Dia Internacional do Enfermeiro, na qual participo, na organização e dinamização. Também com o objetivo de divulgar o projeto que desenvolvi com as famílias de meia-idade e a sua capacitação para o autocuidado para promover o envelhecimento saudável, tenho previsto implementar um projeto que vise a promoção da atividade de física, a promoção de estilos de vida saudável e a prevenção de doença, de modo a promover o envelhecimento saudável, na USF e na comunidade onde está inserida, através de uma caminhada mensal, com discussão dos temas enunciados, com a população participante. Este projeto será desenvolvido em parceria com colegas enfermeiras especialistas em áreas diferentes: enfermagem comunitária de saúde pública, enfermagem de reabilitação e enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Este projeto será implementado em parceria com a junta de freguesia, uma vez que vai ao encontro de um dos objetivos descritos na Estratégia Municipal de Saúde para o concelho, 2025-2030: “Alinhamento com as Estratégias e Planos de Ação Global, Europeu e Nacional para o Envelhecimento Saudável”, do município, onde me encontro a exercer a minha atividade profissional (CMM, 2025).

De referir que durante o mestrado, participei como formanda, sempre com o objetivo de adquirir e consolidar competências, nas formações da OE: “Múltiplas Respostas de Enfermagem para a Comunidade” (Anexo XIX), realizada em 15 de abril de 2025; “Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar” - 3ª Sessão (Anexo XX), realizada a 15 de maio de 2025; “Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar” - 5ª Sessão (Anexo XXI), realizada a 03 de junho de 2025; “VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar” (Anexo XXII), que decorreu a 29, 30 e 31 de maio de 2025; Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor – Básico – 1ª Edição [E-learning] | (Anexo XXIII) de 20 de janeiro a 03 de março de 2026, que contribuíram para o desenvolvimento de competências e que promoveram a aprendizagem de forma autónoma, tal como descrito no artigo 15º, do Decreto-Lei n.º 65/2018, com vista a uma atitude reflexiva e orientada para o desenvolvimento contínuo do conhecimento e para reforçar a identidade profissional (PCM, 2018).

Ao realizar a formação acerca da avaliação e abordagem à pessoa com dor, tinha como objetivo contribuir para a continuação do desenvolvimento de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, uma vez que veio ao encontro do tema, promoção do autocuidado para o envelhecimento saudável nas famílias de meia-idade, pois a dor, especialmente quando associada a condições musculoesqueléticas ou doenças crónicas, é frequente nesta fase do ciclo vital, podendo comprometer a funcionalidade, a autonomia e a adoção de comportamentos promotores de saúde.

Com a intervenção do enfermeiro ESF, através de estratégias de educação para a saúde e de apoio à autogestão da dor, contribui para a literacia em saúde, para o desenvolvimento de competências individuais e familiares que favoreçam estilos de vida saudáveis e para a identificação precoce de limitações que possam interferir com a prática de atividades de autocuidado, como a atividade física, a manutenção da mobilidade ou a gestão eficaz de doenças crónicas (OE, 2008).

Assim, a integração dos conhecimentos adquiridos no curso vai permitir uma abordagem holística, centrada na pessoa e na família (OE, 2018), promovendo intervenções que visam não apenas o controlo da dor, mas também a manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida (OE, 2008). Esta perspetiva é fundamental para a promoção do envelhecimento saudável, uma vez que a adoção de comportamentos de autocuidado na meia-idade pode influenciar significativamente a trajetória de saúde nas etapas posteriores do ciclo de vida (Santos et al., 2023).

6.2- Competências de Enfermeiro Especialista

Como descrito no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), fazem parte competências que são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independente da sua área de especialização e que integram a competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, que desde o início da implementação do estudo de investigação esteve contemplado, desde a submissão do estudo à comissão de ética da ULSA, pedido de parecer ao Encarregado da Proteção de Dados, passando pelo pedido de autorização ao conselho de administração da ULSA e coordenador da USF, só sendo possível de implementar após consentimento de todos.

Outro dos domínios de competências, o domínio da melhoria contínua da qualidade, desenvolveu-se e consolidou-se ao realizar um estudo de investigação com famílias na meia-idade, acerca do tema “envelhecimento saudável”, que se revela um tema atual, com programa nacional, aprovado em conselho de ministros (Presidência do Conselho de Ministros, 2024) e que também se encontra na agenda da OMS, que definiu os anos de 2021-2030, como a década das Nações Unidas para o Envelhecimento Saudável, encontrando-se no Plano de Ação da OMS sobre Envelhecimento e Saúde 2016-2030, com o objetivo comum de promover um mundo em que todos possam ter uma vida longa, mas também saudável (WHO, 2020).

Os domínios da Gestão dos Cuidados e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, também se desenvolveram e consolidaram com a implementação do projeto de investigação, uma vez que com a aplicação de conhecimentos, previamente adquiridos durante o decorrer do mestrado, foi possível a prática baseada na evidência, ao aplicar o MCAIF (Wright & Leahey, 2009), os instrumentos de avaliação familiar e as escalas de avaliação de literacia e de bem estar da OMS. Mobilizaram-se conhecimentos científicos que permitiram a avaliação das famílias, realizar diagnósticos e implementar intervenções. Os cuidados de enfermagem tiveram sempre como foco principal a família e os seus elementos, respeitando os valores e decisões de cada elemento, favorecendo a promoção de uma relação terapêutica, respeitando sempre a privacidade de cada um, a anonimização da informação recolhida e tendo em conta que sendo uma faixa etária, em que as pessoas se encontram em idade ativa e todas empregadas, adequaram-se os horários das consultas de enfermagem ao horário pós-laboral.

Para melhor sustentar a prática clínica, foi sendo desenvolvido um trabalho de investigação contínuo, de modo a otimizar o autoconhecimento e a ser detentora de conhecimentos atualizados. Como não realizei o primeiro estágio, pois pedi creditação baseada na minha experiência profissional, reconheço que me pode ter limitado a intervenção e a subsequente, avaliação pós implementação das intervenções. Por me encontrar numa realidade laboral, diferente, todas as oportunidades de aprendizagem foram rentabilizadas, além de ter colaborado nas consultas de enfermagem da USF, no programa da Diabetes, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Tratamento de Feridas e Plano Nacional de Vacinação, não só com a enfermeira orientadora, mas também com a colegas da equipa da USF, com a qual estabeleci uma boa relação, articulando sempre que necessário também com a equipa médica e com a equipa de secretárias clínicas.

6.3- Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

O regulamento nº 428/2018, descreve as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, cujo foco é o cuidar a família como unidade de cuidados, bem como de cada um dos seus membros, ao longo do seu ciclo de vida, sendo um cuidado transversal a todos os níveis de prevenção (OE, 2018). Com o projeto de investigação, centrado na promoção da capacitação para o autocuidado para o envelhecimento saudável nas famílias de meia-idade, ao avaliar três famílias, permitiu com base em conhecimentos científicos, nomeadamente, com a utilização do MCAF, que se encontra descrito pela MCEEC, como o modelo referencial para o desenvolvimento de “competências especializadas na prática clínica”(OE, 2023,p.2), desenvolver e consolidar esta competência (OE, 2023).

Através da avaliação das famílias, do diagnóstico e da implementação de intervenções centradas na família, procurou-se capacitar os seus membros para a promoção do autocuidado, com vista ao desenvolvimento de um processo de envelhecimento saudável, mediante a adoção de comportamentos promotores de saúde e a prevenção da doença. Neste âmbito, recorreu-se ao Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) como referencial científico, aos instrumentos de avaliação familiar e às escalas de avaliação de literacia avaliação de bem-estar da OMS, os quais permitiram avaliar a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiar. Com base nessa avaliação, foram elaborados planos de cuidados dirigidos a famílias em fase de meia-idade, com o objetivo de promover o envelhecimento saudável. Considera-se que, nesta etapa do ciclo vital, as intervenções orientadas para a promoção de estilos de vida

saudáveis assumem particular relevância, na medida em que contribuem para a melhoria da qualidade de vida e para um processo de envelhecimento mais saudável (Santos et al., 2023).

Com a utilização da linguagem CIPE, para a elaboração dos planos de cuidados, em concordância com o MCAIF, evidenciou a abordagem sistematizada, centrada na família, promovendo intervenções dirigidas às necessidades identificadas nas dimensões estrutural, funcional e de desenvolvimento. Este processo evidencia o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente na prestação de cuidados centrados na família, capacitação, gestão de transições, promoção da saúde e articulação com os recursos da comunidade. (OE, 2018). No que se refere ao “Cuida da família como unidade de cuidados” (OE, 2018, p.19357), com a avaliação das dinâmicas familiares, relações e papéis (genograma, ecomapa) e com a identificação de diagnósticos ao nível da funcionalidade familiar (adesão terapêutica, autocuidado), da expressividade (comunicação, coesão, bem-estar) e do desenvolvimento (transições do ciclo vital), a intervenção centrou-se na família enquanto sistema, e não apenas no indivíduo. Com os planos de cuidados, com as intervenções educativas, acerca de promoção da saúde, literacia, ensino de gestão do regime terapêutico, promove-se a capacitação da família para a tomada de decisão informada, gestão da doença crónica, como a HTA, Diabetes e Obesidade, promovendo o envolvimento da família e a adoção de estilos de vida saudável (OE, 2018).

Em relação à competência na gestão de transições familiares (OE, 2018), evidenciou-se através da identificação de situações e transições, como a saída dos filhos de casa (Família A), integração do papel de avós (Família B) e na reorganização familiar pós-separação e parentalidade não coabitante (Família C), com intervenções dirigidas a: promoção do coping familiar, adaptação às mudanças do ciclo vital e reorganização dos papéis familiares. De modo a “gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família” (OE, 2018, p. 19358), demonstrou-se através do incentivo à vigilância regular, com a promoção da importância de rastreios e do reforço da ligação à USF, evidenciando-se a competência, acima descrita.

Ao longo do projeto, desenvolveu-se uma relação terapêutica com todas as famílias, respeitando os seus tempos, validando a sua expectativa, face aos resultados que cada uma esperava atingir e considerando que estão numa idade ativa, em que todos de encontram a trabalhar articularam-se os horários de modo a não causar prejuízo aos participantes e também, considerando a indisponibilidade de uma das famílias, para poder continuar, embora não tendo manifestado vontade em desistir do projeto. De modo a divulgar e valorizar o conhecimento no âmbito da enfermagem de saúde familiar, foram utilizadas as tecnologias de informação e

comunicação, Sclenic, como ferramenta de registo sistemático dos cuidados de enfermagem. Ao desenvolver os processos de intervenção em enfermagem de saúde familiar, assumindo funções de liderança e colaboração com as famílias, consolida-se a segunda competência descrita no regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2019).

6.4- Competências a nível Pessoal e Profissional

No âmbito do mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, foi implementado um projeto de desenvolvimento de competências a nível pessoal e profissional. Direcionado para a promoção do autocuidado em famílias na meia-idade para o envelhecimento saudável, constituiu uma oportunidade relevante para a mobilização e consolidação de competências inerentes à prática especializada em enfermagem de saúde familiar. Este projeto implicou um estágio numa USF, num contexto diferente daquele a que me é familiar, pois não só fiz o estágio numa USF diferente daquela onde trabalho, como também optei por um contexto diferente, uma vez que escolhi uma ULS diferente, para perceber a diferença de realidades, na AML. Este projeto permitiu a integração de conhecimentos teóricos, científicos e práticos, promovendo uma intervenção fundamentada na evidência científica e orientada para as necessidades identificadas nas famílias acompanhadas.

Ao longo deste percurso, foram mobilizadas competências de reflexão crítica, autonomia profissional e tomada de decisão clínica fundamentada, bem como competências relacionais e comunicacionais, “ para uma prestação de cuidados eficazes, adaptados e individualizados”(Sequeira et al, 2016, p. 89) essenciais à prática de enfermagem centrada na família. Simultaneamente, foram desenvolvidas competências de liderança, planeamento e trabalho colaborativo com a equipa multidisciplinar, promovendo a participação ativa das famílias no processo de cuidados e reforçando a sua capacitação para a gestão da saúde ao longo do ciclo vital.

Paralelamente, o desenvolvimento do projeto permitiu identificar diferentes desafios inerentes à implementação de intervenções de promoção da saúde dirigidas às famílias na meia-idade, nomeadamente ao nível da motivação para a mudança de comportamentos e da gestão das dinâmicas familiares e contextuais. Contudo, estes desafios constituíram também oportunidades de aprendizagem, reforçando a importância da comunicação terapêutica, da escuta ativa e da adaptação das intervenções às necessidades e recursos de cada família, uma vez que cada uma das três famílias, apesar de se encontrarem na mesma faixa etária, possuem

caraterísticas muito próprias. A mobilização do Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) permitiu orientar a avaliação e a intervenção, favorecendo uma compreensão mais abrangente do sistema familiar e promovendo a participação ativa dos seus membros no processo de cuidados. Neste contexto, a implementação do projeto contribuiu para o desenvolvimento das competências pessoais e profissionais enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde familiar, em consonância com os referenciais de competências definidos pela Ordem dos Enfermeiros, reforçando uma prática profissional centrada na família, orientada para a capacitação, autonomia e promoção da saúde ao longo do ciclo de vida (OE, 2018).

CONCLUSÃO

Com a implementação do projeto, o desenvolvimento do estudo de investigação e a elaboração do presente relatório, pretendeu-se promover o autocuidado para o envelhecimento saudável em famílias de meia-idade, reconhecendo esta fase do ciclo de vida como um período estratégico para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a prevenção de fatores de risco associados às doenças crónicas (Santos et al., 2023). A avaliação das famílias, desenvolvida através da utilização do MCAF e das escalas de avaliação de bem-estar da OMS e de avaliação de Literacia em Saúde, evidenciou a necessidade de abordagens educativas e participativas que favoreçam o aumento da literacia em saúde e estimulem a reflexão sobre os hábitos e rotinas quotidianas no contexto familiar.

O envelhecimento populacional constitui atualmente um dos principais desafios para os sistemas de saúde, exigindo a implementação de estratégias que promovam a manutenção da saúde, da autonomia e da qualidade de vida ao longo do ciclo vital. Neste contexto, a promoção do autocuidado assume particular relevância, uma vez que permite capacitar as pessoas e as famílias para a adoção de comportamentos promotores de saúde e para a gestão responsável da sua própria saúde(WHO, 2024)

A abordagem centrada na família, de acordo com as competências específicas do ESF, revelou-se fundamental, na medida em que permitiu compreender a família enquanto unidade de cuidados e sistema dinâmico de relações, onde os comportamentos de saúde são influenciados pelas interações entre os seus membros (OE, 2018). Assim, a promoção do autocuidado no contexto familiar pode contribuir para a criação de ambientes mais favoráveis à saúde, potenciando mudanças comportamentais sustentadas e reforçando a capacidade adaptativa das famílias face á transição associada ao processo de envelhecimento (Meleis, 2009).

Destaca-se o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar enquanto agente facilitador de processos de capacitação, promovendo a literacia em saúde, a autonomia e a responsabilização das famílias pela gestão da sua saúde(OE, 2018). A intervenção do ESF, tem um papel fundamental na identificação de necessidades, no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e na implementação de intervenções que visem o fortalecimento das competências de autocuidado ao longo do ciclo vital, neste caso na promoção do envelhecimento saudável, nas famílias de meia-idade, tal como descrito no regulamento nº 418/2018 “Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem - estar da família, em situações complexas” (OE, 2018, p. 19358).

O desenvolvimento deste projeto permitiu também mobilizar e consolidar competências relacionadas com a avaliação das necessidades das famílias ao longo do ciclo vital, a identificação de fatores de risco e de proteção para a saúde, bem como a implementação de intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença. De igual modo, evidenciou-se a importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, na capacitação das famílias para o desenvolvimento de competências de autocuidado, promovendo a literacia em saúde, a autonomia e a responsabilização pela gestão da sua própria saúde.

Neste sentido, a intervenção realizada encontra-se alinhada com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, nomeadamente no que se refere à promoção de processos de capacitação das famílias, ao desenvolvimento de intervenções centradas na família e ao fortalecimento das suas competências adaptativas face às transições ao longo do ciclo de vida (OE, 2018).

Com a utilização do MCAIF, demonstrou-se a sua importância no processo de avaliação, ao permitir uma análise integrada das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional das famílias A, B e C. Esta abordagem possibilitou a identificação de diagnósticos não apenas ao nível individual, mas também ao nível das dinâmicas familiares, dos papéis desempenhados e das interações estabelecidas entre os seus membros.

A aplicação da linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) contribuiu para a sistematização dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, promovendo maior rigor científico e clareza na comunicação dos cuidados prestados (WHO, 2026). Verificou-se que a maioria dos diagnósticos se concentrou na dimensão funcional, sobretudo ao nível instrumental, refletindo a presença de doença crónica e a necessidade de gestão eficaz do regime terapêutico. Paralelamente, emergiram diagnósticos nas dimensões expressiva e de desenvolvimento, relacionados com padrões de comunicação, coesão familiar e transições do ciclo vital.

Com a análise das três famílias evidenciaram-se realidades distintas, mas com desafios comuns, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico, o comportamento de procura de saúde e a necessidade de promoção do autocuidado. Destacar que, apesar de diferentes níveis socioeconómicos e de funcionalidade familiar, todas as famílias beneficiaram de intervenções centradas na capacitação, reforçando a importância do *empowerment* em enfermagem de saúde familiar.

Importa reconhecer alguns desafios e oportunidades de melhoria inerentes à implementação do projeto, nomeadamente relacionadas com o facto já referido, de por minha opção, não ter realizado o primeiro estágio, por ter solicitada creditação, com base na

experiencia profissional, mas que se veio a verificar que poderia ter sido proveitoso, no sentido de adiantar o pedido á comissão de ética da ULSA de modo a poder iniciar o projeto com as famílias mais atempadamente e ter tido mais tempo para desenvolver as intervenções e posteriormente, a sua avaliação. Ainda assim, as avaliações realizadas, permitem constatar a relevância da implementação de intervenções de promoção da saúde dirigidas a famílias em fase de meia-idade, constituindo uma estratégia pertinente para a promoção do envelhecimento saudável, tal como já tinha sido identificado noutros estudos, como o de Santos et al., “Exploring the physical, mental, and social dimensions of middle-aged adults for active and healthy aging: A cross-sectional study”(Santos et al., 2025).

Em síntese, a implementação e desenvolvimento do estudo de investigação demonstra a relevância da enfermagem de saúde familiar enquanto área especializada, evidenciando o papel do enfermeiro na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de situações complexas no contexto familiar (MCEEC, 2023). A utilização de modelos teóricos e linguagem padronizada constitui um contributo essencial para a qualidade e segurança dos cuidados, bem como para o desenvolvimento da prática baseada na evidência (MCEEC, 2023).

Assim, os objetivos propostos foram alcançados, tendo este percurso contribuído significativamente para o desenvolvimento pessoal e profissional, consolidando competências fundamentais para o exercício autónomo e diferenciado enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atlas dos Municípios Saudáveis. (2024). <https://www.atlasmunicipiossaudaveis.pt/>.
- Augusto, C. (2023). Dos processos de transição à resiliência familiar. Em Figueiredo M. H. *Enfermagem de Saúde Familiar*, Lidel - Edições Técnicas, Lda, Loures.
- Bastos, F., Vilar, A. I., Sousa M. R. (2023). A gestão do regime terapêutico. Em *Enfermagem de Saúde Familiar*, Em Figueiredo M. H. *Enfermagem de Saúde Familiar*, Lidel - Edições Técnicas, Lda, Loures.
- Belchior, A. V. T., Witcel, K. R. E. S., Patez, M. E. S., Toro, R. G., Silva, T. M. J. W., & Cruz, J. R. (2022). Teoria de alcance de metas de Imogene King no processo de enfermagem. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 13 (Edição especial)
- Belim, C., Nunes, J. M. (2023). A Literacia em Saúde. Em Almeida, C. V., Fragoeiro, I. (2023). *Manual de Literacia em Saúde: Princípios e Práticas*, editado por Lidel - Edições Técnicas, Lda., Loures.
- BI-CSP. (2025). USF Santiago de Palmela. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/831/30034/3151371/Pages/default.aspx>.
- Câmara Municipal do Montijo. (2025). Estratégia Municipal de Saúde 2025-2030. Nova, Escola Nacional de Saúde Pública. https://www.mun.montijo.pt/cmmontijo/uploads/writer_file/document/14214/estrategia_municipal_de_saude_2025_2030.pdf
- Câmara Municipal de Palmela. (2025). Outubro Maior. <https://www.cm-palmela.pt/viver/cultura/agenda-de-eventos/evento/outubro-maior-10>.
- Cardoso, R.B., Caldas, C. P., Brandão, M., Souza, P., Santana, R. (2022). Healthy aging promotion model referenced in Nola Pender's theory. *Revista Brasileira de Enfermagem* 75, n.º 1 e20200373. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0373>.
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. (2018). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 157. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Descritores em Ciências da Saúde: DeCS 2026. (2026). São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2026. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>. Acesso em: 19/03/2026.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde sustentável – de tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde, 2021. <https://pns.dgs.pt/pns-em-acao/determinantes-de-saude/>.
- Direção-Geral da Saúde. (2023) *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico*. Direção-Geral da Saúde.

- Encarnação, P. (2021). «Strengths-based care: Uma filosofia para cuidar em enfermagem promotora do empowerment, da autoeficácia e da esperança». *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, e45203.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. ESEP, Porto.
- Esteves, S. L. (2023). A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: Um instrumento facilitador à adesão do medicamento». *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, n.º 1. 98–119.
- Feldner, C., Cussolim, F., Martins, L., Felicidade, P. & Camargo, F. (2018). La práctica del enfoque familiar en el contexto de la atención primaria: estudio de caso comparado. *Cultura de los Cuidados*, 22(52). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.13>
- Fernandes, N. (1995). *Adaptação portuguesa da FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)*. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
- Figueiredo, M. H., Monteiro, M. J. P., Subtil, C. (2023). A enfermagem de saúde familiar. Em Figueiredo, M. H. *Enfermagem de Saúde Familiar*, 1.ª ed., editado por. Lidel – Edições Técnicas, Loures.
- Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*, 1.ª ed., editado por. Lidel – Edições Técnicas, Loures.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*. 3.ª ed. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Galvão, A. M., & Batista, G. (2022). Health and self-care literacy. *RevSALUS: Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 4(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v4i1.166>
- GenoPro. Versão 3.1.0.1. Released 2020.
- Grau-F. C. (2023). Intervenção em enfermagem de saúde familiar. Em *Enfermagem de Saúde Familiar*, 1.ª ed., editado por M. H. Figueiredo. Lidel – Edições Técnicas.
- Hanson, S.M.H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Segunda Edição. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- International Council of Nurses. (2019). <https://www.icn.ch/icnp.browser>
- Kaakinen, J.R.; Birenbaum, L.K. (2011). Desenvolvimento da Família e Apreciação de Enfermagem da Família. Em *Enfermagem de Saúde Pública- Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*, 7ª. Lusodidata.

- Literacia (2025) – no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto Editora. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/literacia>
- Lopes, F., Caramelo, A., Monteiro, M.J., Rodrigues, V., Pereira, M.C., Barros I.M. (2024). Literacia em Saúde nos Cuidados Primários. *Motricidade*, 31 de março de 2024, Vol. 20 No. 1 Continuing and Palliative Care: New Challenges in Health. <https://doi.org/10.6063/MOTRICIDADE.34006>.
- Marques, R., Néné, M., Sequeira, C. (2024). *Enfermagem avançada*. 1a. edição. Lidel - Edições Técnicas, Lda., Loures.
- Martins, M. M., Ribeiro, O. (2023). Famílias e envelhecimento. Em *Enfermagem de Saúde Familiar*, editado por M. H. Figueiredo. Lidel - Edições Técnicas, Lda., Loures.
- Meleis, A. I. (2009). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Melo, P.(2024), *CONSULTAS DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS- Guia de Decisão Clínica*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ministério da Saúde. (2007). *Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto: Regime de organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiar*. Diário da República, 1.ª série, n.º 161.
- Olson, D. H., Portner, J., Bell R. Q. (1982). *FACES II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. University of Minnesota, Family Social Science.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008): *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária*. Diário da República, 2.ª série, n.º 135.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2.ª série — N.º 26.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Tomada de posição n.º 01/2023: Referencial em enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pedro, A.R., Raposo, B., Luís, L., Amaral, O. Escoval, A., Dias, S. (2023). «Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties».

- International Journal of Environmental Research and Public Health* 20, n.º 4, 2892.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>.
- Pordata. (2023). Índice de envelhecimento e outros indicadores.
<https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>.
- Pousa et al. (2024). Diagnósticos de enfermagem em saúde comunitária. Em *Enfermagem Avançada*, 1ª. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018-Graus académicos e diplomas do ensino superior*. Artigo 15. 1ª 157.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2024). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024: Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026*. Diário da República, 1.ª série, n.º 9.
- Ribeiro, L., Caldas, T., Vinhas, H., Castro, P., Frederico, A., & Tranco, A. (2022). The role of the primary health care nurse in promoting active aging: scoping review. *Pensar Enfermagem*, 26(Sup.), 17-18
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2018). *Manual de Envelhecimento Ativo*. 2ª. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Roper, N., Logan, W. W., Tierney, A. J. (2000). *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*. Churchill Livingstone / Elsevier.
- Sampaio, F., Marques, R., Néné, M., Sequeira, C. (2024) Recolha de dados. Em *Enfermagem Avançada*. Lidel, Loures.
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). *Da formação à prática: Importância das teorias do autocuidado no processo de enfermagem para a melhoria dos cuidados*. *Journal of Aging & Innovation*, 6(1), 51-56.
- Santos, E., Pinho, L., Proença, A., Arco, H. (2025). Exploring the physical, mental, and social dimensions of middle-aged adults for active and healthy aging: A cross-sectional study». *PLoS ONE* 20, n.º 4 .
- Santos, E., Canhestro, A., Rosário, J., Fonseca, C., Pinho, L., Arco, H. (2023). Efficacy of Health Promotion Interventions Aimed to Improve Health Gains in Middle-Aged Adults—A Systematic Review. *Geriatrics* 8, n.º 3, 50. <https://doi.org/10.3390/geriatrics8030050>.
- Santos, M.L. (2023). Modelo Calgary de avaliação familiar e Modelo Calgary de intervenção familiar. Em *Enfermagem de Saúde Familiar*, 1ª. Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Sequeira, C. ; Carvalho, C.J.; Sampaio, F. (2023). Tipos de Entrevista. Em *Enfermagem de Saude Familiar*, 1ª. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira et al. (2016). Comunicação em Saúde. Em *Comunicação Clínica*, 1ª. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). Envelhecimento ativo e saudável. SNS. <https://www.sns.gov.pt/sns/envelhecimento-ativo-e-saudavel>
- USF. (2022). *Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde e Formandos*.
- World Health Organization. (2020). Decade of Healthy Ageing. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
- World Health Organization. (2024). Self-care. <https://www.who.int/health-topics/self-care>.
- World Health Organization. (2025). «First Global Conference on Enhanced Wellbeing. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.
- World Health Organization. (2025). «Obesity and Overweight – Fact Sheet». <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- World Health Organization. (2025). (WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01). WHO Publication. <https://www.who.int/pt/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01>.
- World Health Organization. (2026). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-for-nursing-practice>.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2009). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. n.º 6. F. A. Davis Company
- Yin, Robert K. (2018). *Case study research and applications: design and methods*. Sixth edition. SAGE.

ANEXOS

Anexo I- Certificado de presença no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar



Anexo II- Certificado de presença no Workshop Conversas com família: o foco no comportamento do enfermeiro



Anexo III- Pedido de Parecer para o Estudo

EPD Pedido de parecer para o estudo MES-046-2025 O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar na Promoção do Autocuida...

Gmail  Pesquisar correio 

Compor 

Caixa de entrada 1

Com estrela

Suspenso

Enviado

Rascunhos 10

Mais

 **Gabinete de Investigacao Desenvolvimento** <gid@ulsa.min-saude.pt>
para mim

Bom dia Exma. Dulce Santos,

Em relação a este estudo, o EPD tem a informar o seguinte:

1. A Sra. Enfermeira está a fazer um estágio de especialidade na USF de Palmela. Sendo já enfermeira, tem o seu enfermeiro orientador.
2. O tratamento dos dados deve ser realizado de forma anonimizada.

Assim, sendo asseguradas as questões acima mencionadas, o estudo estará em conformidade com o RGPD, pelo que a proteção de dados pessoais.

Se porventura subsistir alguma dúvida, estou ao dispor para qualquer esclarecimento adicional tido como necessário. Com os melhores cumprimentos,

Aliona Cebotari
Assistente Técnico
Centro de Formação, Investigação e de Epidemiologia Clínica

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**

SAÚDE

Anexo IV- Autorização para a realização do estudo



Ata nº. 01 Data: 08 JAN, 2026

O CA Aprovado

DELIBERAÇÃO:

LUIS PINTO
Presidente do Conselho de Administração

João Santos
Vogal Financeiro

Maria Violante Nunes
Enfermeira Diretora

Nuno Marques
Diretor Clínico CSH

Sara André

NOTA DE SERVIÇO

DESPACHO

PARA: Exma. Sr.ª Enfermeira Diretora, Enf.ª Maria Violante Nunes

DE: Dr. Filipe Seixo, Diretor do Centro de Formação, Investigação e de Epidemiologia Clínica 11-12-2025

ASSUNTO: Autorização para realização do estudo “O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar na Promoção do Autocuidado para o Envelhecimento Saudável nas Famílias de Meia-Idade”, a realizar na Unidade de Saúde Familiar ~~XXXXXX~~, Unidade Local de Saúde da Arrábida, cuja Investigadora Principal é a Enf.ª Maria Dulce Santos.

O estudo é um projeto de investigação, conferidor de grau (mestrado), interventivo, que tem como objetivo principal integração de competências especializadas no domínio da Enfermagem de Saúde Familiar, através da aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto da transição para o envelhecimento, visando potenciar a autonomia e a capacitação para o autocuidado ao longo deste processo, nas famílias de meia-idade.

O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética (CE) e do Encarregado de Proteção de Dados (EPD), não contempla contrato financeiro, nem custos para a ULSA.

Face ao exposto submete-se à consideração superior,

Filipe Seixo

Anexo V- Pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULSA, para realização do estudo



**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO**

Título do Estudo: O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar na Promoção do Autocuidado para o Envelhecimento Saudável nas Famílias de Meia-Idade

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo no Serviço de USF Santiago de Palmela, da Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.

O Investigador Principal,

Maria Dulce Pereira Dos Santos

Palmela, 06/10/2025



Assinado por: Maria Dulce
Pereira dos Santos
Identificação: 8110321812
Data: 2025-10-05 às 15:48:20

Anexo VI- Pedido de autorização de Escala FACES II

16/01/26, 11:30

Alunos da Universidade de Évora Correio - Pedido de autorização de utilização de Escala



Dulce Santos <m60997@alunos.uevora.pt>

Pedido de autorização de utilização de Escala

3 mensagens

Dulce Santos <m60997@alunos.uevora.pt>

23 de outubro de 2025 às 17:37

Para: "otiliamf@gmail.com" <otiliamf@gmail.com>

Exma. A Sra. Professora Doutora Otilia Fernandes,
Chamo-me Dulce Santos e sou aluna do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na ESESJD, na Universidade de Évora. Encontro-me actualmente, a desenvolver um projecto de desenvolvimento de competências, na USF Santiago de Palmela, com o tema: O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE FAMILIAR NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NAS FAMÍLIAS DE MEIA-IDADE.

Venho por este meio solicitar a vossa autorização para aplicação da versão portuguesa autorizada do questionário, "Faces II", para complementar o meu projecto.

Todos os dados recolhidos são confidenciais e anonimizados.

Agradeço desde já a atenção dispensada

Dulce Santos

otília monteiro fernandes <otiliamf@gmail.com>

30 de outubro de 2025 às 20:03

Para: Dulce Santos <m60997@alunos.uevora.pt>

Cara Dulce Santos,

Como está? Espero que esteja bem! E desculpe a demora na resposta!

Venho, por este meio, autorizá-la a utilizar a minha versão/adaptação da FACES II, de 1995.

Bom trabalho e bom tudo na vida, e um abraço,

Otilia Monteiro Fernandes
Departamento de Educação e Psicologia
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro | UTAD

Anexo VII- Autorização para utilização do HLS-EU-QT16



Dulce Santos <m60997@alunos.uevora.pt>

FW: Autorização para utilização do HLS-EU-PT-Q16 no contexto/projeto requerido

2 mensagens

Ana Rita Pedro <rita.pedro@ensp.unl.pt>

23 de setembro de 2025 às 12:29

Boa tarde.

É com muito gosto que autorizamos a utilização da escala por nós validada para o contexto português. Conforme solicitado, envio em anexo a referida escala.

Peço que em publicações e comunicações seja citado o artigo de validação da mesma em Portugal:
<https://www.mdpi.com/1660-4601/20/4/2892>

Se for necessária ajuda para o cálculo dos Scores, por favor não hesite em contactar. De salientar que esta escala foi desenvolvida para a população com 15 ou mais anos de idade.

Dado que este é um tema de foco na nossa investigação, gostaríamos de poder ir acompanhando os resultados a que chegarem, pelo que solicito que os partilhem connosco quando for oportuno.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Pedro, PhD

Escola Nacional de Saúde Pública

Anexo VIII- APGAR Familiar de Smilkstein, da Família B

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

Fonte: <https://pt.scribd.com/document/411590036/Apgar-Escala>

Anexo IX- Escala de FACES II, da Família B

	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 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 dizer aquilo que lhes apetece.				X	
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	X				

16. Quando é preciso resolver problema, as sugestões dos filhos são tidas em conta.				X	
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.				X	
18. Na nossa família somos justos quanto á disciplina.			X		
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são 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 responsabilidades.				X	
23. Gostamos de passar 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 interesse e passatempos em comum uns com os outros.			X		

Fonte: Fernandes, N. *Adaptação portuguesa da FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)*. 1995.

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

Anexo X- Escala de Readaptação de Holmes e Rahe, da Família B

1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do conjugue	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim da escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições/horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	30	35	Mudança de atividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de atividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança no nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alterações n.º discussões c/ cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um empréstimo	30	43	Pequenas transgressões	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			

Fonte: Figueiredo, M. (Coord).2023

Avaliação:

150-200- Menor probabilidade e incidência de doenças

>200 e < 300- 50% probabilidades de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica num futuro próximo

>300- 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática

Anexo XI- índice de bem-estar OMS, da Família B

Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998							
Indique, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas últimas duas semanas. Note que os números maiores indicam maior bem-estar.							
Exemplo: Se ao longo das últimas duas semanas se sentiu alegre e bem disposto/a durante mais de metade do tempo, coloque uma cruz no quadrado com o número 3							
	<i>Durante as últimas duas semanas</i>	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais de metade do tempo	Menos de metade do tempo	Algumas vezes	Nunca
1	Senti-me alegre e bem disposto/a	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0
2	Senti-me calmo/a e tranquilo/a	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0
3	Senti-me activo/a e enérgico/a	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0
4	Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0
5	O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0

Fonte: <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01>

Anexo XII- HLS-EU-PT-Q16- Questionário Europeu de Literacia em Saúde, da Família B

1. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	1 - Muito Difícil <u>2 - Difícil</u> 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei

7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil
	5 - Não Sei
8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o <i>stress</i> ou a depressão?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	1 - Muito Difícil <u>2 - Difícil</u> 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
13. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei

14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	1 - Muito Difícil <u>2 - Difícil</u> 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
15. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil <u>3 - Fácil</u> 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei

Fonte: Pedro, Ana Rita, Beatriz Raposo, Luís Luís, Odete Amaral, Ana Escoval, e Sara Simões Dias. «Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20, n.º 4 (2023): 2892. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>.

Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a ...:

Avaliação:

Muito difícil-0; Difícil-0, Fácil-1; Muito Fácil-1

> ou = 13- Adequado

9-12 - Problemático

< ou = 9 - Inadequado

Anexo XIII- APGAR Familiar de Smilkstein, da Família C

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

Fonte: <https://pt.scribd.com/document/411590036/Apgar-Escala>

Anexo XIV- FACES II, da Família C

	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 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 dizer aquilo que lhes apetece.				X	
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.			X		

16. Quando é preciso resolver problema, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	X				
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					X
18. Na nossa família somos justos quanto á disciplina.			X		
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são 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 responsabilidades.				X	
23. Gostamos de passar 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 interesse e passatempos em comum uns com os outros.				X	

Fonte: Fernandes, N. *Adaptação portuguesa da FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)*. 1995.

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

Anexo XV- Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, da Família C

1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do conjugue	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim da escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições/horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	30	35	Mudança de atividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de atividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança no nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alterações n.º discussões c/ cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um empréstimo	30	43	Pequenas transgressões	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			

Fonte: Figueiredo, M. (Coord).2023

150-200- Menor probabilidade e incidência de doenças

>200 e < 300- 50% probabilidades de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica num futuro próximo

>300- 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática

Anexo XVI- índice de bem-estar OMS, da Família C

	<i>Durante as últimas duas semanas</i>	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais de metade do tempo	Menos de metade do tempo	Algumas vezes	Nunca
1	Senti-me alegre e bem disposto/a	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
2	Senti-me calmo/a e tranquilo/a	☐ 5	☒ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
3	Senti-me activo/a e enérgico/a	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
4	Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a	☐ 5	☒ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
5	O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	☐ 5	☒ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0

Fonte: <https://www.who.int/pt/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01>

Anexo XVII - Questionário Europeu de Literacia em Saúde, da Família C

Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a ... :

1. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei

7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	5 - Muito Difícil 6 - Difícil 7 - Fácil 8 - Muito Fácil
	5 - Não Sei
8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o <i>stress</i> ou a depressão?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
13. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei

14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
---	--

15. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei
16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	6 - Muito Difícil 7 - Difícil 8 - Fácil 9 - Muito Fácil 10 - Não Sei

Fonte: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/4/2892>

Difícil e muito difícil- 0

Fácil e muito fácil-1

>13 – Adequado

9-12- Problemático

< 8- Inadequado

Anexo XVIII - Certificado de presença no “EaQ – A importância da Literacia em Saúde na Enfermagem”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA DULCE PEREIRA DOS SANTOS

membro nº **8149** desta Ordem, participou no(a) "**EaQ - A importância da Literacia em Saúde na Enfermagem**", realizado **no dia 27 de Março de 2025**, com duração total de **2H**, no(a) **Plataforma digital “Cisco Webex Events”**.

Porto, 27 de Março de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

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

Miguel Vasconcelos

Anexo XIX- Certificado de presença no “Webinar - Múltiplas Respostas de Enfermagem para a Comunidade”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA DULCE PEREIRA DOS SANTOS

membro nº **8149** 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 XX- Certificado de presença no “Ciclo de Webinares “ Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar”- 3ª Sessão



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA DULCE PEREIRA DOS SANTOS

membro nº **8149** desta Ordem, participou no(a) "**Ciclo de webinares "Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar" - 3ª Sessão**", realizado no dia **15 de Maio de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Ponta Delgada, 15 de Maio de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Pedro Soares".

Pedro Soares

Anexo XXI- Certificado de presença no “Ciclo Webinares - Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar”- 5ª Sessão



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA DULCE PEREIRA DOS SANTOS

membro nº **8149** desta Ordem, participou no(a) "**Ciclo webinares - Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar - 5ª Sessão**", realizado no dia **3 de Junho de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Ponta Delgada, 3 de Junho de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Pedro Soares".

Pedro Soares

Anexo XXII- Declaração de conclusão do Curso “Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor”



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que o/a Senhor/a Enfermeiro/a **MARIA DULCE PEREIRA DOS SANTOS**, membro nº **8149** desta Ordem, concluiu com aproveitamento, de **20 de Janeiro' de 2026 a 3 de Março de 2026**, o curso "**Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor - Básico - 1ª Edição [E-learning] | 2026**" (1), com duração de **30 horas**, realizado através da Plataforma **Plataforma EnForma**.

Lisboa, 3 de Março de 2026

Pl'O Bastonário

Assinatura manuscrita de Ana Fonseca em tinta preta.

Ana Fonseca



APÊNDICES

Apêndice I- Informação aos Participantes

Informação aos participantes

Caro(a) Participante,

Título do Projeto: O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar na Promoção do Autocuidado para o Envelhecimento Saudável nas Famílias de Meia-Idade

Investigadora: Enfermeira Maria Dulce Pereira dos Santos

Orientação Científica: Professor Edgar Duarte Canais

Instituição: Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

- Enquadramento:** No âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, surge a elaboração deste projeto com o objetivo de capacitar as famílias de Meia-Idade na promoção do autocuidado para o Envelhecimento Saudável, através de intervenções do enfermeiro de saúde familiar, promovendo o autocuidado, a literacia em saúde e o fortalecimento do suporte familiar. O estudo será desenvolvido junto de três famílias com um membro na faixa etária entre 45 e 64 anos, inscritos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E., que aceitem participar no mesmo, com início no momento da sua autorização até ao dia 30 de janeiro de 2026.
O presente estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética e do Encarregado de Proteção de Dados da Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E.
- Objetivo do Estudo:** Identificar as necessidades em saúde, planejar intervenções educativas e avaliar resultados positivos na saúde das pessoas que acontecem devido ao acompanhamento, cuidados e apoio dos enfermeiros de saúde familiar, utilizando instrumentos validados a nível internacional de avaliação inerentes à aplicação Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998, HLS-EU-Q16 (Health Literacy Survey – European Questionnaire 16) e
- Duração e local da participação:** A participação no estudo implica a realização de duas entrevistas semi estruturadas, a primeira com a duração estimada de 30 a 50 minutos com aplicação dos instrumentos inerentes ao modelo Calgary; a segunda entrevista com a duração prevista de 20 a 30 minutos, onde serão preenchidas o Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998 e a HLS-EU-Q16 (Health Literacy Survey – European Questionnaire 16). As entrevistas terão lugar em local previamente designados, de acordo com a preferência do participante e da sua família, garantindo a privacidade e conforto necessários. A duração das entrevistas poderá variar conforme o ritmo individual de resposta.
- Participação Voluntária:** A participação neste projeto é totalmente voluntária, podendo o participante recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo nos cuidados de saúde prestados, nem na relação com os serviços de saúde. Para isso, basta comunicar a sua decisão para o número de telefone 910486794 do Investigador Dulce Santos.
- Confidencialidade:** Todas as informações recolhidas serão tratadas de forma confidencial e utilizadas exclusivamente para fins académicos e científicos. Os registos eletrónicos clínicos são armazenados no computador direcionado, com acesso protegido por palavra-passe. Os dados serão anonimizados e codificados, atribuindo letras em tabelas de Excel, garantindo o sigilo das identidades dos participantes.
- Benefícios e Riscos:** A participação contribuirá para a promoção de cuidados de saúde mais direcionados às necessidades da família e da pessoa em meia-idade, fortalecendo o autocuidado e a literacia em saúde. Não são esperados riscos associados à participação no estudo.
- Esclarecimentos:** Qualquer questão ou dúvida relativa ao estudo pode ser esclarecida pelo Investigador Dulce Santos através do contacto: m60997@alunos.uevora.pt e/ou telemóvel 910486794.
- Se pretender efetuar reclamação, pode efetuar-la para o Coordenador da USF Santiago de Palmela, Dr. António Dias através do contato: usf.santiago@ulsa.min-saude.pt

Na sequência de aceitação da participação, livre e esclarecida, ser-lhe-á solicitado que assine a Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido em anexo.

Investigador: Enfermeira Maria Dulce Pereira dos Santos

Data: ____/____/____

Apêndice II- Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Maria Dulce Pereira dos Santos, mestranda em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, a desenvolver o projeto subordinado ao tema: **"O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar na Promoção do Autocuidado para o Envelhecimento Saudável nas Famílias de Meia-idade"**, com a orientação científica do Professor Edgar Duarte Canais, solicita a sua disponibilidade para participar na entrevista, com o objetivo de colaborar no referido estudo.

Com a assinatura do presente termo de consentimento informado, livre e esclarecido, manifesto:

- Saber que o objetivo do estudo é capacitar as famílias de Meia-idade, para a promoção do autocuidado para o envelhecimento saudável, através de intervenções do enfermeiro de saúde familiar;
- Saber que a minha participação é voluntária, podendo ser interrompida em qualquer momento;
- Saber que da aceitação em participar no estudo não decorrem quaisquer benefícios ou prejuízos;
- Saber que da recusa em qualquer momento em participar no estudo não decorrem quaisquer benefícios ou prejuízos;
- Saber que foi pedida autorização do Encarregado/a de Proteção de Dados da ULSA;
- Saber que a minha identificação será mantida no anonimato;
- Saber que caso este estudo venha a ser publicado, todos os dados serão mantidos anónimos e nenhuma identificação do/a participante constará;
- Saber que a informação recolhida na entrevista é confidencial e se destina exclusivamente a ser utilizada neste estudo;
- Ter esclarecido com o investigador qualquer questão não respondida neste termo de consentimento;
- Autorizar que a entrevista seja gravada em suporte áudio, sabendo que a gravação será destruída após a transcrição.

Li e compreendi o conteúdo deste documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo/a investigador/a.

Declaro que tive tempo para refletir sobre a minha decisão de participar neste estudo.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências, através do contacto telefónico 910486794, do Investigador Dulce Santos.

Declaro que aceito participar neste estudo, e que tomo a minha decisão de forma informada, livre e esclarecida e que permito a utilização dos meus dados para esta investigação, com as garantias de confidencialidade e anonimato que me foram dadas pelo investigador/a.

Assinatura do Participante: _____

Data: ____/____/____

Confirmo que expliquei ao/a participante de forma adequada e inteligível os procedimentos necessários do estudo. 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 do/a participante no estudo.

Assinatura do Investigador: _____

Data: ____/____/____

Apêndice III- Entrevista Semiestruturada

Entrevista semiestruturada para avaliação estrutural, desenvolvimento e funcionamento das famílias e avaliação acerca do conhecimento sobre autocuidado em Famílias de Meia-Idade

- Quem faz parte da família? Ou pode contar-nos um pouco acerca da sua família?
- Enumere as pessoas que fazem parte do agregado familiar? Ou com quem reside atualmente? Há outros familiares importantes que não vivem consigo?
- Vive mais alguém convosco?
- Tem filhos? Se sim, quantos? Idades e ocupações? Qual é o mais velho? Que idade tem? E o seguinte? Tem netos? Quantos? Idades?
- Qual é a sua naturalidade (onde nasceu)? E o seu cônjuge?
- Os seus filhos nasceram onde?
- Qual o estado civil das pessoas da família? Qual é o papel de cada membro da família?
- Atualmente encontra-se: ativo profissionalmente, desempregado, reformado? E os restantes membros da família?
- Qual o seu nível de escolaridade mais elevado concluído? E dos restantes membros da família? Qual a sua profissão?
- Consegue descrever as funções de cada membro?
- Há histórico de doenças crónicas na sua família? Se sim, quais?
- Quem constitui a sua família alargada?
- Qual a sua relação com a família alargada? E os restantes membros do agregado familiar? Existe algum conflito com um ou vários elementos da sua família alargada?
- Esses elementos apoiam a sua família? Em quê? E quando? Existe alguma rede de apoio fora da família extensa?
- Como descreveria a sua saúde atualmente?
- Quais são os cuidados que tem com a sua saúde no dia a dia?
- Com que frequência faz exames médicos de rotina?
- Que tipo de alimentação costuma fazer?
- Pratica alguma atividade física? Com que regularidade?
- Fuma?
- Onde costuma procurar informações sobre saúde (internet, centros de saúde, familiares, etc.)?
- O que o(a) motiva a cuidar de si?
- Que dificuldades encontra para manter hábitos saudáveis?
- Como concilia as responsabilidades familiares/profissionais com o tempo para cuidar de si?
- Já ouviu falar de autocuidado? O que é para si o autocuidado?
- Na sua opinião, qual o papel da família na promoção do autocuidado?
- Há alguma prática de saúde que promovam em conjunto como família?
- De que forma incentiva outros membros da família a cuidarem de si?
- Que organizações, grupos ou amigos interagem regularmente com a família? E de que forma a influenciam?
- Qual a sua principal fonte de rendimento? Trabalho, Reforma, Pensão, Outro? E dos restantes membros da família?
- Recebe algum apoio social do Estado ou de instituições? Recebe apoio familiar (ex.: cuidados, alimentação, companhia)? Recebe algum tipo de apoio domiciliário?
- A situação financeira da família influencia de algum modo o recurso da mesma?
- Qual a sua religião? E dos restantes elementos do agregado? Pratica regularmente?

- Considera que o espaço da sua habitação tem espaço suficiente para o número de elementos da família?
- Habitação com barreiras arquitetónicas (Higiene da habitação, ventilação do local, Habitação conservada, Habitação espaçosa, Luz natural)?
- A sua habitação tem condições de saneamento básico? E eletricidade e aquecimento?
- Considera que é suficientemente arejada e ventilada? Como classifica a localização da sua casa?
- Como percebe/vê a relação da família com a vizinhança?
- Há aspetos culturais, religiosos ou espirituais importantes na vossa dinâmica familiar?
- Cumprimento da vacinação e comportamento de procura de saúde (frequência nas consultas)– visualização do histórico de consultas e vacinação.
- Higiene da habitação (observação durante a visita domiciliar, se possível)
- Tem algum animal doméstico? (higiene do animal, higiene do local circundante, vacinação, desparasitação)
- Como classifica a sua relação com os outros membros da família? E os restantes elementos 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 nesse vínculo? Houve alguma mudança importante recentemente na vossa vida familiar?
- Existem alguns eventos recentes como por exemplo: casamento, nascimento, separação, morte de familiar?
- Considera que a família comunica entre si?
- Identifica alguma dificuldade de comunicação entre a família?
- Qual a capacidade de comunicação de cada elemento da família? Existe comunicação entre os elementos da família?
- Quando comunicam entre si, fazem-no de forma clara?
- Existe discussão/conversa sobre os problemas da família? Quem tem maior facilidade em identificar os problemas?
- A família tem capacidade para resolver esses problemas? Ou recorrem a outras pessoas?
- Costuma ter com quem conversar?
- Considera-se uma pessoa socialmente ativa?
- Existe alguma situação que o torne menos comunicativo?
- Quantas refeições costumam fazer por dia?
- Quem é responsável pela confeção dos alimentos?
- Como são cozinhados normalmente os alimentos (fritos, grelhados...)? Quais os condimentos que são utilizados na confeção dos alimentos?
- Existe algum fator que influencie a sua alimentação (emocional, financeiro, dentição...)?
- Tem alguma dificuldade na eliminação intestinal e/ou vesical? Se sim, faz alguma medicação?
- Com que regularidade tem eliminações vesicais e intestinais? E os restantes membros da família?
- Tem incontinência vesical ou intestinal? *Se sim, que usa?
- Como realiza a sua higiene pessoal? Quantas vezes lavam os dentes por dia?
- Sente alguma dificuldade em realizar a sua higiene? Se sim em que atividades? Que importância tem a higiene na sua vida?
- Com que regularidade muda e lava a roupa?

- Sabe avaliar a sua temperatura corporal?
- Tem algum instrumento de avaliação em casa? Sabe o que fazer em caso de febre?
- Tem roupa adequada às estações do ano? Considera a sua casa quente ou fria?
- Tem algum tipo de aquecimento?
- Tem alguma limitação física que interfira nas suas atividades de vida? E a restante família? Algum membro da família necessita de ajuda nesta atividade?
- Já sofreu algum acidente que tenha afetado/afete a sua mobilização?
- Pratica alguma atividade física? Quantos vezes por semana e durante quanto tempo? Como se adapta para realizar as tarefas? Usa algum instrumento de apoio?
- Sente alguma limitação com o aumento da idade?
- O seu estado laboral adequa-se ao seu estado de saúde?
- Considera que o seu horário laboral e o trabalho (ex.: por turnos) influenciam a dinâmica familiar?
- Que atividades pratica no seu tempo livre? O que gosta de fazer como hobbie? Costuma sair/estar com os seus amigos/familiares? Com que frequência?
- Acha que tem tanto tempo quanto gostaria para si?
- Houve mudança na vossa intimidade ao longo dos anos? Sente que a idade afetou a sua sexualidade e sua relação?
- Quantas horas costuma dormir? Tem dificuldades em adormecer?
- Se sim, toma alguma medicação para adormecer? Qual?
- Algum elemento do agregado tem alguma dificuldade ou perturbação durante o sono? De manhã sente que teve um sono repousante?
- Em algum sentido o aumento da idade afetou o seu sono?
- Como encara a morte?
- Já vivenciou alguma situação mais marcante? Como descreve essa situação? Tem medo da morte ou o pensamento de morrer assusta-o?
- 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?
- Existem papéis definidos para cada elemento da família (Papel provedor/ Papel gestão financeira/ Papel Cuidado Doméstico/ Papel Recreativo/ Papel Parental)
- Existem conflitos relacionados com perspectivas diferentes sobre os papéis dentro da família?
- 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?
- Quais os valores que guiam a vossa 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?
- Dentro da família, quem tem uma relação mais próxima ou aliança especial entre si? Como é que essa aliança se manifesta dentro da família?
- Como é que a família se apoia em momentos de dificuldade?