



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Enfermagem de Saúde Familiar e Gestão Terapêutica da DPOC: Capacitação da Família no Autocuidado da Pessoa Doente

Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas

Março 2025

Enfermagem de Saúde Familiar e Gestão Terapêutica da DPOC: Capacitação da Família no Autocuidado da Pessoa Doente

Eunice José Carvalho Nogueira de Seixas

Estágio com Relatório Final

Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Março 2025

*“Knowledge is empowering to those who develop it,
those who use it and those who benefit from it”*

Afaf Meleis

Agradecimentos

A jornada que culmina neste relatório de estágio foi muito mais do que um desafio académico. Foi um caminho de crescimento, de descoberta e de partilha. E nenhum caminho se percorre sozinho. Sendo assim quero expressar o meu mais sincero e profundo agradecimento:

À Professora Doutora Ana Andrade, pelo acompanhamento atento, pelas sugestões valiosas, por palavras certas nos momentos certos e pela inspiração para seguir sempre mais além.

À Enfermeira Mestre e Especialista Vera Massa, minha enfermeira supervisora de estágio, pelo acolhimento generoso, pela partilha de conhecimentos e saberes, pela dedicação com que me guiou ao longo desta formação e experiência.

À Escola Superior de Saúde de Viseu e ao corpo docente do primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar, pelo conhecimento transmitido, pelos desafios lançados e pelo estímulo constante à excelência.

À Unidade de Saúde Familiar e a todos os seus profissionais — médicos, equipa de enfermagem, administrativos e auxiliares — pelo profissionalismo, pela disponibilidade e, sobretudo, pela forma calorosa como me integraram, tornando cada dia de aprendizagem mais leve e enriquecedor.

Aos utentes e às famílias que aceitaram participar no estudo e me abriram as portas das suas casas e das suas vidas, partilhando histórias, experiências e aprendizagens que levarei sempre comigo.

Aos meus colegas desta jornada, pelo companheirismo e pela partilha de desafios e conquistas. E aos meus colegas de trabalho pelo suporte, compreensão e por me ajudarem a gerir este percurso.

À minha mãe, pilar inabalável de amor e incentivo, à minha família e aos poucos, mas verdadeiros amigos, que souberam ser luz nos momentos de incerteza e força quando o cansaço ameaçava pesar mais.

E, por fim, também um agradecimento àqueles que, de forma direta ou indireta, me desafiaram de outras maneiras. Sem o saberem, contribuíram para que eu me tornasse mais forte, mais resiliente e ainda mais determinada, tornando esta conquista ainda mais significativa.

Bem hajam!

Resumo

A família, enquanto sistema dinâmico e complexo, passa por diversas transições ao longo do seu ciclo vital. A transição saúde – doença representa um dos maiores desafios, podendo comprometer o equilíbrio e o funcionamento familiar. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica constitui um dos principais desafios de saúde pública a nível global. Esta patologia afeta não só a qualidade de vida da pessoa doente, mas também a dinâmica familiar.

O estudo tem como objetivos avaliar as famílias com membros portadores de DPOC; intervir nas famílias como unidade de cuidados, no que respeita às necessidades de gestão terapêutica identificadas; avaliar os ganhos em saúde para as famílias.

A metodologia assenta numa abordagem qualitativa, recorrendo ao método de estudo de casos múltiplos, ao processo de enfermagem e ao MDAIF como referencial teórico. Foram realizadas cinco entrevistas a cada uma das famílias em estudo (quatro) para colheita de dados e respetivas intervenções de enfermagem. Foram cumpridos todos os procedimentos éticos.

Resultados: As famílias em estudo apresentavam conhecimento não demonstrado na técnica inalatória. Após intervenção com base na capacitação do membro portador de DPOC e família verificou-se uma mudança no status. Obtiveram-se ganhos em saúde, nomeadamente na participação da família na administração da medicação inalatória e nas dinâmicas familiares.

Conclusões: O MDAIF revelou-se um excelente instrumento de trabalho, permitindo sistematizar e orientar os cuidados de enfermagem à família. A abordagem sistémica da família revelou-se significativa, permitindo identificar necessidades familiares e desenvolver intervenções de capacitação, que impulsionaram mudanças positivas.

Palavras-Chave: Enfermagem Familiar, Saúde da Família, Autocuidado, Cuidados de Saúde Primários

Abstract

The family, as a dynamic and complex system, goes through several transitions throughout its life cycle. The health-illness transition represents one of the greatest challenges, and can compromise family balance and functioning. Chronic Obstructive Pulmonary Disease constitutes one of the main public health challenges at a global level. This pathology affects not only the quality of life of the sick person, but also family dynamics.

The study aims to evaluate families with members with COPD; intervene in families as a care unit, with regard to identified therapeutic management needs; assess health gains for families.

The methodology is based on a qualitative approach, using the multiple case study method, the nursing process and the MDAIF as a theoretical framework. Five interviews were conducted with each of the families under study (four) to collect data and respective nursing interventions. All ethical procedures were followed.

Results: The families under study presented no demonstrated knowledge of the inhalation technique. After intervention based on training of the member with COPD and family, a change in status was observed. Health gains were achieved, particularly in family participation in the administration of inhaled medication and in family dynamics.

Conclusions: The MDAIF proved to be an excellent work instrument, allowing the systematization and guidance of nursing care for the family. The systemic approach to the family proved to be significant, allowing the identification of family needs and the development of empowerment interventions, which drove positive changes.

Keywords: Family Nursing, Family Health, Self-Care, Primary Health Care

Sumário

Pág.

Lista de tabelas

Lista de Figuras

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

Introdução	21
1. Caracterização do Contexto Clínico	23
1.1. Caracterização da Unidade de Saúde Familiar	23
1.2. Caracterização dos Utentes da Unidade de Saúde Familiar	25
1.3. Carteira Básica de Serviços	26
1.4. Caracterização da Lista de Utentes da Equipa de Saúde Familiar	28
2. Atividades Desenvolvidas na Prática Clínica Especializada	31
3. Estudo de Investigação	35
3.1 Enquadramento Teórico	35
3.1.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	35
3.1.2 Autocuidado e Doença Crónica	50
3.1.3 Gestão do Regime Terapêutico	52
3.1.4 Gestão do regime Medicamentoso	55
3.1.5 A Família	56
3.1.6 A Família na Transição Saúde – Doença	64
3.2 Metodologia	71
3.3 Resultados	77
3.3.1 Descrição da Prestação de Cuidados e Caracterização Sociodemográfica das Famílias	78
3.3.2 Avaliação da Família 1	80
3.3.3 Avaliação da Família 2	93
3.3.4 Avaliação da Família 3	103
3.3.5 Avaliação da Família 4	113
3.3.6 Ganhos em Saúde	121
4. Contributos para o Desenvolvimento de Competências	139
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	139

4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar	150
Conclusão	173
Referências Bibliográficas	177
Apêndices	189
Anexos	257

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 1	Distribuição dos utentes da USF por grupos etários e género	26
Tabela 2	Distribuição dos Utentes inscritos na Lista da Enfermeira de Família	29
Tabela 3	Serviços disponíveis na carteira básica	31
Tabela 4	Caracterização sociodemográfica dos participantes	79
Tabela 5	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 1, para a Dimensão Estrutural	82
Tabela 6	Diagnósticos para a área de dimensão estrutural da família 1	83
Tabela 7	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 1, para a Dimensão Desenvolvimento	84
Tabela 8	Diagnósticos para a área de dimensão desenvolvimento da família 1	87
Tabela 9	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 1, para a Dimensão Funcional	88
Tabela 10	Diagnósticos para a área de dimensão funcional da família 1 (parte I)	89
Tabela 11	Diagnósticos para a área de dimensão funcional da família 1 (parte II)	92
Tabela 12	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 2, para a Dimensão Estrutural	96
Tabela 13	Diagnósticos para a área de dimensão estrutural da família 2	97
Tabela 14	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 2, para a Dimensão Desenvolvimento	97
Tabela 15	Diagnósticos para a área de dimensão desenvolvimento da família 2	99
Tabela 16	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 2, para a Dimensão Funcional	100
Tabela 17	Diagnósticos para a área de dimensão funcional da família 2 (parte I)	101
Tabela 18	Diagnósticos para a área de dimensão funcional da família 2 (parte II)	103

		Pág.
Tabela 19	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 3, para a Dimensão Estrutural	105
Tabela 20	Diagnósticos para a área de dimensão estrutural da família 3	107
Tabela 21	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 3, para a Dimensão Desenvolvimento	107
Tabela 22	Diagnósticos para a área de dimensão desenvolvimento da família 3	109
Tabela 23	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 3, para a Dimensão Funcional	110
Tabela 24	Diagnósticos para a área de dimensão funcional da família 3 (parte I)	111
Tabela 25	Diagnósticos para a área de dimensão funcional da família 3 (parte II)	113
Tabela 26	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 4, para a Dimensão Estrutural	115
Tabela 27	Diagnósticos para a área de dimensão estrutural da família 4	116
Tabela 28	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 4, para a Dimensão Desenvolvimento	117
Tabela 29	Diagnósticos para a área de dimensão desenvolvimento da família 4	118
Tabela 30	Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 4, para a Dimensão Funcional	119
Tabela 31	Diagnósticos para a área de dimensão funcional da família 4 (parte I)	120
Tabela 32	Diagnósticos para a área de dimensão funcional da família 4 (parte II)	121

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1	Constituição da USF	25
Figura 2	Classificação de doentes com DPOC antes e após 2024	41
Figura 3	Genograma da Família 1	81
Figura 4	Ecomapa da Família 1	82
Figura 5	Genograma da Família 2	94
Figura 6	Ecomapa da Família 2	95
Figura 7	Genograma da Família 3	104
Figura 8	Ecomapa da Família 3	105
Figura 9	Genograma da Família 4	114
Figura 10	Ecomapa da Família 4	115

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AVD'S	Atividades de Vida Diária
BI-CSP	Bilhete de Identidade – Cuidados de Saúde Primários
CDC	Centro de Controlo e Prevenção de Doenças
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CM	Câmara Municipal
COPD CAT	<i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test</i>
COVID19	<i>Coronavirus Disease</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CVF	Capacidade Vital Forçada
DGS	Direção Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DTPa	Difteria, Tétano e Tosse Convulsa
EADPOC	Exacerbação Aguda da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEEC-ESF	Enfermeiro Especialista Enfermagem Comunitária Enfermagem Saúde Familiar
EF	Enfermeiro de Família
ESF	Enfermagem de Saúde Familiar
GHAF	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
HFT	Terapia de Alto Fluxo
HTA	Hipertensão Arterial
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiros
ICS	Corticosteroides Inalatórios
INE	Instituto Nacional de Estatística
LABA	Antagonista Muscarínicos de Longa Duração
LAMA	Agonista beta-2 de Longa Duração
MDAIF	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
MF	Médico de Família
MIM@UF	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
mmHg	Milímetros de Mercúrio
mMRC	Escala <i>Modified Medical Research Council</i>
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>

NHFC	Cânula Nasal de Alto Fluxo
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAC	Pneumonia Adquirida na Comunidade
PAI	Plano de Acompanhamento Interno
PaO ₂	Pressão Parcial de Oxigénio
PAUF	Plano de Ação pelas Unidades Funcionais
Pn13	Vacina Pneumocócica Polissacárida Conjugada, 13-valente
Pn20	Vacina Pneumocócica Polissacárida 20-valente
Pn23	Vacina Pneumocócica Polissacárida 23-valente
PNV	Programa Nacional de Vacinação
RCCU	Rastreio do Cancro do Colo do Útero
RCR	Rastreio do Cólon e do Reto
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SARS CoV2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>
SC	Secretário Clínico
SCM	Santa Casa da Misericórdia
SIARS	Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SpO ₂	Saturação de Oxigénio
TGS	Teoria Geral dos Sistemas
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
VEF	Volume Expiratório Forçado
VNI	Ventilação Não Invasiva
VSR	Vírus Sincicial Respiratório

Introdução

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) constitui um dos principais desafios de saúde pública a nível global, sendo segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) caracterizada por uma limitação progressiva e irreversível do fluxo aéreo, frequentemente associada à exposição prolongada a agentes nocivos, como o tabaco e poluentes ambientais (GOLD, 2023). Esta patologia afeta não só a qualidade de vida da pessoa doente, mas também a dinâmica familiar, exigindo uma abordagem integrada que contemple não apenas a gestão terapêutica, mas também o envolvimento da família no processo de autocuidado. A enfermagem de saúde familiar desempenha um papel fundamental neste contexto, promovendo a capacitação dos cuidadores e reforçando estratégias que visam a autonomia e a melhoria da qualidade de vida dos doentes (Sousa et al., 2021).

A gestão terapêutica da DPOC envolve um plano de cuidados multidimensional, incluindo o controlo sintomático, a adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica, a reabilitação pulmonar e a modificação dos fatores de risco (Bourbeau et al., 2019). No entanto, a efetividade dessas intervenções depende, em grande medida, do suporte prestado pelos familiares, que muitas vezes assumem o papel de cuidadores informais. Estes, no entanto, enfrentam desafios significativos, nomeadamente a falta de conhecimento sobre a doença, o desgaste emocional e a sobrecarga física e psicológica (Cruz et al., 2020). Perante esta realidade, a capacitação da família emerge como um elemento central na enfermagem de saúde familiar, permitindo a implementação de estratégias que visam não só a melhoria do bem-estar do doente, mas também a minimização do impacto da doença na vida dos cuidadores.

Para compreender o impacto da DPOC no contexto familiar e a importância da intervenção da enfermagem, recorreu-se à Teoria dos Sistemas de Ludwig von Bertalanffy, que considera a família um sistema aberto, onde a doença de um dos seus membros desencadeia alterações em toda a estrutura familiar, exigindo ajustes para manter o equilíbrio e a funcionalidade do sistema (Bertalanffy, 1968). Da mesma forma, a Teoria das Transições de Afaf Meleis permite compreender as mudanças vivenciadas pelas famílias que assumem o papel de cuidadoras, destacando a necessidade de suporte adequado para facilitar esse processo de adaptação e prevenir impactos negativos na sua saúde e bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Neste contexto, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) será utilizado como referencial teórico, pois permite uma abordagem sistemática da família

enquanto unidade de cuidado, analisando os seus recursos, necessidades e estratégias para melhorar o autocuidado da pessoa com DPOC (Silva, 2015). Este modelo orienta a intervenção da enfermagem na capacitação dos cuidadores, promovendo a adaptação familiar às exigências da doença crónica e fortalecendo os laços entre os membros da família para um cuidado mais sustentável.

O estágio teve como principal objetivo a análise do impacto da capacitação da família no autocuidado da pessoa com DPOC, no contexto da enfermagem de saúde familiar. Para tal, foi utilizada a metodologia de estudo de casos múltiplos, permitindo uma análise aprofundada de diferentes realidades familiares, identificando padrões, dificuldades e potencialidades comuns (Stake, 2013). Através da observação, da participação ativa nos cuidados e da aplicação de estratégias de ensino e suporte, procurou-se compreender as dinâmicas familiares, identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores e propor intervenções que promovessem um cuidado mais eficaz e sustentável. A importância desta temática justifica-se pela necessidade crescente de integrar a família no plano terapêutico, capacitando-a para um papel mais ativo e consciente na gestão da doença, o que se traduz, em última instância, numa melhor qualidade de vida para a pessoa doente e para o seu núcleo familiar.

O relatório está estruturado em quatro capítulos, em que o primeiro descreve o contexto do local de estágio (USF). No capítulo dois são abordadas as atividades desenvolvidas na prática clínica especializada. No terceiro capítulo apresento o estudo de investigação, com avaliação e intervenção familiar, em quatro famílias e respetivos ganhos em saúde após intervenções de enfermagem. O capítulo quatro reporta-se aos contributos desenvolvidos tendo por base as competências do Enfermeiro especialista, nomeadamente as comuns e as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de saúde familiar.

1. Caracterização do Contexto Clínico

Neste capítulo, aborda-se a análise e descrição do contexto em que decorreu a prática clínica especializada, servindo como suporte ao percurso formativo realizado na Unidade Curricular – Estágio de Natureza Profissional de Cuidados de Saúde à Família em Contexto de USF/UCSP com Relatório Final. Esta experiência teve como propósito central o desenvolvimento de competências específicas no âmbito da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, orientadas para o perfil do Enfermeiro Especialista.

O conceito de competência traduz-se na capacidade de mobilizar, de forma integrada, diferentes saberes – como o saber-conhecer, saber-fazer, saber-conviver e saber-ser – com o objetivo de enfrentar e resolver situações práticas. A construção dessas competências exige a identificação e articulação desses saberes na prática profissional (Delors et al., 2003; Leonello et al., 2018). Neste contexto, o estágio supervisionado assume um papel crucial, permitindo ao profissional de Enfermagem não apenas aplicar o conhecimento teórico, mas também refletir sobre a prática clínica em proximidade com as famílias. Este processo fomenta no estudante um pensamento e um olhar crítico, utilizando o conhecimento adquirido previamente para delinear estratégias de intervenção que promovam ganhos em saúde nas famílias com consequente melhoria dos indicadores de saúde familiar (Pascoal & Souza, 2021).

3.1 Caracterização da Unidade de Saúde Familiar

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, implementada em 2005, teve como principal objetivo promover uma maior equidade no acesso à saúde. A criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) trouxe uma nova dinâmica aos centros de saúde, de forma mais estruturada para alcançar ganhos em saúde. Estas unidades caracterizam-se por possuir autonomia organizativa, funcional e técnica, operando de forma integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do Centro de Saúde ou da Unidade Local de Saúde (ULS) (Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho).

De acordo com o Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, as USF são definidas como unidades elementares destinadas à prestação de cuidados de saúde, tanto individuais como familiares, baseadas em equipas multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. Estas unidades podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C (Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho).

As USF têm a responsabilidade de elaborar, anualmente, um plano de ação que reflete o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde personalizados. Este plano inclui o compromisso assistencial, bem como os objetivos, indicadores e resultados a alcançar nas áreas de desempenho, serviços e qualidade. Adicionalmente, contempla o plano de formação e o plano de aplicação dos incentivos institucionais (Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, artigo 6.º, alínea 1).

A USF onde realizei o estágio referido, é parte integrante da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro (que pertencia até ao início de outubro de 2024 à Administração Regional de Saúde do Norte), e foi constituída ao abrigo do Decreto-Lei 103/2023 de 07 de novembro que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, tendo iniciado atividade a 1 de janeiro de 2024 como USF modelo B. A unidade funciona de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 20:00, e aos sábados, domingos e feriados, das 09:00 às 19:00.

Tem como Missão a prestação de cuidados de saúde primários personalizados, globais, transversais, integrados e de qualidade aos utentes e famílias inscritos. No que concerne à sua visão, aponta serviços de excelência ética, humana e técnica, procurando a melhoria constante, a participação, a responsabilidade visando os ganhos em saúde e satisfação dos utentes e profissionais. A conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, procura continua da melhoria e gestão participada são os valores desta USF (BI-CSP, 2024).

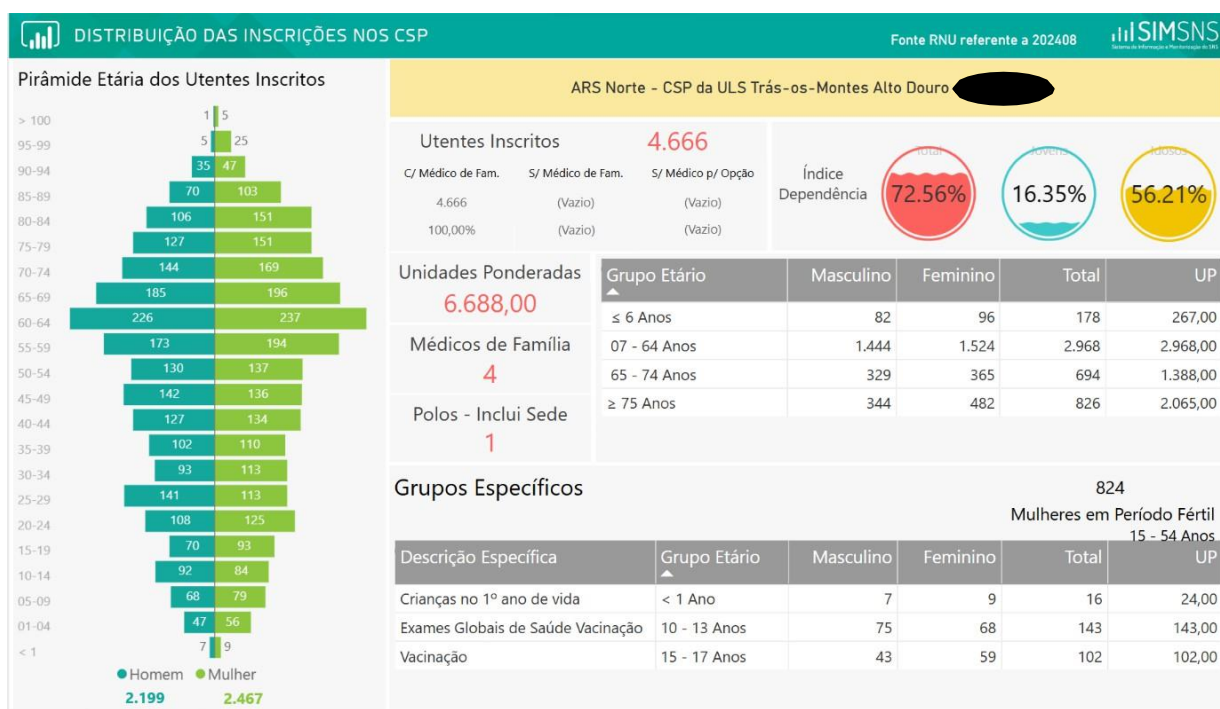
O edifício onde se encontra a USF é partilhado com outras unidades de saúde. Estão igualmente instaladas a Unidade de Cuidados na Comunidade e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Existem ainda, gabinetes alocados à Saúde Oral e um gabinete para a Consulta de Nutrição e Psicologia.

Com um total de 4666 utentes inscritos (BI-CSP®, setembro 2024), a USF é também constituída por uma equipa multidisciplinar com 13 profissionais: 4 médicos, 5 enfermeiros e 4 secretários clínicos.

A equipa está estruturada em 4 equipas de saúde familiar, compostas por um Médico de Família (MF), um Enfermeiro de Família (EF) e um Secretário Clínico (SC). A cada uma destas equipas multidisciplinares está atribuída uma lista de utentes/famílias. A prestação de cuidados a estes utentes compreende a vigilância, promoção da saúde e prevenção e tratamento da doença nas diversas fases de vida, a interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de gerir a saúde do cidadão e família.

De acordo com os dados obtidos da plataforma BI-CSP do SNS a 23 de setembro de 2024, podemos verificar pela análise da Figura 1 a constituição da USF, dentro da sua área de influência. Verifica-se uma pirâmide mais alargada no topo, refletindo um aumento da população idosa. Apresenta ainda, uma base contraída, (acentuada abaixo de um ano) e um alargamento do centro médio e superior. Observando a base, podemos comprovar o declínio da taxa de natalidade, analogamente àquela que é apresentada na pirâmide nacional. A população adulta tende a diminuir conforme a idade aumenta e no que respeita à população idosa é possível dizer que a expectativa de vida poderá estar em declínio (BI-CSP®, 2024).

Figura 1 – Constituição da USF



Fonte: BI-CSP do SNS a 23 de setembro de 2024

Para o ano de 2023/2024 estão contratualizados quatro Planos de Acompanhamento Internos (PAI), no entanto faço apenas referência ao PAI respeitante para o projeto de intervenção; PAI do DPOC - O presente PAI tem como principal objetivo melhorar a morbilidade e mortalidade dos utentes com DPOC, considerando a melhoria na qualidade da vigilância e dos cuidados prestados pelos familiares/cuidadores aos utentes com DPOC na USF.

1.2 Caracterização dos Utentes da Unidade de Saúde Familiar

Num total de 4666 utentes inscritos, o Índice de Dependência Total é de 72,56%. Entre os idosos, o índice de dependência é de 56,21%, acima dos valores registados para o total

nacional (38,25%). Já os jovens têm um índice de dependência de 16,35%, valor inferior ao do país (19,68%).

A distribuição dos utentes por grupos etários e sexo da USF está descrita na tabela 1. Da análise da tabela, constata-se que a maior parte dos utentes pertence ao grupo etário dos 7-64 anos, correspondendo a uma população ativa.

Tabela 1: Distribuição dos Utes da USF por Grupos Etários e Género

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
≤ 6 anos	82	96	178
07 – 64 anos	1444	1524	2968
65 – 74 anos	329	365	694
≥ 75 anos	344	482	826

Fonte: BI-CSP do SNS a 23 de setembro de 2024

Na carta de compromisso de 2024, a equipa estabelece objetivos específicos para problemas identificados. Um dos principais problemas diz respeito à adesão aos rastreios oncológicos, nomeadamente ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) e ao Rastreio do Cólon e do Reto (RCR), onde se verifica uma baixa taxa de adesão por parte dos utentes. Assim, um dos objetivos da equipa é aumentar a taxa de cobertura e sensibilizar tanto os utentes como a equipa para a importância do agendamento, realização e registo dos rastreios, promovendo, desta forma, a redução da mortalidade.

Outro problema identificado na área da Gestão da Saúde é a baixa adesão às consultas de Planeamento Familiar (PF), com uma elevada taxa de faltas às consultas agendadas. Para combater esta situação, a equipa pretende reforçar a importância das consultas de PF, convocando as mulheres em idade fértil para as consultas de vigilância, seja por carta ou telefone.

1.3 Carteira Básica de Serviços

De acordo com a Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro, todas as Unidades de Saúde Familiar (USF) devem possuir uma carteira básica de serviços, que representa um compromisso assistencial essencial, independentemente da tipologia da USF. Esta carteira básica é comum a todas as unidades, variando apenas em aspetos como o número de utentes, horários e serviços adicionais (carteira adicional de serviços). Ela abrange o que deve ser contratualizado no âmbito de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem – núcleo base de serviços clínicos,

secretariado clínico/administrativo, funcionamento, dimensão da lista de utentes e formação contínua (Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro).

A USF dispunha de uma carteira básica de serviços, a qual era sujeita a avaliação com base em indicadores, objetivos, ações, metas e resultados nas diversas dimensões contratualizadas, aos quais a unidade se comprometia alcançar. Estas dimensões incluíam o Acesso, a Gestão da Saúde, a Gestão da Doença, a Qualificação da Prescrição, a Satisfação dos Utentes, os Serviços de carácter assistencial e não assistencial, a Melhoria contínua da qualidade, a Segurança e a Formação (BI-CSP, 2024).

A carteira básica de serviços da USF não só define os compromissos assistenciais e os cuidados prestados, como também se apoia em ferramentas de gestão e registo que garantem a sua implementação eficaz. Estes sistemas informáticos de registo e informação desempenham assim um papel crucial na monitorização da qualidade dos serviços, permitindo à equipa manter a continuidade dos cuidados e ajustar estratégias de intervenção com base em dados concretos.

Sabe-se que, os registos na prática de enfermagem são essenciais, pois garantem a continuidade dos cuidados prestados e, a nível legal, servem como prova das intervenções realizadas. É fundamental que os registos sejam fiéis às análises e intervenções executadas.

Os registos de enfermagem são feitos de acordo com a linguagem da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), o que assegura uma terminologia comum e facilita a aplicação do processo de enfermagem, promovendo ganhos em saúde para os utentes e famílias.

Os sistemas informáticos utilizados na USF para registo incluem:

Scĺnico	SiiMA Rastreios	Registo Nacional de Utentes (RNU)	Gestcare
• Permite a parametriza��o de programas de saúde, avalia��o inicial, diagnósticos de enfermagem e os focos de aten��o, bem como as interven��es associadas a cada foco.	• Facilita a gestão de programas de rastreio, desde a convocatória até ao registo do exame, e �� utilizado para o Rastreio do Cancro do Colo do útero (RCCU) e o Rastreio do Cólon e do Reto (RCCR).	• Cont��m a informa��o de cada utente.	• Usado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Em termos de monitorização e gestão de informação, são utilizados dois sistemas:

Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI – CSP)	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF)
• O BI – CSP permite acompanhar o desempenho das unidades funcionais a nível público, promovendo a melhoria contínua.	• O MIM@UF contém dados relativos à atividade das unidades funcionais (relatórios e listagens), permitindo uma análise detalhada dos mesmos.

1.4 Caracterização da Lista de Utentes da Equipa de Saúde Familiar

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) é considerada de vital importância, especialmente nas Unidades de Saúde Familiar (USF), onde, de acordo com o Decreto-Lei n.º 73/2017, no seu Artigo 7.º, se estabelece que os enfermeiros que constituem a USF devem possuir o título de especialista em enfermagem de saúde familiar (Decreto-Lei n.º 103/2023).

O Decreto-Lei n.º 298/2007, no seu Artigo 9º, estipula que os utentes inscritos com cada médico e enfermeiro de família sejam registados numa lista, priorizando a estrutura familiar.

A lista da Equipa de Saúde Familiar (Enfermeira de Família) é composta por 1155 utentes, correspondendo a 495 famílias, com diferentes tipologias e especificidades. O conhecimento global da lista de utentes proporciona à Enfermeira de Família (EF) uma visão abrangente sobre o tipo de população à qual confere cuidados. Este entendimento permite antecipar e ajustar o modelo comportamental e epidemiológico dos utentes, promovendo uma abordagem mais eficaz e personalizada. Desta forma, a EF consegue delinear estratégias de intervenção e trabalho mais consistentes, assegurando a máxima adequação e equidade na prestação de cuidados de saúde.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, que define a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, recentemente aprovada em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros (OE), é definido como limite máximo, o rácio de 1 enfermeiro/1.550 utentes ou 1 enfermeiro/350 famílias em cada USF, o que corresponde a uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, aplicável a uma área geodemográfica delimitada, indo desta forma ao encontro de orientações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Contudo, este cálculo demonstra que a lista de utentes da

Enfermeira de Família (EF) excede o número de famílias recomendado evidenciando um desvio significativo face às diretrizes estipuladas.

Da composição da lista de utentes da Enfermeira de Família, entre os 1155 utentes e as 495 famílias, destacam-se os seguintes dados: 7 crianças com menos de 1 ano, 12 crianças no 2.º ano de vida, 171 mulheres em idade fértil e 288 idosos. Estes números refletem o perfil habitual dos utentes inscritos na USF. (cf. Tabela 2)

No que diz respeito às comorbilidades, verificou-se que 301 utentes têm diagnóstico de Hipertensão Arterial (HTA), condição frequentemente associada a Doenças Cérebro-cardiovasculares, consideradas uma das principais causas de morte em Portugal.

Tabela 2: Distribuição dos Utesntes Inscritos na Lista da Enfermeira de Família

Utentes	1155
Famílias	495
Crianças ≤ 1 Ano	7
Crianças 2º Ano de Vida	12
Mulheres em Idade Fértil (15/49 Anos)	171
P.N. Hipertensão Arterial	301
P.N. Diabetes Mellitus	163
P.N. Idosos	288
P.N. Saúde Materna	7

Fonte: Elaboração Própria (tendo por base os valores que constam no MIM@UF em outubro de 2024)

Esta análise é fundamental para uma melhor gestão dos cuidados e planeamento das consultas de enfermagem por forma a que estas sejam mais dirigidas e adequadas bem como para que dessa avaliação a Enfermeira de Família, possa compreender que tipo de intervenções preventivas poderá adotar e que complicações poderão advir dessas doenças.

Ainda, da análise da lista de utentes da Enfermeira de Família, verificou-se que esta integra 16 famílias com elementos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), à data da avaliação, realizada em setembro de 2024.

Para a recolha e análise dos dados, foram utilizados o sistema SClínico-CSP®, as aplicações internas disponíveis e o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF).

Em suma, o conhecimento aprofundado da lista de utentes por parte da Enfermeira de Família é essencial. Este conhecimento permite uma compreensão detalhada das características e necessidades da população sob a sua responsabilidade, possibilitando uma intervenção mais eficiente e direcionada. Além disso, contribui para a elaboração de estratégias de cuidados personalizadas e ajustadas ao perfil epidemiológico e sociodemográfico dos utentes, promovendo ganhos em saúde e uma maior equidade no acesso aos cuidados.

2. Atividades Desenvolvidas na Prática Clínica Especializada

Durante o estágio de Especialidade em Saúde Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Familiar, tive a oportunidade de intervir em todos os serviços previstos na carteira básica de serviços da Unidade de Saúde Familiar (USF). A minha prática foi sempre orientada por uma abordagem holística e centrada na família, reconhecendo o seu papel essencial na promoção da saúde, na gestão da doença e na adaptação a diferentes desafios ao longo do ciclo vital.

Ao longo do estágio, participei ativamente na prestação de cuidados de enfermagem em diversos contextos, incluindo consultas programadas e consultas abertas, vigilância de saúde infantil e materna, acompanhamento de doentes crónicos, cuidados domiciliários, rastreios e promoção da literacia em saúde. Todas estas intervenções foram realizadas tendo em conta a individualidade de cada utente, mas também a sua inclusão no sistema familiar, procurando envolver os cuidadores e demais membros da família no processo de cuidados.

A carteira básica de serviços da USF engloba um conjunto diversificado de atividades essenciais à prestação de cuidados de saúde primários. A tabela seguinte mostra os serviços que fazem parte da carteira básica da USF e nos quais tive a oportunidade de intervir.

Tabela 3: Serviços disponíveis na carteira básica

Carteira Básica de Serviços da USF			
Consulta Domiciliária e Visitação Domiciliária Médica e Enfermagem	Destina-se a utentes com doenças súbitas ou crónicas que, devido a limitações de mobilidade, não podem deslocar-se à USF.	São agendadas conforme a necessidade e são realizadas pelos respetivos médicos de família / enfermeiro de família ou em regime de intersubstituição.	Objetivo da consulta: Observação, avaliação de parâmetros, planeamento, prescrição e execução de tratamento, execução de ensinos e orientação do regime terapêutico.
Consulta Não Presencial Médica e Enfermagem	Contactos Indiretos - Serve para uma necessidade detetada ou manifestada de respostas a problemas do foro burocrático ou de aconselhamento.	São agendadas conforme a necessidade e são realizadas pelos respetivos médicos de família / enfermeiro de família ou em regime de intersubstituição.	Objetivo da consulta: Emissão de receitas, credenciais e declarações, emissão de convocatórias, estudo de ficheiro ou aconselhamento telefónico.

Consulta Aberta Médica e Enfermagem	Proporciona atendimento no próprio dia, tanto no período da manhã como da tarde.	Realizada pelos respetivos médicos de família / enfermeiro de família ou em regime de intersubstituição.	Objetivo da consulta: Dar resposta a situações agudas.
---	--	--	---

Consulta Programada Médica e Enfermagem	Objetivo: Realizar vigilância de saúde, prevenir doenças e fazer o seguimento de condições crónicas. Abrange várias dimensões da gestão da saúde, como:	<u>Consulta de Saúde Infantil e Juvenil</u> Crianças/Jovens dos 0-18 anos Teste do Pezinho	Objetivo da consulta: Observação, avaliação de parâmetros, vigilância da evolução da criança/jovem, execução de ensinamentos e orientação do regime alimentar e terapêutico. Colheita de sangue para análise no Instituto Dr. Ricardo Jorge para Rastreio de Doenças Metabólicas (dias úteis das 9h às 16h30min)
		<u>Consulta de Planeamento Familiar</u> Mulher em idade fértil Rastreio do Cancro da Mama Mulher dos 50 aos 69 anos	Objetivo da consulta: Observação, avaliação de parâmetros, planeamento e prescrição de tratamento, execução de ensinamentos e orientação do regime terapêutico. Objetivo da consulta: Rastreio de Cancro da Mama sendo bianual segundo protocolo e tendo como decisão de marcação, o utente, médico de família, e/ou enfermeiro de família.
		<u>Rastreio do Cancro do Colo do Útero</u> Mulher dos 25 aos 60 anos	Objetivo da consulta: Rastreio de lesões no colo do útero; Pesquisa de HPV Local, de 5/5 anos segundo protocolo SiiMA Rastreios
		<u>Consulta de Saúde Materna</u> Mulher grávida	Objetivo da consulta: Observação, avaliação de parâmetros, vigilância da evolução da gravidez, execução de ensinamentos e orientação do regime.
		<u>Consulta de Saúde do Adulto e de Saúde do Idoso</u> Consulta de doença crónica ou vigilância	Objetivo da consulta: Avaliação, planeamento e prescrição e/ou execução de tratamento, procedimentos burocráticos).

Tratamento de Enfermagem Enfermeiros/as	Atendimento durante os dias úteis, entre as 8h e as 20h.	• Realização de tratamento de feridas • Administração de medicação (oral, intramuscular, subcutânea, endovenosa, tópica, ocular); • Administração de vacinação.	Realizados mediante marcação prévia pelo Enfermeiro/a de Família
---	--	---	--

Fonte: Elaboração Própria

Consulta de Gestão da Doença Crónica Médica e Enfermagem	<u>Consulta de Diabetes Mellitus</u> <u>Hipertensão Arterial</u> <u>Doença Cardiovascular</u> <u>Doenças do Aparelho Respiratório</u> <u>Outras Multimorbilidades</u>	Objetivo da consulta: Observação, avaliação de parâmetros, planeamento e prescrição de tratamento, execução de ensinamentos e orientação do regime alimentar e medicamentoso.
--	---	---

Fonte: Elaboração Própria

3. Estudo de Investigação

A investigação em enfermagem desempenha um papel fundamental na evolução da prática clínica, permitindo a identificação de necessidades, a avaliação de intervenções e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, desenvolveu-se um estudo com o propósito de explorar uma temática relevante nos cuidados de saúde primários, contribuindo para a produção de conhecimento baseado na evidência.

Este estudo visa não só contribuir para a consolidação do conhecimento na área em questão, mas também servir de base para futuras intervenções e estratégias que possam melhorar a prática de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde primários.

De seguida, apresenta-se o enquadramento teórico que sustenta esta investigação, destacando os principais conceitos, modelos e evidências científicas que orientaram o desenvolvimento do estudo.

3.1 Enquadramento teórico

O presente capítulo pretende, analisar a evidência sobre a análise da família como sistema, a gestão terapêutica e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), explorando a sua inter-relação e impacto no cuidado da pessoa doente e na dinâmica familiar.

3.1.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das mais importantes causas de morbilidade e mortalidade, sendo conhecida como a quinta doença mais incapacitante e a terceira principal causa de morte no mundo (GOLD, 2024).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, nível mundial serão sessenta e quatro milhões, na Europa cerca de treze milhões, e em 2030 a doença passará a ser a terceira causa de morte (OMS, 2018).

Apesar de ser uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade em Portugal, a prevalência da DPOC no país está subvalorizada estimando-se em um milhão e meio o número de afetados, isto é, cerca de 14,2% dos portugueses (INE, 2024).

Mesquita (2023), refere que a DPOC é uma condição que compromete as vias respiratórias, o tecido pulmonar e a circulação nos pulmões. Surge devido a uma resposta inflamatória crónica causada pela exposição prolongada a gases nocivos, como os presentes no fumo do cigarro ou em ambientes poluídos. Esta inflamação persistente leva à redução do fluxo de ar e provoca a obstrução das vias respiratórias, resultando em sintomas contínuos, como tosse, falta de ar e produção excessiva de muco.

A DPOC é uma doença comum, especialmente entre pessoas com histórico de tabagismo ou exposição ocupacional a agentes nocivos. No entanto, é considerada uma condição evitável, pois parar de fumar e reduzir a exposição a poluentes do ar podem ajudar a prevenir o seu desenvolvimento (Mesquita, 2023).

O tabagismo é amplamente reconhecido como a principal causa da DPOC. Estima-se que entre 15% e 25% dos fumadores desenvolvam a doença, sendo o tabaco responsável por até 80% dos casos. Contudo, há variações significativas entre fumadores, mesmo com níveis de exposição ao tabaco semelhantes, indicando que fatores internos também influenciam o risco de desenvolver a DPOC e a forma como ela se manifesta. Esta manifestação clínica resulta da interação complexa entre fatores individuais, como predisposição genética e condições de saúde anteriores, bem como fatores ambientais, como a exposição a poluentes e outros irritantes respiratórios. Este cenário destaca a importância de abordagens personalizadas para entender e gerir a DPOC de maneira eficaz (Menezes, 2023).

Mesquita (2023), refere que a doença pode ser tratada eficazmente através de intervenções médicas apropriadas, que incluem o uso de medicamentos broncodilatadores, programas de reabilitação pulmonar e oxigenoterapia. Estas intervenções ajudam a controlar os sintomas, melhorar a qualidade de vida e diminuir o risco de complicações associadas a esta condição. Apesar de se tratar de uma doença crónica e progressiva, a DPOC pode ser gerida de forma eficiente através de uma abordagem multidisciplinar e personalizada, que responda às necessidades específicas de cada doente.

A DPOC caracteriza-se por uma fisiopatologia complexa, que engloba processos inflamatórios crónicos e alterações estruturais nos pulmões. Estes são, na sua maioria, provocados pela exposição prolongada a partículas e gases prejudiciais, com destaque para o tabagismo. O processo patológico subjacente à DPOC é amplo e envolve diversos mecanismos interligados, que contribuem para a evolução da doença (GOLD, 2024).

O enfisema pulmonar e a bronquite crónica são duas condições patológicas distintas, mas que frequentemente contribuem para o desenvolvimento da DPOC. A bronquite crónica é caracterizada pela inflamação persistente do revestimento das vias respiratórias, responsáveis por conduzir o ar até aos alvéolos pulmonares. Esta inflamação constante resulta na produção diária de tosse e expetoração, sintomas típicos da bronquite crónica. A exposição prolongada a agentes irritantes, como o fumo do cigarro, a poluição do ar e vapores químicos, está frequentemente associada ao desenvolvimento desta condição. Por outro lado, o enfisema pulmonar caracteriza-se pela destruição progressiva dos alvéolos pulmonares. Este processo é geralmente provocado pela exposição crónica a fatores prejudiciais, como o fumo do cigarro e outras partículas e gases irritantes presentes no ambiente. Como consequência, os alvéolos perdem a sua elasticidade e capacidade de manter a estrutura adequada durante a expiração, o que leva ao colapso das vias respiratórias e à dificuldade respiratória (Costa, 2020).

Costa (2020), refere que embora o enfisema e a bronquite crónica sejam condições distintas, ambos coexistem frequentemente na DPOC, contribuindo para a obstrução das vias respiratórias e para os sintomas respiratórios típicos desta doença. A combinação destas duas patologias leva a uma deterioração progressiva da função pulmonar, resultando numa redução significativa da qualidade de vida dos doentes afetados pela DPOC.

A exposição a substâncias nocivas desencadeia uma resposta inflamatória crónica, caracterizada pelo recrutamento de células inflamatórias, como neutrófilos, linfócitos CD8 e macrófagos, que libertam vários mediadores inflamatórios, oxidantes e proteases. A destruição da elastina pelas proteases resulta na perda da elasticidade dos tecidos pulmonares, o que contribui para o colapso das vias respiratórias durante a expiração (GOLD, 2024).

As alterações estruturais e inflamatórias provocam a obstrução das vias respiratórias, a diminuição do volume expiratório forçado (VEF1) e o comprometimento das trocas gasosas nos pulmões. A hiperinsuflação pulmonar, caracterizada pelo aprisionamento de ar devido ao colapso das vias respiratórias durante a expiração, é uma característica comum observada em doentes com DPOC. Além disso, a dificuldade em expirar completamente resulta numa hipercapnia (elevação dos níveis de CO₂) no sangue (GOLD, 2024).

Segundo o Relatório GOLD (2024), fisiopatologicamente, a DPOC distingue-se da asma por apresentar uma obstrução persistente do fluxo de ar, ao contrário da asma, onde essa obstrução é variável. Adicionalmente, a inflamação na DPOC é predominantemente neutrófila, enquanto na asma a inflamação é principalmente eosinófila. Estas diferenças fundamentais na fisiopatologia ajudam a distinguir estas duas condições respiratórias crónicas.

As exacerbações são eventos agudos que se caracterizam por uma intensificação dos sintomas respiratórios em comparação com o estado habitual do doente, levando a uma alteração no plano terapêutico. Frequentemente desencadeadas por infeções virais ou bacterianas, bem como pela exposição a fatores ambientais adversos, as exacerbações têm um diagnóstico que se baseia essencialmente na avaliação clínica (Mesquita, 2023).

Importa salientar que a definição de exacerbação foi recentemente atualizada. Até 2022, era descrita no GOLD como uma "piora aguda dos sintomas respiratórios que resultava na necessidade de tratamento adicional". Contudo, a partir do GOLD 2023, a exacerbação aguda da DPOC (EADPOC) passou a ser definida como um "evento caracterizado pelo agravamento da dispneia e/ou tosse com expectoração, com sintomas agravados nos últimos 14 dias, podendo ser acompanhada por taquipneia e/ou taquicardia, e frequentemente associada à inflamação local e sistémica provocada por infeção, poluição ou outro tipo de ofensa às vias aéreas". Por outras palavras, o GOLD 2023 deixou claro que, independentemente da disponibilidade de tratamento, uma exacerbação pode ocorrer tratando-se de uma condição inflamatória sistémica (Menezes, 2023).

Silva, Rozeira, Ferreira e Machado (2024) referem que os principais causas da DPOC são o tabagismo, exposição a fumo de lareiras, exposição ocupacional a poeiras e produtos químicos, e a genética e idade. Apontam ainda o facto de que embora estes sejam os principais fatores de risco associados à DPOC não podemos descurar outros como a poluição do ar, infeções respiratórias recorrentes e história familiar.

No que concerne a sinais e sintomas, os autores expõem que a DPOC é caracterizada por uma vasta gama de sinais e sintomas cuja intensidade e impacto na qualidade de vida do doente podem variar consideravelmente.

De acordo com os autores, os sintomas mais frequentes incluem: dispneia crónica e progressiva, tosse crónica, sibilância, dor torácica atípica e despertares noturnos.

No exame físico, podem ser observados os seguintes sinais: tempo de expiração prolongado, sibilos, tórax em barril e baqueteamento digital.

Em casos mais graves, podem surgir sinais de hipoxemia e insuficiência respiratória, incluindo: queda na saturação de oxigénio, pletora facial, edema de mi e murmúrios vesiculares diminuídos.

Costa (2020) e Mesquita (2023), referem que os doentes com DPOC também estão sujeitos a episódios de exacerbação, que representam um agravamento súbito dos sintomas

respiratórios e podem necessitar de intervenção médica imediata. Estes episódios podem resultar em hospitalizações e têm um impacto significativo na progressão da doença e na qualidade de vida do doente e da família.

O diagnóstico da DPOC é geralmente baseado nos sintomas clínicos característicos, no historial médico e em fatores de risco, como o tabagismo crónico ou a exposição a poluentes ambientais. Contudo, para confirmar o diagnóstico e avaliar a gravidade da doença, a espirometria é o principal exame utilizado. (Costa, 2020; Mesquita, 2023)

A espirometria é um teste de função pulmonar que mede a quantidade e a velocidade do ar que uma pessoa consegue expelir dos pulmões durante a respiração. O parâmetro-chave utilizado no diagnóstico da DPOC é a relação entre o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1) e a capacidade vital forçada (CVF), conhecida como VEF_1/CVF . (Costa, 2020; Mesquita, 2023)

Um valor de VEF_1/CVF inferior a 0,7 após a administração de broncodilatador confirma o diagnóstico de DPOC, o que indica uma limitação constante do fluxo de ar nas vias respiratórias e é um critério fundamental para o diagnóstico da doença. (Costa, 2020; Mesquita, 2023)

Adicionalmente, o VEF_1 é também utilizado para qualificar a gravidade da DPOC, sendo classificado da seguinte forma:

GOLD 1 – obstrução leve: $VEF_1 \geq 80\%$ do predito

GOLD 2 – obstrução moderada: $50\% \leq VEF_1 < 80\%$ do predito

GOLD 3 – obstrução grave: $30\% \leq VEF_1 < 50\%$ do predito

GOLD 4 – obstrução muito grave: $VEF_1 < 30\%$ do predito.

(Costa, 2020; Mesquita, 2023)

Esta classificação é fundamental para orientar o tratamento e prognóstico da doença, fornecendo uma avaliação da gravidade da obstrução das vias respiratórias e do comprometimento da função pulmonar (Costa, 2020; Mesquita, 2023).

Ainda que a espirometria seja o exame fundamental para confirmar o diagnóstico de DPOC, radiografias e tomografias de tórax desempenham um papel adicionalmente importante na avaliação dos pulmões e na identificação de complicações associadas. Embora não sejam indispensáveis para o diagnóstico em si, estes exames de imagem fornecem informações complementares sobre a dimensão do enfisema e da hiperinsuflação pulmonar, coadjuvando a direcionar o tratamento e prognóstico da doença. (Costa, 2020; Mesquita, 2023)

A gasometria arterial é frequentemente utilizada para avaliar a função respiratória e a necessidade de oxigenoterapia. Os resultados desta análise fornecem informações sobre os níveis de oxigênio e dióxido de carbono no sangue, ajudando a determinar a gravidade da doença e a necessidade de intervenções terapêuticas, como a administração de oxigênio suplementar. (Costa, 2020; Mesquita, 2023)

Além da classificação espirométrica GOLD baseada no VEF_1 , a DPOC também é categorizada em três subgrupos – A, B e E – com base na avaliação dos sintomas e na frequência de exacerbações (GOLD, 2023).

Após a confirmação do diagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), torna-se essencial realizar uma avaliação abrangente do doente, incluindo uma análise detalhada dos sintomas, da função pulmonar e do histórico de exacerbações. Conforme recomendado pelas diretrizes médicas, o doente deve ser classificado quanto à gravidade da doença, o que irá orientar o tratamento inicial e permitir uma monitorização mais eficaz (GOLD, 2023).

Anteriormente, o sistema de classificação para DPOC utilizado era o modelo "ABCD", no qual os doentes eram divididos em quatro grupos (A, B, C e D) com base na severidade dos sintomas (avaliados, por exemplo, pelo CAT - COPD Assessment Test) e na frequência das exacerbações. Este sistema tinha como objetivo permitir uma abordagem mais personalizada, considerando tanto os sintomas quanto a estabilidade da condição do doente (GOLD, 2023).

Contudo, o GOLD 2023 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) introduziu uma nova classificação conhecida como modelo "ABE", mantida e reforçada na versão de 2024. Esta nova abordagem reflete um avanço no entendimento da DPOC, priorizando a frequência e a gravidade das exacerbações como critério central para a categorização dos doentes. O modelo "ABE" mantém o foco na sintomatologia, mas dá especial ênfase à identificação de exacerbações como um fator decisivo na definição do tratamento, de modo a garantir que cada doente receba uma intervenção precisa e adaptada à sua condição clínica.

A introdução do modelo "ABE" representa uma tentativa de simplificar o processo de classificação e de aprimorar a resposta terapêutica, uma vez que exacerbações frequentes estão associadas a pior prognóstico e maior taxa de hospitalização. Com esta nova classificação, os profissionais de saúde podem concentrar-se mais eficazmente na redução da frequência e do impacto das exacerbações, promovendo uma abordagem mais preventiva e individualizada para os doentes com DPOC (GOLD, 2024).

Figura 2 – Classificação de doentes com DPOC antes e após 2024

Classificação até 2022		Classificação de 2023 até ao presente	
GRUPO A	baixo risco, poucos sintomas $mMRC \leq 1$ e exacerbações ≤ 1	GRUPO A	Os doentes apresentam sintomas leves a moderados e têm baixa frequência de exacerbações.
GRUPO B	baixo risco, mais sintomas $mMRC \geq 2$ e exacerbações ≤ 1	GRUPO B	Os doentes têm sintomas moderados a graves, mas ainda têm uma baixa frequência de exacerbações. Podem apresentar uma redução da função pulmonar.
GRUPO C	alto risco, poucos sintomas $mMRC \leq 1$ e exacerbações ≥ 2 ou 1 internamento	GRUPO E	Doentes com duas ou mais exacerbações moderadas no último ano ou com pelo menos uma que tenha culminado na necessidade de internamento hospitalar, independentemente dos seus sintomas, ou seja, doentes com sintomas moderados a graves e alta frequência de exacerbações.
GRUPO D	alto risco, mais sintomas $mMRC \geq 2$ e exacerbações ≥ 2 ou 1 internamento.		

Fonte: Autoria própria, adaptado do GOLD 2023, 2024

O GOLD 2024 trouxe algumas inovações importantes, apesar de poucas mudanças em relação à edição anterior. Uma das atualizações mais relevantes é a consolidação de definições como pré-DPOC e PRISm (Preserved Ratio Impaired Spirometry). Estes conceitos visam identificar subgrupos de doentes que apresentam alterações respiratórias e que podem ou não evoluir para a DPOC.

Pré-DPOC refere-se a indivíduos com sintomas respiratórios e/ou alterações estruturais pulmonares (como enfisema observado em tomografia) e/ou alterações fisiológicas (como VEF_1 reduzido), mas que apresentam uma relação VEF_1/CVF ainda preservada. Estes indivíduos têm um risco aumentado de progressão para DPOC, embora essa progressão não ocorra em todos os casos.

PRISm (Preserved Ratio Impaired Spirometry) reúne pessoas com espirometria alterada, mas com uma relação VEF_1/CVF normal. Tal como o pré-DPOC, este grupo inclui indivíduos em risco de desenvolver DPOC, embora essa evolução não seja garantida.

Após a classificação inicial da obstrução das vias aéreas, é realizada uma avaliação aprofundada dos sintomas e do histórico de exacerbações. Esta etapa é essencial para selecionar o tratamento inicial mais adequado ao doente, considerando a sua condição clínica. Nesta fase, torna-se importante questionar o doente sobre episódios recentes de exacerbações e

hospitalizações no último ano, além de investigar sintomas específicos associados à DPOC. (Moraes, 2023)

Para classificar os sintomas, o GOLD (2024) define como "sintomáticos" os doentes que apresentam dispneia ao caminhar em terreno plano ou uma dispneia mais intensa (índice mMRC igual ou superior a 2). Doentes que não apresentam dispneia ou que a apresentam apenas em esforços intensos são classificados como "pouco sintomáticos". Além disso, os doentes que tiveram duas ou mais exacerbações moderadas no último ano, ou que foram hospitalizados devido a uma exacerbação, são categorizados como "exacerbadores". Aqueles que não refletem estes critérios são classificados como "não exacerbadores".

Esse método de classificação mais simples permite uma seleção mais precisa do tratamento inicial para doentes com DPOC, considerando não só a gravidade da obstrução das vias aéreas, mas também a presença de sintomas e o histórico de exacerbações. (Moraes, 2023)

As principais ferramentas de avaliação de sintomas utilizadas incluem a Escala Modified Medical Research Council (mMRC) e o COPD Assessment Test (CAT). (GOLD, 2024)

A Escala mMRC avalia a dispneia com base na percepção subjetiva do doente durante AVDs (Atividades de Vida Diárias). Nesta escala, os doentes são classificados de 0 a 4, onde 0 indica ausência de dispneia e 4 indica dispneia severa, mesmo durante atividades mínimas (GOLD, 2024). (Anexo 1)

O COPD Assessment Test (CAT) é uma ferramenta de autoavaliação amplamente utilizada para monitorizar os sintomas da DPOC e avaliar o impacto da doença na vida diária dos portadores desta patologia. Esta ferramenta consiste em oito perguntas, cada uma relacionada a diferentes aspetos dos sintomas e limitações causadas pela DPOC, tais como tosse, produção de expetoração, aperto no peito, falta de ar, limitações em atividades, confiança para sair de casa, sono e níveis de energia.

Cada pergunta no CAT é pontuada numa escala de 0 a 5, com o score total que varia entre 0 e 40. Pontuações mais altas revelam maior gravidade dos sintomas e impacto na qualidade de vida percebidos pelo doente, sendo que scores superiores a 10 sugerem sintomas mais significativos e limitações nas atividades diárias. Esta escala ajuda os profissionais de saúde a compreender a experiência subjetiva do doente com a DPOC e auxilia na monitorização da eficácia do tratamento bem como na necessidade de ajustes terapêuticos (GOLD, 2024). (Anexo 2)

A abordagem inicial no tratamento da DPOC dá ênfase a medidas não farmacológicas que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e deter a progressão da doença. Entre essas medidas, destacam-se:

Prática regular de atividade física: A atividade física ajuda a melhorar a resistência e a capacidade funcional dos doentes, reduzindo sintomas como a falta de ar e promovendo maior independência nas AVDs.

Reabilitação pulmonar: Essencial para os doentes classificados como GOLD B e E, a reabilitação pulmonar é um programa multidisciplinar que inclui exercícios, educação e apoio psicossocial, com o objetivo de melhorar a capacidade física, reduzir exacerbações e melhorar o bem-estar psicológico.

Cessação tabágica: Considerada a intervenção mais importante para reter a progressão da DPOC, a cessação tabágica é altamente recomendada. Parar de fumar reduz a taxa de declínio da função pulmonar e melhora a resposta ao tratamento.

Oxigenoterapia: Para doentes com hipoxemia crônica, a oxigenoterapia é indicada quando a pressão parcial de oxigênio no sangue arterial (PaO_2) é inferior a 55mmHg ou a saturação de oxigênio (SpO_2) é inferior a 88%. Esta intervenção é fundamental para melhorar a sobrevida e a qualidade de vida em doentes com DPOC avançada.

Vacinação: A vacinação é recomendada para prevenir infecções respiratórias que podem desencadear exacerbações, reduzindo, assim, o risco de complicações graves.

As diretrizes GOLD (2024) enfatizam a vacinação como uma estratégia crucial para reduzir o risco de exacerbações e a incidência de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em doentes com DPOC. Seguindo as orientações do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), as recomendações específicas incluem:

Vacinação anual contra a gripe: Essencial para reduzir o risco de infecções respiratórias sazonais que podem levar a exacerbações graves e hospitalizações destes doentes.

Vacinação contra o SARS-CoV2: A vacinação contra a COVID-19 é recomendada para proteger doentes com DPOC, que apresentam risco aumentado de complicações severas devido ao vírus.

Vacina pneumocócica: Recomendada uma dose da vacina pneumocócica polissacárida conjugada 20-valente, adsorvida (Pn20) ou uma sequência da vacina conjugada contra infecções

por *S. pneumoniae* de 13 serotipos (Pn13) seguida da vacina polissacárida contra infeções por *S. pneumoniae* de 23 serotipos (Pn23).

E na atualização das suas recomendações o GOLD 2024 introduz a Vacina contra o vírus sincicial respiratório (VSR).

Vacinação DTPa: Esta vacina protege contra tétano, difteria e tosse convulsa ou coqueluche, sendo indicada para prevenir infeções respiratórias adicionais em doentes com DPOC, que são especialmente suscetíveis à tosse convulsa/coqueluche.

Vacinação contra herpes-zóster: Recomendada para doentes com DPOC com idade superior a 50 anos, uma vez que o herpes-zóster pode causar complicações severas em indivíduos com condições respiratórias crónicas.

Estas recomendações de vacinação para doentes com DPOC visam reduzir a carga de infeções e prevenir complicações respiratórias, proporcionando uma abordagem preventiva essencial para a gestão da doença e para melhorar a qualidade de vida dos seus portadores. (GOLD, 2024)

As medidas não farmacológicas aludidas são componentes essenciais da gestão inicial da DPOC, ajudando a controlar os sintomas e a minimizar o impacto da doença no dia-a-dia dos doentes. (GOLD, 2024)

No tratamento farmacológico da DPOC, o GOLD (2024) atualizou as orientações, destacando o uso de combinações de broncodilatadores com diferentes mecanismos e durações de ação como estratégia preferencial. Estas combinações, que frequentemente incluem agonistas beta-2 de longa duração (LABA) e antagonistas muscarínicos de longa duração (LAMA), têm demonstrado ser mais eficazes na melhoria da função pulmonar e no alívio dos sintomas em comparação com o aumento da dosagem de um único broncodilatador.

Estudos recentes indicam que o uso de combinações de broncodilatadores proporciona uma broncodilatação mais robusta e uma redução das exacerbações, além de melhorar a capacidade de exercício e a qualidade de vida dos portadores de DPOC. Esta abordagem permite ainda um controlo mais eficaz dos sintomas com menor risco de efeitos colaterais, ao invés de aumentar a dosagem de um único fármaco, o que poderia intensificar os efeitos adversos.

Além disso, para doentes que continuam a apresentar sintomas ou exacerbações frequentes, o GOLD (2024) recomenda a consideração de terapias adicionais, como

corticosteroides inalatórios (ICS) em casos selecionados. Esta decisão é baseada na presença de eosinofilia no sangue ou de um historial frequente de exacerbações, critérios que ajudam a identificar doentes que podem responder melhor aos corticosteroides inalatórios, associados aos broncodilatadores de longa duração.

Esta abordagem integrada e personalizada no uso de combinações de broncodilatadores, com ou sem ICS, permite um tratamento mais eficaz e seguro para cada doente, promovendo um controlo otimizado da DPOC e minimizando o risco de exacerbações. (Mesquita, 2023; Moraes, 2023)

Durante o acompanhamento de doentes com DPOC, se este continuar a apresentar sintomas, é fundamental investigar cuidadosamente as possíveis causas para ajustar o tratamento de forma adequada. Entre os fatores que podem contribuir para a persistência dos sintomas, destacam-se:

Técnica inadequada de inalação: Muitos doentes têm dificuldades em utilizar os inaladores corretamente, o que pode reduzir a eficácia do tratamento. Uma revisão da técnica de inalação, com orientação e treino individualizado, é essencial para garantir que o medicamento seja administrado de forma eficaz.

Falta de adesão ao tratamento: A adesão ao tratamento é um desafio comum em doenças crónicas. Esquecer doses, interromper o uso dos medicamentos ou não seguir o plano terapêutico pode comprometer o controlo dos sintomas. Reforçar a importância da adesão e procurar entender e resolver possíveis barreiras que o doente enfrenta são passos importantes.

Presença de comorbidades: Comorbidades como insuficiência cardíaca, ansiedade, depressão, diabetes, entre outras, são comuns em portadores de DPOC e podem agravar os sintomas respiratórios. Identificar e tratar adequadamente essas condições associadas é crucial para melhorar a qualidade de vida e a gestão da DPOC.

Estas investigações ajudam a identificar obstáculos no tratamento e a adaptar o plano terapêutico às necessidades específicas do doente, promovendo um acompanhamento mais eficaz e personalizado.

Os objetivos do tratamento da DPOC incluem uma abordagem ampla, focada tanto no alívio sintomático quanto na prevenção de complicações graves. Conforme evidenciado por Mesquita, (2023) e Moraes, (2023), o tratamento procura melhorar a tolerância ao exercício e o estado geral de saúde, reduzir exacerbações e, principalmente, diminuir a mortalidade.

Além das terapias já referidas existem outras opções de tratamento, dependendo da gravidade da doença e das características de cada doente, tais como:

Cirurgia redutora de volume pulmonar: Indicada para casos de enfisema grave e localizado, a cirurgia redutora remove as áreas mais comprometidas do pulmão, permitindo que as regiões funcionais se expandam melhor. Isto pode melhorar a capacidade respiratória e reduzir a dispneia. (Mesquita, 2023)

Oxigenoterapia: Para doentes com hipoxemia grave ($\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$ ou $\text{SpO}_2 < 88\%$), a oxigenoterapia contínua pode ser vital para melhorar a oxigenação do sangue. (Mesquita, 2023)

Ventilação não invasiva (VNI): A VNI é recomendada para doentes com descompensação aguda e retenção de CO_2 , ajudando a melhorar a ventilação alveolar e a reduzir a pressão nas vias aéreas. A VNI é administrada por uma máscara nasal ou facial, que auxilia na manutenção das vias respiratórias abertas, aliviando sintomas graves e evitando a intubação em muitos casos. (Mesquita, 2023)

Transplante pulmonar: Considerado em estágios avançados de DPOC, o transplante pulmonar é uma alternativa em casos que não respondem a terapias convencionais. Este procedimento é complexo, exigindo critérios rigorosos de seleção devido aos riscos e à necessidade de doadores compatíveis. (Mesquita, 2023)

Terapia de Alto Fluxo (HFT): Utilizada para doentes com tosse crónica e excesso de secreções, a HFT proporciona uma mistura de ar aquecido e humidificado, podendo conter oxigénio. A administração via cânula nasal de alto fluxo (NHFC) ajuda na eliminação de secreções e reduz a sensação de dispneia, além de proporcionar conforto e diminuir o número de exacerbações. (Hasani et al., 2008; Neunhauserer et al., 2016)

Medicamentos adicionais: Incluem-se as metilxantinas, como a teofilina, que pode melhorar a função respiratória em certos casos, e os mucolíticos, usados para reduzir a viscosidade das secreções. Estes medicamentos são indicados em situações específicas, especialmente quando os broncodilatadores padrão não são suficientes. (Mesquita, 2023)

No pós-exacerbação, o acompanhamento contínuo é essencial para prevenir novas crises e reduzir o risco cardiovascular, que se eleva após exacerbações. A otimização do tratamento para a fase estável da DPOC envolve o ajuste de terapias, a avaliação da função pulmonar, a promoção e adesão ao tratamento e a monitorização de perto do estado do doente. (Menezes, 2023)

Este acompanhamento é fundamental para melhorar a qualidade de vida e reduzir complicações a longo prazo, garantindo que a gestão da DPOC seja o mais eficaz possível em cada fase da doença.

Segundo Agusti e Vogelmeier (2023), a gestão de doentes com DPOC na fase estável requer uma abordagem abrangente e personalizada, que integra medidas preventivas e terapias adaptadas ao perfil de cada doente. Os principais pilares dessa abordagem incluem:

Cessação tabágica: Reconhecida como a intervenção essencial e mais eficaz para retardar a progressão da DPOC. O GOLD (2024) reforça o uso de fármacos para apoiar esta cessação, mas não recomenda os cigarros eletrónicos, devido à falta de evidências sobre os seus efeitos a longo prazo bem como o impacto na saúde respiratória.

Terapia farmacológica inalatória: A terapia inalatória, que inclui broncodilatadores de longa duração como os LAMA e LABA, permanece uma pedra angular no tratamento. O GOLD 2024 orienta uma escolha personalizada das terapias inaláveis, tendo em conta a gravidade dos sintomas, a frequência de exacerbações e as comorbidades associadas. A terapia pode ser feita de forma isolada ou em combinação, com ajustes de acordo com a resposta individual do doente.

Agentes biológicos: embora o uso de agentes biológicos ainda seja exploratório na DPOC, os estudos mais recentes mostram avanços promissores. O estudo BOREAS demonstrou benefícios do dupilumabe em doentes com bronquite crónica, sintomas persistentes e contagem elevada de eosinófilos, mesmo após tratamento com terapia tripla. Estes resultados apontam para a possibilidade de uma nova classe de tratamento para subgrupos específicos de doentes, embora ainda sejam necessários mais estudos para confirmar a sua eficácia e segurança.

Vacinação: é essencial para reduzir o risco de exacerbações.

Estas abordagens refletem uma evolução importante no tratamento da DPOC, com maior ênfase na personalização da terapia e na incorporação de novas opções terapêuticas. Este modelo visa responder às necessidades específicas de cada doente e aproveitar os avanços da pesquisa para melhorar a qualidade de vida e reduzir as complicações da DPOC. (Silva, Rozeira, Ferreira e Machado, 2024)

O prognóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é amplamente influenciado por uma série de fatores que determinam a evolução da doença ao longo do tempo. A gravidade da obstrução do fluxo aéreo no momento do diagnóstico, a presença de

comorbidades, a adesão ao tratamento e, especialmente, a cessação tabágica, são os principais determinantes do prognóstico.

A limitação do fluxo de ar e a dispneia, características centrais da DPOC, geralmente seguem uma trajetória progressiva, tornando-se mais intensas com o passar do tempo, principalmente se não houver intervenções adequadas. Doentes com comorbidades associadas, como doenças cardiovasculares ou diabetes, enfrentam um prognóstico mais desfavorável. A presença destas condições pode acelerar a progressão da DPOC e complicar o controle da doença, exigindo uma abordagem mais complexa na gestão terapêutica.

Outro fator crucial no prognóstico da DPOC é a adesão ao tratamento. Doentes que seguem rigorosamente as orientações médicas, como o uso adequado de medicamentos, a participação em programas de reabilitação pulmonar e, fundamentalmente, a cessação tabágica, têm uma resposta terapêutica mais favorável e uma qualidade de vida significativamente melhor. A adesão ao tratamento não só melhora o controlo dos sintomas, como também reduz as exacerbações e o risco de complicações graves.

A cessação tabágica é, sem dúvida, a intervenção mais importante para reter a progressão da DPOC e melhorar o prognóstico a longo prazo. Parar de fumar pode reduzir a velocidade do declínio da função pulmonar e diminuir a frequência de exacerbações, contribuindo para a manutenção de uma função respiratória mais estável. Além disso, os doentes que adotam comportamentos saudáveis, como a prática regular de atividade física e a vacinação contra infeções respiratórias, tendem a ter um prognóstico mais favorável, com uma vida mais ativa e com melhor qualidade de vida.

Portanto, é essencial que os doentes com DPOC recebam cuidados médicos regulares, incluindo a monitorização da função pulmonar e o acompanhamento das comorbidades. O suporte psicológico também desempenha um papel fundamental, pois a adaptação à doença crónica pode ser desafiadora. A gestão eficaz da DPOC, por meio de um plano de tratamento individualizado e uma abordagem multidisciplinar, pode melhorar significativamente a qualidade de vida dos doentes e reduzir a mortalidade associada à doença.

Em suma, diante do cenário alarmante da DPOC, é imperativo adotar medidas urgentes e abrangentes para defrontar esta enfermidade em escala global. Os números são claros: a frequência de hospitalizações devido à DPOC é alarmante, com cerca de 1 em cada 5 doentes hospitalizado no ano seguinte à primeira consulta nos serviços de saúde. Estes dados indicam a gravidade da situação e reforçam a necessidade de estratégias de saúde pública eficazes.

Primeiro, é fundamental alertar para a interrupção tabágica em todas as suas formas, pois é o principal fator de risco para o desenvolvimento da DPOC. Além disso, políticas que garantam um ambiente com ar limpo são essenciais para prevenir a progressão da doença, especialmente em áreas urbanas e industriais onde a poluição do ar é um fator de risco significativo.

Uma abordagem mais personalizada e precisa na medicina também se faz necessária. Isto significa que o tratamento da DPOC deve ser baseado numa compreensão profunda da fisiopatologia da doença, dos sintomas específicos apresentados pelos doentes e das suas necessidades individuais. A medicina personalizada pode melhorar significativamente os resultados dos doentes, ajustando os tratamentos conforme as características de cada caso.

Além disso, é urgente o investimento em terapias curativas e regenerativas. Embora atualmente a DPOC seja tratada principalmente com abordagens sintomáticas, é crucial que se desenvolvam novas terapias que visem curar ou, ao menos, retardar significativamente a progressão da doença. O foco nas exacerbações agudas da DPOC também merece mais atenção. Estas exacerbações, que aumentam a gravidade da doença e os custos associados ao tratamento, muitas vezes são subestimadas e carecem de mais pesquisas e intervenções específicas.

Outro ponto crítico é a aceitação e o conhecimento da doença entre os doentes, especialmente aqueles com formas menos graves da DPOC. Muitos ainda desconhecem o impacto potencial da doença, o que pode levar a um diagnóstico tardio e ao não cumprimento das orientações médicas. Além disso, a DPOC tem um peso emocional considerável. Não é apenas uma doença física; os doentes enfrentam frequentemente tristeza, ansiedade e depressão, o que afeta diretamente as suas relações sociais e familiares. O impacto psicológico da DPOC, muitas vezes negligenciado, precisa ser abordado com a mesma atenção que os sintomas físicos.

Em resumo, combater a DPOC exige uma abordagem holística e abrangente, que combine prevenção, tratamento personalizado e apoio emocional. Devemos enfrentar não apenas os sintomas físicos da doença, como a dispneia e a dependência do tabaco, mas também os desafios emocionais e psicológicos que ela impõe.

O Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) é uma organização que, todos os anos, verifica e aprimora as diretrizes para o diagnóstico e tratamento da DPOC, procurando sempre fornecer orientações eficazes e atualizadas (Agusti; Vogelmeier, 2023). Com mais de duas décadas de atuação, o GOLD tem tido um papel fundamental na formulação de recomendações que orientam tanto o diagnóstico como a gestão da DPOC, ajudando

profissionais de saúde a adotarem práticas baseadas nas evidências mais recentes para melhorar o cuidado dos doentes com esta condição.

Desta forma com esforços conjuntos em prevenção, inovação terapêutica e suporte psicossocial, podemos fazer avanços significativos na luta contra essa doença devastadora.

3.1.2 Autocuidado e Doença Crónica

A Organização Mundial da Saúde (1983) define o autocuidado como um conjunto de ações realizadas por indivíduos, famílias ou comunidades com o objetivo de melhorar a saúde, prevenir doenças e restaurar a saúde, com base no conhecimento e nas competências adquiridas através dos profissionais de saúde e da experiência diária. O Departamento de Saúde do Reino Unido (2006) complementa, descrevendo o autocuidado como as ações que o indivíduo toma para garantir o seu bem-estar físico e mental, prevenir doenças, fazer uso adequado dos medicamentos e cuidar de membros dependentes, especialmente em situações crónicas.

O conceito de autocuidado tem sido central na evolução da Enfermagem, sendo considerado multidimensional e fundamental para a disciplina (Abreu, 2011). Embora o autocuidado não seja um conceito novo, refletido desde os tempos de Hipócrates, ele envolve tanto a capacidade de cuidar de si como a realização de atividades necessárias para manter ou promover a saúde. Lipson e Steiger (1996, in Richard e Shea, 2011) definem o autocuidado como sendo atividades realizadas por indivíduos ou comunidades para alcançar, manter ou promover o máximo de saúde, com base no conhecimento e nas competências adquiridas ao longo da vida e com o apoio dos profissionais de saúde.

O autocuidado, segundo Gantz (1990), pode ser compreendido como um movimento, conceito, teoria, modelo, processo ou fenómeno. Ele identifica quatro características essenciais: é condicionado pelos padrões culturais, envolve a capacidade de decisão e ação, é influenciado por conhecimentos, valores e motivações, e mobiliza fatores relacionados com a saúde. Theuerkauf (2000, in Abreu, 2011) complementa que o autocuidado vai além de capacidades aprendidas, sendo uma prática que permite ao indivíduo e à família tomar decisões eficazes em prol da saúde e na gestão de cuidados pessoais.

Para Backman e Hentinen (1999), o autocuidado não só mantém a saúde, mas também representa um desafio em situações adversas, capacitando a pessoa a avaliar e eliminar ameaças com base nas suas necessidades. Envolve auto-observação, identificação de mudanças funcionais e a avaliação da gravidade dessas alterações (Bastos, 2012).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2011) define o autocuidado como atividades realizadas pelo próprio para manter-se funcional e atender às necessidades básicas e diárias. Dorothea Orem, por sua vez, deu um grande impulso ao conceito, apresentando-o como o cuidado necessário para regular o funcionamento e o desenvolvimento pessoal (Orem, 1994).

Dorothea Orem define o autocuidado como ações deliberadas realizadas pelos indivíduos para regular o funcionamento e o desenvolvimento humano, promovendo a vida, saúde e bem-estar. A sua teoria baseia-se na premissa de que as pessoas possuem o potencial de desenvolver habilidades intelectuais e práticas, bem como a motivação necessária para o autocuidado. Orem enfatiza que *"compreender o significado e valor do autocuidado é fundamental para participar nele"* (1991, p. 111).

A Teoria do Autocuidado, uma das partes do constructo teórico geral de Orem, aborda tanto a atividade quanto a exigência terapêutica do autocuidado, além dos requisitos necessários para a sua prática. A exigência terapêutica refere-se ao conjunto de ações de autocuidado necessárias em determinados períodos da vida ou em situações de alteração da saúde, visando satisfazer as necessidades específicas de autocuidado.

O autocuidado é um elemento central na teoria de Dorothea Orem, sendo descrito como ações realizadas pelos indivíduos para regular o funcionamento e promover a saúde e bem-estar. É composto por três requisitos principais: universais (necessidades básicas comuns a todos), de desenvolvimento (ligados a processos de adaptação) e de desvio de saúde (necessários em situações de doença). Orem (1983) destaca que, quando a capacidade de autocuidado está comprometida, o enfermeiro atua como suporte, substituindo temporariamente ou promovendo estratégias para desenvolver a autonomia da pessoa.

As doenças crônicas, que afetam significativamente a capacidade de autocuidado, requerem uma abordagem coordenada e centrada na pessoa. Estas condições, caracterizadas por duração prolongada e impacto funcional, desafiam o indivíduo a integrar no seu quotidiano comportamentos de autocuidado, como a adesão a regimes medicamentosos e a vigilância da saúde (Bastos, 2012). As barreiras a este processo incluem limitações físicas, falta de conhecimento, dificuldades financeiras, necessidade de apoio emocional e efeitos adversos da medicação (Bayliss et al., 2003).

O papel do enfermeiro é fundamental neste contexto, atuando como educador, facilitador e promotor do autocuidado (Campedelli et al., 1989). Através de intervenções ajustadas às necessidades e hábitos dos doentes, o enfermeiro contribui para melhorar a gestão

do regime terapêutico, promovendo a qualidade de vida e a autonomia do indivíduo (Acúrcio et al., 2009). A colaboração com a família, comunidade e organizações de doentes é essencial para garantir uma abordagem integrada e eficaz no cuidado às pessoas com doenças crónicas (Conselho Internacional de Enfermeiros e Ordem dos Enfermeiros, 2010).

3.1.3 Gestão do Regime Terapêutico

É evidente que a gestão do regime terapêutico constitui um desafio relevante para as pessoas portadoras de doenças crónicas. Este conceito envolve, de forma essencial, a integração das medidas de tratamento no quotidiano do indivíduo, incluindo não só a adesão ao regime, mas também a capacidade para gerir os seus diferentes componentes e as suas consequências. Como refere a definição da NANDA (2003), trata-se de um processo de integração de um programa terapêutico no dia-a-dia, abrangendo não apenas a medicação, mas também outros aspetos associados, como dietas, exercício físico e cuidados gerais. Apesar de a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), desde a sua versão de 2010, não contemplar isoladamente o termo "gestão do regime terapêutico", este remete para áreas como autocuidado, regime medicamentoso e regime dietético (ICN, 2010).

Bailey, Oramasionwu e Wolf (2013) enfatizam, em particular, a componente medicamentosa do regime terapêutico, considerando-a central para o seu sucesso. Definem-na como a capacidade de um doente seguir a prescrição médica, incluindo a dose correta, a frequência, a continuidade e a segurança no uso dos medicamentos. Este foco reflete a complexidade deste comportamento, que, como refere o ICN (2010), exige tanto a cognição quanto a volição do indivíduo. A cognição, enquanto processo intelectual que abrange a percepção, o pensamento, o raciocínio e a memória, é indispensável para a adoção e manutenção de novos comportamentos (Bastos, 2012). A volição, por sua vez, implica uma intenção consciente e a força de vontade para agir, manter e alterar hábitos com base nas orientações recebidas ICN (2010).

No centro deste processo está o utente, que desempenha o papel principal na gestão do seu regime terapêutico. Dias *et al.* (2011) destacam que, ao compreender as crenças, atitudes e valores do utente, é possível desenvolver estratégias de enfermagem que promovam mudanças comportamentais e, conseqüentemente, a saúde. Estas estratégias devem considerar as dimensões física, psicológica, comportamental, sociocultural, ambiental e espiritual, tal como salientado por Abreu (2011), que defende que o sucesso das intervenções de saúde depende da

capacidade dos profissionais para compreenderem o significado das transições de vida para o indivíduo e ajudá-lo a lidar com as mudanças associadas.

Vários autores têm explorado termos associados à gestão do regime terapêutico, como o de autogestão (self-management), frequentemente relacionado com o autocuidado. Lorig e Holman (2003) definem a autogestão como o processo de aprendizagem e treino de competências necessárias para uma vida ativa e emocionalmente satisfatória, apesar da doença crónica. Estes autores identificam cinco habilidades fundamentais para a autogestão: resolução de problemas, tomada de decisão, mobilização de recursos, estabelecimento de parcerias com os profissionais de saúde e capacitação para a ação.

Von Korff et al. (1997) sugerem que a autogestão consiste em atividades para promover e proteger a saúde, monitorizar sinais e sintomas da doença, gerir o impacto na funcionalidade e relações interpessoais, e aderir ao regime terapêutico. Este conceito envolve ações como adotar uma alimentação saudável, realizar exercício físico, monitorizar os sintomas, procurar ajuda profissional quando necessário e tomar medicamentos conforme prescrito. Contudo, a autogestão não se limita a estas tarefas. É um processo dinâmico e flexível, em que o indivíduo identifica problemas, define objetivos, desenvolve planos e monitoriza o progresso, como assinalado por Bastos (2012). Neste sentido, fatores como a educação, o suporte social e familiar, a confiança em si mesmo e o apoio dos profissionais de saúde são cruciais.

Outro conceito frequentemente associado à gestão do regime terapêutico é o da adesão. Segundo a CIPE® (ICN, 2010), adesão refere-se à ação auto-iniciada para a promoção do bem-estar, incluindo o cumprimento rigoroso do regime de tratamento e a interiorização do valor de comportamentos saudáveis. Gusmão e Jr. (2006) ampliam este entendimento, referindo que a adesão é o grau de concordância com as indicações dos profissionais de saúde, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de alcançar metas terapêuticas. A OMS (2003) adota uma definição semelhante, destacando a adesão como um comportamento que depende da vontade do indivíduo em alinhar as suas ações com as recomendações dos profissionais.

Apesar da importância da adesão, o conceito de gestão do regime terapêutico é mais abrangente. Como argumenta Bastos (2012), este inclui a adesão, mas vai além dela, incorporando capacidades como a tomada de decisão informada, o autoconhecimento e a aplicação de conhecimentos técnicos. Contudo, avaliar a gestão do regime terapêutico apresenta desafios consideráveis. A complexidade deste processo e o elevado grau de individualização dificultam a medição uniforme, como destacam autores como Bailey, Oramasionwu e Wolf (2013) e Osterberg e Blaschke (2005).

A relação entre o utente e o profissional de saúde é outro fator determinante na gestão do regime terapêutico. Bastos (2004) salienta que esta relação deve ser baseada numa parceria, onde o profissional, através da educação para a gestão, capacita o utente para o autocuidado. Este processo de educação é essencial para que o indivíduo compreenda a sua condição, as razões para as mudanças necessárias e como integrá-las na sua vida diária.

Quando isto não acontece, a família desempenha um papel essencial na gestão do regime terapêutico de pessoas com doença crónica, funcionando como uma rede de apoio crucial para a adesão ao tratamento e para a melhoria da qualidade de vida. Estudos indicam que o suporte familiar ativo pode ajudar a ultrapassar barreiras emocionais, sociais e práticas associadas à complexidade dos regimes terapêuticos, como a polimedicação e a adaptação do tratamento à rotina diária (Von Korff et al., 1997; Padilha, 2006).

Para além de oferecer apoio emocional, a família pode atuar como mediadora entre a pessoa e os profissionais de saúde, ajudando na compreensão das orientações médicas e garantindo que as mesmas são cumpridas corretamente. Esta participação ativa contribui para uma maior segurança na administração de medicamentos, para a criação de rotinas consistentes e para a motivação contínua da pessoa no seguimento das terapêuticas (Orem, 1983; Henriques, 2011).

No entanto, é igualmente importante reconhecer que o envolvimento da família requer uma abordagem educacional por parte dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, que devem capacitar não só a pessoa com doença crónica, mas também os seus cuidadores. A capacitação inclui o fornecimento de informações claras sobre a doença, o regime terapêutico e os possíveis efeitos adversos, bem como a promoção de estratégias para lidar com situações imprevistas (Beers e Berhow, 2004; Frazier, 2005).

Assim, a família não é apenas um suporte, mas também um parceiro ativo na promoção de saúde e bem-estar. O seu envolvimento integrado no plano de cuidados contribui para a eficácia do regime terapêutico, fortalecendo a autonomia da pessoa e garantindo uma abordagem mais holística e humanizada na gestão da doença crónica (Dias et al., 2011; Bastos, 2012).

Concluindo, a gestão do regime terapêutico, especialmente no contexto das doenças crónicas, requer uma abordagem holística que abrange a capacitação do indivíduo e da família, o suporte contínuo dos profissionais de saúde e a consideração dos múltiplos fatores que influenciam o comportamento. Este processo é crucial para alcançar uma transição saudável e

melhorar a qualidade de vida do utente/família, indo além do simples cumprimento de prescrições e promovendo um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa e na família.

3.1.4 Gestão do Regime Medicamentoso

A gestão do regime medicamentoso destaca-se como um elemento crucial no regime terapêutico das pessoas com doenças crónicas, sendo fundamental para o controlo da doença e para a melhoria da qualidade de vida. Na versão 2 da CIPE®, o “regime medicamentoso” surge como um foco integrado num contexto mais amplo de “regime”, que inclui recursos como planos terapêuticos, percursos clínicos e protocolos, os quais ajudam a controlar o processo patológico (ICN, 2010).

Este regime é, em grande parte, gerido pela própria pessoa, exigindo o desenvolvimento de competências que garantam comportamentos coerentes com as indicações terapêuticas. Por isso, é considerado um foco central da prática clínica dos enfermeiros. Termos relacionados, como “regime medicamentoso complexo” ou “auto-administração de medicamentos”, ilustram diferentes níveis de complexidade e responsabilidade na gestão. Na versão beta da CIPE® (ICN, 1999), o foco “auto-administração de medicamentos” incluía atividades como obtenção, armazenamento, administração e eliminação segura de medicamentos, mas estas especificidades foram suprimidas nas versões mais recentes.

A gestão do regime medicamentoso não se limita ao número de medicamentos prescritos. Deve incluir fatores como a forma farmacêutica, dose, frequência e instruções de administração (Hayes, 1999; George et al., 2004, citados por Henriques, 2011). Este aspeto é ainda mais relevante no contexto da polimedicação, fenómeno comum em doentes crónicos devido à coexistência de várias patologias, múltiplos prescritores e, em alguns casos, automedicação (Beers e Berhow, 2004; Frazier, 2005; WHO, 2005). A polimedicação pode levar a interações medicamentosas e reações adversas, aumentando os riscos associados à gestão inadequada (Araújo, 2002, Roach, 2003).

A capacidade de gerir eficazmente o regime medicamentoso está intimamente ligada à adesão terapêutica. Segundo Padilha (2013), dois fatores fundamentais para esta gestão são o conhecimento dos medicamentos e a sua administração correta. A promoção da adesão passa pela capacitação da pessoa para integrar o regime na sua vida diária e evitar complicações decorrentes da má gestão, como reinternamentos, perda de qualidade de vida e descontinuidade de cuidados.

A gestão medicamentosa insere-se no processo mais amplo de gestão da doença crónica, que, conforme Von Korff et al. (1997), envolve ajudar o doente a controlar a sua condição. Este processo exige uma abordagem holística, considerando aspetos de educação, autovigilância e adaptação às necessidades individuais, para que a pessoa consiga superar barreiras à gestão eficaz. Estudos apontam que dificuldades nesta gestão não decorrem apenas da complexidade do regime, mas também de fatores como alterações na rotina, expectativas e falta de conhecimentos (Almeida et al., 2007; Jackson et al., 2010).

A promoção de uma gestão eficaz exige que os enfermeiros avaliem de forma contínua as dimensões envolvidas, eliminando barreiras que comprometam o sucesso. Orem (1983) reforça que a prestação de cuidados de qualidade, incluindo a gestão do regime medicamentoso, requer tempo, conhecimentos, habilidades e competências. Por isso, a prática de enfermagem deve centrar-se no desenvolvimento das capacidades da pessoa, promovendo a autonomia e garantindo resultados sensíveis aos cuidados prestados.

Em suma, a gestão do regime medicamentoso, enquanto foco da prática clínica, é fundamental para assegurar a adesão terapêutica, o controlo da doença e a qualidade de vida da pessoa. Uma abordagem centrada na educação, capacitação e suporte contínuo é essencial para alcançar uma gestão eficaz e superar os desafios associados às especificidades de cada caso.

3.1.5 A Família

A família é a referência fundamental para o indivíduo. É o mais importante e primeiro grupo social, o habitat natural para o desenvolvimento dos seus membros. É na e da família que o indivíduo obtém as suas primeiras competências. É no contexto familiar que a criança desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se para a idade adulta e para assumir estilos de vida que condicionarão de forma decisiva o seu ciclo de vida.

A Teoria Geral dos Sistemas (TGS), desenvolvida por Ludwig von Bertalanffy, na década de 1940, é um conceito interdisciplinar que propõe estudar sistemas como um todo, em vez de apenas analisar as suas partes isoladamente. A TGS sugere que os sistemas são compostos por elementos interdependentes, cujas interações determinam o comportamento do sistema como um todo.

A teoria destaca que os sistemas podem ser encontrados em diversos campos do conhecimento (biologia, psicologia, sociologia, etc.), e todos possuem características comuns,

como a organização, a dinâmica de adaptação a mudanças e o equilíbrio. Segundo Bertalanffy, um sistema pode manter a sua homeostase (estabilidade) enquanto lida com mudanças internas e externas, ajustando-se para preservar o funcionamento adequado. A TGS enfatiza a importância das interações entre as partes do sistema e como estas contribuem para o seu funcionamento global (Bertalanffy, 2008).

Assim, a TGS oferece uma abordagem holística para entender sistemas complexos, como a família, as organizações ou a natureza, tendo em conta as relações e a interdependência entre os elementos que os constituem.

Ao analisar a família sob a perspectiva sistémica, consideramos relevante abordar a evolução do conceito de família. Com base na pesquisa realizada, concluímos que, nas últimas décadas, o conceito de família tem assumido um âmbito mais amplo. As novas tendências e configurações familiares têm possibilitado diferentes conceções sobre a família e a organização da vida dos seus membros, sendo apreciada por alguns pelos seus hábitos tradicionais e, por outros, pelo seu progresso modernizado.

Inicialmente, a entidade familiar era composta pelo marido e pela mulher. Os papéis sociais estavam claramente definidos: os homens trabalhavam fora de casa e garantiam o sustento da família, enquanto as mulheres se dedicavam às tarefas domésticas e tinham como responsabilidade a socialização dos novos membros. Todos os elementos da família dependiam económica e moralmente do chefe de família.

Com o início da Revolução Industrial (1760), ocorreu uma mudança na estrutura das famílias, que passaram a ser nucleares.

Um século mais tarde, na década de sessenta, há um marco na redefinição do conceito de família, as mulheres começaram a reivindicar o reconhecimento dos seus direitos, exigindo igualdade com os homens em todos os domínios da vida social. Esta mudança levou à partilha das responsabilidades familiares, dado que ambos os cônjuges passaram a desempenhar profissões fora de casa, contribuindo ambos para o sustento do lar (Hanson, 2005) e as famílias alargadas começaram assim a diminuir. Segundo Dias (2011), estas mudanças provocaram transformações nas famílias, aumentando a complexidade das relações. Fatores económicos, políticos, sociais, culturais, demográficos, religiosos e tecnológicos, do contexto onde estão inseridas, foram determinantes para estas alterações na estrutura e na dinâmica familiar. Assim, a família deixou de seguir o modelo tradicional, surgindo novas formas de organização familiar (Dias, 2011, Guedes, 2008, Simionato e Oliveira, 2003).

De acordo com Hanson (2005), as definições de família diferem conforme o paradigma da área em questão; o legal, que abrange relações estabelecidas por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento; o biológico, que inclui as ligações biológicas entre indivíduos; o sociológico, que se refere a grupos de pessoas que vivem juntas; e o psicológico, que envolve grupos de pessoas com fortes laços emocionais. A autora acrescenta que, no passado, as definições de família eram muito restritas, limitando-se a pessoas que coabitavam ou que estavam ligadas por laços de consanguinidade, casamento ou adoção, e que se relacionavam entre si com base nos papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão ou irmã.

Foi apenas a partir da década de oitenta que começaram a emergir definições mais amplas de família. Em 1985, o Departamento de Enfermagem de Família da Universidade de Ciências da Saúde de Oregon descreveu a família como um sistema social formado por duas ou mais pessoas que coexistem num contexto de expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e durabilidade temporária. Esta definição inclui compromisso, tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos (Hanson, 2005).

Nogueira (2007), expõe que a família é uma sociedade natural composta por indivíduos ligados por laços de sangue ou afinidade. Os laços de sangue decorrem da descendência, enquanto a afinidade ocorre com a entrada dos cônjuges e seus familiares que se integram à entidade familiar através do casamento. Esta visão, de caráter tradicional e apoiada pela sociedade, reflete crenças morais e sociais estabelecidas.

Para Relvas e Alarcão (2002), a família é um sistema dinâmico e aberto, formado por diversos elementos interligados entre si, no qual o todo é mais do que a simples soma das partes, e onde se cria entre os membros um sentimento de pertença.

Relativamente ao conceito de família, Relvas (1996) destaca que a sua constituição não depende apenas dos laços de consanguinidade, mas também, e principalmente, dos vínculos afetivos estabelecidos entre os seus membros. Por sua vez, Alarcão (2000) acrescenta que a família é um espaço privilegiado para a vivência e aprendizagem de aspetos significativos da interação, como a linguagem, a comunicação, os contatos corporais e as relações interpessoais.

A família pode, então, ser definida como um grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas (ICN - *International Council of Nurses*, 2015), sendo mais do que a simples soma dos seus elementos (Classificação internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, 2015), ou seja, a família é um grupo de indivíduos vinculados com uma ligação emocional profunda e por um sentimento de pertença

ao grupo, tal como Wright e Leahey, (2009) referem, a família é, sem dúvida, quem os seus membros dizem que são.

Se analisarmos o modelo de família à luz das diferentes culturas podemos verificar que este foi assumindo diferentes formas ao longo dos tempos. Podemos identificar o harém muçulmano, a alargada família hindu, a família nuclear europeia, ou a família patriarcal cigana. No entanto, em todos eles encontramos modelos familiares.

Dias (2011), reitera também que, ao longo do tempo, a estrutura e a dinâmica familiar sofreram profundas modificações na sua organização interna. Isso inclui a diminuição do número médio de filhos, a queda da fecundidade e o declínio das famílias numerosas, o aumento do número de pessoas a viver sozinhas, bem como o crescimento das famílias recompostas devido ao aumento dos divórcios, das uniões de facto e das uniões livres. Mais recentemente, surgiu também o fenómeno das famílias homossexuais.

Em Portugal, as estruturas familiares também têm sofrido alterações. Os censos de 2001, 2011 e 2021 alertam para o envelhecimento demográfico generalizado. Atualmente, as famílias são de menor dimensão, com um aumento significativo, na última década dos divórcios e de pessoas recasadas (INE, 2022). Do ponto de vista demográfico, observa-se uma transformação da família desde os anos 60, marcada pela perda de importância do casamento religioso em detrimento do casamento civil, pela diminuição do número de filhos e por estes nascerem cada vez mais tarde, pelo aumento dos divórcios e pelo crescimento constante da participação feminina no mercado de trabalho (Wall, 2005). Todas estas transformações têm reflexos na evolução da estrutura familiar portuguesa (Pedroso, Casaleiro & Branco, 2011).

Com efeito, as dinâmicas familiares alteraram-se de tal forma que, antigamente, a constituição de uma nova família através do casamento era comum, e a sua dissolução normalmente acontecia com a morte. Hoje em dia, a família apresenta novas complexidades (Silva, 2006). Estamos a viver uma transformação na vida familiar, a um ritmo veloz, impulsionada pelos processos de modernização da sociedade, aproximando-nos dos padrões demográficos e familiares que já se verificavam mais cedo em outras sociedades ocidentais (Aboim, 2006). Pedroso & Branco (2008), dão ênfase a este facto referindo que novos cenários familiares, mais flexíveis e fluidos, têm emergido, destacando-se o aumento das uniões de facto, o crescimento do número de crianças nascidas fora do casamento, o incremento das famílias monoparentais, o aumento das famílias recompostas, o crescimento das famílias transnacionais e o aumento das famílias unipessoais.

Por um lado, estas transformações destacaram novas necessidades e especificidades da família. No entanto, é importante lembrar que, apesar de no passado apresentar estruturas mais uniformes, a família sempre preservou o seu caráter único. Mais do que um espaço de reprodução biológica, a família é um ambiente repleto de afeto, solidariedade e um local essencial para a transmissão de conhecimentos e saberes (Maria & Torres, 1999). Como destaca Relvas (2006), o indivíduo é simultaneamente um todo e uma parte integrante de uma família e de uma sociedade. No entanto, é dentro do próprio indivíduo que a família e a sociedade habitam, existem e se refletem. Nos dias de hoje, existe uma ampla variedade de teorias, modelos e quadros conceptuais sistêmicos que têm como ideia central o conceito de que a família funciona como um sistema orgânico, empenhado em manter o equilíbrio face às pressões internas e externas (Silva, 2003).

Independentemente do modelo adotado, Dias (2011) afirma que a família é sempre um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, um todo sistêmico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior.

Sendo a família a principal unidade de desenvolvimento pessoal e o espaço onde se vivenciam experiências essenciais para a formação da personalidade, ela também constitui um grupo social primário, que tanto influencia como é influenciado por outras pessoas e instituições (Elsen, Althoff e Manfrini, 2001; Guedes, 2008).

A família desempenha um papel essencial na formação do ser humano, ensinando-o a pensar, agir e reagir com base em conceitos éticos, morais, religiosos e sociais que lhe são transmitidos. É através desses preceitos que o indivíduo constrói a sua personalidade e molda a sua forma de ser e de estar na sociedade onde está inserido. De um modo geral, é no seio familiar que o indivíduo encontra apoio afetivo e psicológico, bem como valores humanos, éticos, culturais, sociais e cívicos, essenciais para o seu desenvolvimento físico e mental (Dias, 2011; Figueiredo, 2012; Guedes, 2008; Saiote, 2010).

Com base nas diversas concepções de família e nas experiências familiares de cada um, podemos entender a família como um sistema inserido em múltiplos contextos, composto por pessoas que partilham sentimentos e valores, criando laços de interesse e solidariedade, com características e funcionalidades próprias. Segundo Relvas (1996) a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura.

As estruturas e funções familiares estão em constante mudança e adaptação às dinâmicas sociais e ao ambiente externo, para garantir o seu funcionamento contínuo (Dias, 2011).

Contudo, independentemente dessas mudanças, a unidade familiar permanece como uma peça central na vida de cada indivíduo, enquanto unidade social importante. As famílias, enquanto agregações sociais, assumem ou abdicam de funções de proteção e socialização dos seus membros em resposta às necessidades da sociedade em que estão inseridas (Monteiro, 2010).

Nesta perspectiva, as funções da família dividem-se em dois grandes objetivos: internamente, garantir a proteção psicossocial dos seus membros, e externamente, adaptar-se à cultura e assegurar a sua transmissão. Estas dinâmicas implicam transformações constantes nos papéis e posições dos membros, tanto no sistema familiar como no social, numa relação de influências mútuas entre a família e a sociedade (Dias, 2011, Sousa, 2011, Rodrigues, 2013).

A família, ao ajustar-se às mudanças internas e externas, procura responder às novas circunstâncias sem perder a sua continuidade, oferecendo sempre um esquema de referência para os seus membros. Em qualquer família, cada indivíduo ocupa uma posição ou desempenha um estatuto específico, como marido, mulher, filho ou irmão, desempenhando papéis e funções familiares que orientam a dinâmica do grupo (Rodrigues, 2013).

Rodrigues (2013), de acordo com Stanhope (1999), associa as funções da família às metas que esta deve alcançar para assegurar a sua unidade, o desenvolvimento dos seus membros e o da sociedade. Assim, a estrutura familiar ajusta-se à forma como a família se organiza, ao modo como cada um dos seus subsistemas ou unidades está distribuído e às relações que estabelecem entre si. Essa estrutura de acordo com Dias (2011) e Figueiredo (2012), baseia-se nos padrões de interação entre os membros, que dão origem a estruturas de poder e definição de papéis. Estes padrões não só moldam os comportamentos, como também viabilizam o cumprimento das tarefas familiares.

Os papéis desempenhados pelos membros da família são definidos como um conjunto de expectativas comportamentais, obrigações e direitos associados a uma determinada posição dentro da unidade familiar. Estes papéis, baseados em padrões de comportamento, constituem componentes fundamentais da organização familiar (Stanhope, 1999; Figueiredo, 2012).

Monteiro (2010), alude que, cada família adapta os papéis e as responsabilidades esperadas dos seus membros, considerando tanto a sua estrutura e forças internas como as influências externas. É essencial que exista uma certa flexibilidade, permitindo ajustes e, ocasionalmente, a troca de papéis interiorizados por um determinado membro, para responder às necessidades e dinâmicas da unidade familiar (Monteiro, 2010).

As tarefas de desenvolvimento da família não se limitam às características individuais dos seus membros, estando também intimamente relacionadas com as pressões sociais para o desempenho adequado das funções e das tarefas essenciais à continuidade do sistema familiar. Sousa (2011), expõe que as responsabilidades parentais são cumpridas não apenas para atender às necessidades específicas dos filhos, mas também para corresponder às expectativas sociais atribuídas ao papel de pais e Silva (2003) alude que, as normas familiares representam as regras que orientam a conduta individual e coletiva dentro da família, geralmente ligadas à idade ou ao estadio do ciclo de vida familiar. O papel de cada membro da família inclui todas as normas associadas à sua posição dentro do núcleo familiar.

Neste contexto, são identificados vários papéis na estrutura familiar, entre os quais:

- Papel de suporte familiar: abrange a produção e/ou obtenção de bens e serviços necessários para sustentar a família.
- Papel de encarregado dos assuntos domésticos: refere-se à realização de tarefas domésticas que proporcionam prazer e conforto aos membros da família.
- Manutenção das relações familiares: consiste em manter o contacto com parentes e oferecer ajuda em situações de crise.
- Papéis sexuais: relacionam-se com as relações íntimas entre os parceiros e a regulação da reprodução.
- Papel terapêutico: implica oferecer ajuda e apoio emocional perante problemas ou dificuldades familiares.
- Papel recreativo: diz respeito a atividades de lazer e entretenimento, com o propósito de promover o relaxamento e o desenvolvimento pessoal dos membros da família.

(Monteiro, 2010; Sousa, 2011; Stanhope, 1999).

Os papéis familiares surgem e evoluem com o objetivo de auxiliar as famílias a fazer a transição para novas fases da vida e a atender às suas necessidades em cada uma dessas etapas (Silva, 2003).

A família, enquanto sistema aberto, transforma-se numa unidade funcional para os seus membros, promovendo o seu desenvolvimento e bem-estar através da troca constante entre o sistema familiar e o exterior. Este intercâmbio permite que cada membro desenvolva as suas próprias formas de interagir, realizar tarefas e funções que favorecem o seu crescimento. Este espaço de interação proporciona uma função estabilizadora e normativa, visando a aceitação

dos valores sociais por parte dos seus membros (Dias, 2011; Figueiredo, 2012; Petronilho, 2007).

O sistema de valores da família, refletido nas crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, também impacta a forma como se desenvolvem os processos de saúde de cada um. A família tem um papel crucial na proteção da saúde física e psicológica dos seus membros, oferecendo apoio e atendendo às necessidades básicas em situações de doença (Figueiredo, 2012; Monteiro, 2010). Essa ideia é reforçada por Guedes (2008), que destaca a função primordial da família na proteção, com especial ênfase nas suas potencialidades para fornecer apoio emocional, resolver problemas e conflitos, e servir como uma barreira defensiva contra agressões externas. Fallon (2003), menciona ainda, que a família contribui para a manutenção da saúde física e mental do indivíduo, sendo o maior recurso natural para lidar com situações de stress relacionadas com a vida comunitária.

Sabemos, como já foi referido anteriormente que nas últimas décadas as famílias mudaram. Foram acompanhando as várias transformações sociais e foram-se remodelando de acordo com esses novos contornos, mas apesar das diferentes configurações que as famílias têm assumido, a sua principal característica continua a ser a qualidade das relações que se estabelecem entre os seus elementos e não a sua estrutura. São os afetos que caracterizam as famílias, sejam elas constituídas por uma mãe, um pai e uma ou mais crianças; duas mães; dois pais; enteadas e enteados, tias, primos, avós, irmãos e irmãs, madrastas, padrastos ou outros. Não há configurações certas ou erradas. O essencial das famílias é amar, cuidar, educar, proteger, e proporcionar vivências que lhes permitam atingir o pleno desenvolvimento. É assim, no seio familiar que os membros adquirem hábitos saudáveis e desenvolvem estilos de vida que favorecem o bem-estar, construindo desta forma o seu conceito de saúde.

Elsen, Althoff e Manfrini (2001), mencionam que, a família saudável é uma unidade que se valoriza positivamente, onde os membros convivem e se reconhecem mutuamente como família. Esta unidade possui uma estrutura e organização flexíveis, permitindo definir objetivos e regular os meios necessários para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros.

Pode-se concluir, portanto, que, pela sua grande capacidade de adaptação às novas exigências do meio, a família tem conseguido sobreviver, apesar das intensas crises sociais.

Enquanto grupo, a família evolui conforme as suas finalidades, desenvolvendo funções específicas que se transformam ao longo do seu ciclo de vida, sujeitas tanto às transições

normativas como às acidentais (Figueiredo, 2012), sendo o apoio fundamental nos momentos de crise, mudança, realização, assim como na saúde e na doença. Como consequência, a interpretação do conceito de família tende a aproximar-se de uma visão sistémica. Cada família possui a sua própria identidade, valores, culturas, aspirações, etnia, localização e composição, sendo a unidade e a unicidade os seus principais atributos. Simionato e Oliveira (2003), corroboram o explanado pois expõem que, como sistema relacional, inserido e articulado em diversos contextos, a família incorpora um conjunto de valores, conhecimentos e práticas, constituindo um espaço fundamental de socialização e humanização. Além disso, é a base do desenvolvimento humano e a principal fonte de saúde para os seus membros. A forma única e singular como cada família se posiciona é, de facto, exclusiva, razão pela qual Relvas (2000) afirma que "não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal" (p.14).

Nos últimos tempos, as famílias têm sido alvo de crescente atenção em diversas áreas científicas, incluindo a enfermagem. Os enfermeiros sempre reconheceram o papel fundamental da família nos cuidados de saúde (Bell, Watson e Wright, 1990). Já nas descrições do trabalho de Florence Nightingale, eram mencionadas as intervenções realizadas nas famílias dos soldados que morreram (Calkin, 1990).

3.1.6 A Família na Transição Saúde - Doença

É nas relações familiares que os acontecimentos da vida, como o nascimento, o crescimento, o envelhecimento, a doença e a morte, entre outros, ganham significado, sendo depois incorporados na experiência individual de cada membro, de acordo com a conceção desenvolvida. A doença tem sido uma parte integrante da experiência humana ao longo da história. Quando um membro da família adoece, isso torna-se motivo de preocupação para os outros membros.

A família é um sistema de saúde para os seus membros, orientado por valores, crenças e práticas que guiam as ações na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Ela supervisiona a saúde dos membros, toma decisões em caso de mal-estar e procura apoio profissional quando necessário (Elsen, Althoff e Manfrini, 2001; Schmitz, 2008). Esta, tem ainda um papel fundamental na saúde e doença do indivíduo, desenvolvendo estilos próprios de comunicação, regras e formas de manter a estabilidade. Contudo, Alarcão (2000) e Hanson

(2005), referem que a doença gera uma crise familiar, caracterizada pela mudança repentina na estrutura e funções familiares e pela dificuldade em responder às necessidades do doente.

Hanson (2005), acrescenta ainda que, a doença, ao afetar a estrutura e dinâmica familiar, pode levar a comportamentos e manifestações patológicas, dependendo do tipo de doença, do seu curso, do grau de incapacidade e do papel do indivíduo doente. Assim, a família é vista como um sistema que, quando enfrenta dificuldades, se desestrutura e precisa de apoio para lidar com as situações de doença.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, desempenham um papel fundamental no apoio às famílias, ajudando na adaptação ao processo de saúde-doença. Em qualquer contexto de prática profissional, os enfermeiros centram a sua atenção na família, considerando a sua saúde global, desenvolvimento e contribuição para a sociedade. Cuidar da família é um dos objetivos do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), sendo que, o contexto familiar permite uma intervenção eficaz nas necessidades da unidade familiar e de cada um dos seus membros (Figueiredo, 2009).

A teoria das transições, proposta por Afaf Meleis, é uma estrutura teórica importante no campo da enfermagem e da saúde, que oferece uma perspectiva valiosa sobre a forma como os indivíduos experienciam e lidam com as mudanças ao longo da vida, particularmente em relação às mudanças do estado de saúde. Estas mudanças, são frequentemente acompanhadas de alterações das condições de vida, e de desafios emocionais, físicos e sociais. Meleis (2010) define transições como processos de mudança de um estado de ser para outro, e estas podem ser tanto previsíveis e naturais (como o ciclo de vida e o envelhecimento) como inesperadas (como doenças agudas ou crónicas), afetando profundamente a identidade, o papel e as funções de um indivíduo.

De acordo com Meleis (2010), essas transições são frequentemente acompanhadas por transformações no papel social e nas relações interpessoais, especialmente em doenças crónicas. A teoria reflete não apenas a experiência individual de mudança, mas também a dinâmica que essas mudanças têm sobre os outros, particularmente os familiares/cuidadores, que frequentemente desempenham um papel central no processo de adaptação do doente. Assim, esta teoria oferece uma perspectiva crítica sobre como os indivíduos lidam com as mudanças, com um enfoque especial nos processos de adaptação e no papel do enfermeiro como facilitador desses processos.

A teoria de Afaf Meleis (2010) distingue dois tipos principais de transições: normativas e acidentais.

Transições Normativas: as transições normativas são aquelas que ocorrem como parte do processo natural do ciclo vital. São esperadas, previsíveis e geralmente associadas a marcos de desenvolvimento (vistas como parte do processo de amadurecimento e evolução da identidade). Exemplos incluem a transição de infância para a adolescência, de estudante para trabalhador, ou a transição da gravidez para a maternidade. Estas transições são vistas como partes esperadas do ciclo vital, e as pessoas enfrentam-nas geralmente com o apoio social e cultural que facilita a adaptação. Embora o processo de adaptação ainda possa ser desafiador, as transições normativas são compreendidas socialmente e não causam, em geral, ruturas tão profundas na identidade e nos papéis do indivíduo.

Transições Acidentais: Ao contrário das normativas, as transições acidentais são aquelas que ocorrem inesperadamente e sem uma preparação prévia, muitas vezes desestabilizando o indivíduo e alterando drasticamente a sua identidade ou o seu papel na sociedade. Exemplos incluem o diagnóstico de uma doença crónica (como a DPOC), um acidente, a morte de um ente querido, ou uma perda significativa, como o desemprego repentino. Estes eventos não alteram apenas a saúde física do indivíduo, mas também podem ter um impacto profundo na sua identidade, na forma como se percebe e na maneira como se relaciona com o mundo ao seu redor. As transições acidentais envolvem um sentimento de perda ou choque, e muitas vezes as pessoas enfrentam uma perda de controlo nas suas vidas. Neste caso, a adaptação ao novo estado de ser pode ser mais desafiadora, requerendo maior apoio e intervenções externas para facilitar a transição.

Uma aplicação fundamental da teoria das transições de Afaf Meleis é a transição saúde-doença, que pode ocorrer em qualquer fase de vida de uma pessoa e se refere ao momento em que um indivíduo, anteriormente saudável, se vê acometido por uma condição de saúde ou doença. Este tipo de transição pode ser, tanto normativa como acidental, dependendo do contexto e da expectativa que o indivíduo tem em relação à sua saúde (Meleis, 2010).

No caso de doenças crónicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a transição saúde-doença pode ser particularmente desafiadora. Para indivíduos com DPOC, a transição geralmente é acidental, uma vez que o diagnóstico pode ocorrer num momento inesperado e levar a uma rutura significativa na perceção que a pessoa tem de si mesma e do seu papel na sociedade. A pessoa diagnosticada com DPOC experimenta frequentemente uma mudança abrupta na sua identidade de saúde, passando de uma pessoa saudável ou com uma

saúde controlada para uma pessoa que lida com limitações respiratórias, cansaço crônico e dependência de tratamentos médicos, como o uso de inaladores ou oxigenoterapia (Agusti & Vogelmeier, 2023).

Além disso, a DPOC é uma doença progressiva, o que significa que, com o tempo, os doentes podem ver a sua qualidade de vida diminuir, enfrentando dificuldades com a mobilidade, a capacidade de realizar atividades diárias e, em alguns casos, com a própria independência. Isso implica uma transição não só física, mas também social e emocional. O doente pode ver-se forçado a abandonar atividades que anteriormente eram parte da sua rotina, o que provoca uma perda de identidade social e funcionalidade. A adaptação a essa nova realidade exige um processo de aceitação e reorganização de expectativas sobre o futuro (Fernandes et al., 2024).

A transição saúde-doença na DPOC não se limita apenas ao diagnóstico, mas estende-se à gestão da doença ao longo do tempo. Esta transição é uma das mais significativas e complexas, especialmente quando envolve doenças crônicas como a DPOC. A progressão da doença, marcada pelo agravamento gradual dos sintomas respiratórios e pela crescente dependência de medicamentos e terapias contínuas, exige que o doente se adapte a múltiplos aspetos desta nova realidade. Entre as mudanças necessárias estão a modificação do estilo de vida, como a cessação tabágica, a adoção de terapias farmacológicas de longo prazo e, em casos mais graves, o uso de oxigenoterapia ou ventilação mecânica (Agusti & Vogelmeier, 2023).

Para indivíduos diagnosticados com DPOC, esta transição ocorre frequentemente de forma accidental, uma vez que a doença muitas vezes não é detetada até que os sintomas se tornem mais graves, afetando a qualidade de vida e a função pulmonar (Fernandes et al., 2024). Esta transição implica não apenas uma mudança na saúde física, mas também uma transformação no papel social e nas expectativas do doente em relação à sua própria vida. A perda da capacidade respiratória e a necessidade de adaptações no dia-a-dia podem gerar sentimentos de ansiedade, frustração e isolamento social, especialmente à medida que o doente percebe as limitações progressivas impostas pela doença. Além disso, esta transição inclui muitas vezes uma mudança no sentido de identidade, onde o doente passa a assumir o papel de doente crônico, enfrentando limitações na sua mobilidade, nas suas interações sociais e na sua capacidade de realizar atividades que antes desempenhava com facilidade.

Neste contexto, a teoria das transições de Afaf Meleis (2010) oferece-se como uma ferramenta valiosa para compreender os desafios vividos pelos doentes com DPOC ao longo da sua jornada saúde-doença. A teoria enfatiza que essas mudanças, que afetam simultaneamente

os níveis físico, psicológico e social, exigem um suporte psicossocial robusto, educação em saúde e uma colaboração estreita entre o doente, a família e os profissionais de saúde. Para além de refletir a experiência individual de mudança, a teoria das transições também aborda a dinâmica que essas mudanças geram nos outros, particularmente nos familiares/cuidadores, que frequentemente assumem um papel central no processo de adaptação.

A família desempenha um papel essencial durante a transição. Para além do apoio físico, como o auxílio em atividades diárias e na gestão de medicamentos, a família participa na reconstrução da identidade do doente e oferece suporte emocional, social e prático (Silva et al., 2024). Em muitos casos, os familiares tornam-se os primeiros cuidadores, organizando as suas vidas para acomodar as necessidades do doente. No entanto, a transição saúde-doença também afeta a família de forma significativa. Os cuidadores enfrentam frequentemente desafios emocionais, como stresse, sobrecarga de responsabilidades e preocupações financeiras, além da pressão para oferecer cuidados constantes. A adaptação da família a estes novos papéis é, portanto, uma parte importante da transição, e o sucesso deste processo depende muitas vezes do suporte que recebem.

A teoria de Meleis sublinha ainda a importância de uma abordagem multidisciplinar, onde os profissionais de saúde cuidam não apenas do doente, mas também fornecem suporte e educação para a saúde à família. O estudo de Meleis (2010) destaca que a educação em saúde e o apoio social são fundamentais para o sucesso da adaptação a doenças crónicas. Quando a família está bem informada sobre a DPOC e tem a noção clara das necessidades do doente, o processo de adaptação tende a ser mais positivo. Intervenções práticas, como a educação sobre a doença e o treino no uso correto de inaladores e estratégias de respiração, podem ser mais eficazes quando a família participa ativamente. Além disso, a promoção de uma abordagem colaborativa no cuidado pode melhorar a qualidade de vida do doente e reduzir o impacto emocional da doença (Agusti & Vogelmeier, 2023).

Em suma, a transição saúde-doença, especialmente em condições crónicas como a DPOC, exige uma adaptação contínua e multifacetada. É um processo complexo que não afeta apenas o doente, mas também os familiares. Em doenças como a DPOC, onde a progressão é gradual, o processo de adaptação envolve não apenas a gestão dos sintomas, mas também a redefinição da identidade do doente e da família. Estas mudanças, frequentemente acompanhadas de transformações no papel social e nas relações interpessoais, são particularmente evidentes em doenças crónicas.

A teoria das transições de Meleis fornece uma estrutura útil para compreender como os indivíduos e as famílias lidam com as mudanças provocadas pela doença, ao focar-se na experiência subjetiva do doente e nos aspetos psicológicos, sociais e fisiológicos da transição. Para que a adaptação seja eficaz, destaca-se a importância de um suporte psicossocial robusto, educação para a saúde e uma colaboração estreita entre o doente, a família e a equipa de saúde (Enfermeira de Família/Médico de Família). Para além de refletir a experiência individual de mudança, a teoria também aborda a dinâmica destas mudanças nos outros, particularmente nos familiares/cuidadores, que frequentemente assumem um papel central no processo de adaptação.

Desta forma, a transição saúde-doença pode ser vista como uma caminhada partilhada, onde a família desempenha um papel essencial no apoio ao doente para lidar com a doença e melhorar a sua qualidade de vida. Ao integrar estes conceitos na prática clínica, os profissionais de saúde podem oferecer um suporte mais eficaz e adaptado às necessidades específicas dos doentes com DPOC, contribuindo significativamente para a melhoria da sua qualidade de vida.

3.2 Metodologia

A metodologia é o alicerce de qualquer investigação científica, sendo o conjunto de estratégias, métodos e técnicas utilizadas para alcançar os objetivos do estudo e responder às questões de investigação (Creswell, 2014). A sua escolha deve ser adequada à natureza do problema a ser explorado, proporcionando rigor e coerência em todas as etapas do processo (Figueiredo et al., 2023).

A metodologia adotada assenta na abordagem qualitativa, utilizando o método de estudo de casos múltiplos, o processo de enfermagem e o Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar (MDAIF) como referencial teórico. O MDAIF foi selecionado pelo projeto Family2Care, um projeto de intervenção comunitária, voltado para famílias, do qual este estudo é parte integrante.

A abordagem qualitativa revela-se especialmente valiosa nas ciências sociais e humanas, sobretudo quando se pretende compreender fenómenos complexos, subjetivos e inseridos em contextos específicos (Patton, 2015). Segundo Denzin e Lincoln (2018), este tipo de metodologia permite uma exploração aprofundada das experiências, percepções e significados atribuídos pelos participantes, oferecendo uma compreensão holística do fenómeno em estudo. No presente trabalho, a abordagem qualitativa mostrou-se crucial para captar as dinâmicas familiares e as vivências subjetivas dos membros das famílias, permitindo assim uma análise detalhada do impacto dos fenómenos investigados no contexto social e relacional.

Optou-se pelo estudo de casos múltiplos como método de investigação, dado que este permite analisar várias unidades – ou casos – dentro de um mesmo enquadramento teórico. Assim, a escolha desta metodologia deveu-se à necessidade de explorar em profundidade as particularidades e trajetórias de quatro famílias distintas, realçando as suas experiências e os seus percursos no contexto do problema investigado (Yin, 2018). Cada família foi tratada como um caso autónomo, sujeito a uma análise individual e, posteriormente, integrada numa análise transversal que possibilitou a identificação das especificidades de cada núcleo familiar, bem como a revelação de semelhanças e divergências entre eles. Este desenho metodológico, além de permitir uma compreensão minuciosa das variáveis e interações envolvidas, facilita a comparação entre os casos e a identificação de padrões ou variabilidades que enriquecem a análise e favorecem a eventual generalização teórica, conforme indicado por Stake (2006).

A recolha de dados foi efetuada por meio de entrevistas semiestruturadas, que possibilitaram o levantamento de informações detalhadas sobre as experiências dos participantes, complementadas por registos de observação direta e análise documental. A

triangulação dos dados constituiu uma estratégia essencial para garantir a validade e fiabilidade dos resultados, permitindo uma compreensão abrangente e rigorosa das dinâmicas familiares em estudo.

O Processo de Enfermagem é uma metodologia utilizada por enfermeiros para planejar e fornecer cuidados individualizados aos utentes. É composto por cinco etapas que se interrelacionam. São elas:

- Colheita de dados de Enfermagem: nesta fase, o enfermeiro reúne informações sobre as condições de saúde do utente e família.
- Diagnósticos de Enfermagem: com base nos dados colhidos, o enfermeiro formula diagnósticos de enfermagem, identificando problemas ou necessidades específicas do utente e família.
- Planeamento de Enfermagem: aqui, o enfermeiro elabora um plano de cuidados individualizado, definindo metas e estratégias para abordar os diagnósticos identificados.
- Implementação: durante essa etapa, o enfermeiro executa as intervenções planeadas, fornecendo os cuidados necessários ao utente e família.
- Avaliação de Enfermagem (ganhos em saúde): o enfermeiro avalia os resultados das intervenções, ajustando o plano conforme necessário e documentando adequadamente todo o processo.

Estas etapas são essenciais para garantir um cuidado de enfermagem eficaz e humanizado, contribuindo para a visibilidade e o reconhecimento da profissão.

A seleção das famílias para a análise da prestação de cuidados a membros com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) foi realizada de acordo com critérios pré-definidos, baseando-se na lista da Enfermeira de Família, à data do início do Estágio de Natureza Profissional.

Para integrar o estudo, as famílias deveriam preencher os seguintes requisitos:

- Fazer parte da lista de utentes da Equipa de Saúde Familiar;
- Realizar com a frequência estipulada as consultas de doença crónica nos CSP;
- Possuir diagnóstico médico de DPOC;
- O membro portador de DPOC ter idade igual ou superior a 65 anos;

Estes critérios foram essenciais para garantir que as famílias selecionadas apresentassem as características específicas necessárias para o estudo da prestação de cuidados de saúde.

De um total de dezasseis famílias inicialmente identificadas, uma foi excluída por não cumprir o critério de frequência regular das consultas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), uma vez que a mesma passa três meses em Portugal e os outros nove meses num país membro da União Europeia. Onze, foram excluídas devido ao facto dos portadores da doença, terem menos de 65 anos, e as quatro famílias restantes foram acompanhadas na Unidade de Saúde Familiar (USF). As consultas realizadas envolveram tanto o utente portador da DPOC como os membros familiares disponíveis, e os dados foram devidamente registados no sistema de informação SClínico-CSP®.

A realização deste estudo teve como objetivo analisar o processo familiar e o impacto dos cuidados prestados pelas famílias e pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, na gestão terapêutica do membro com DPOC, percecionando a família como unidade de cuidados. As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar serão descritas através de uma abordagem colaborativa (identificando com os membros da família as suas necessidades, expondo diagnósticos e instituindo um plano de intervenção para resolução e/ ou mitigação dos problemas identificados) por forma a contribuir para a homeostasia do funcionamento do sistema familiar e, nesse sentido, foi utilizado o MDAIF por ser o referencial teórico e operativo adequado à prática clínica dos enfermeiros portugueses (construído tendo por base o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (CFAM - Calgary Family Assessment Model), que é parte integrante das ferramentas do sistema de informação SClínico®, utilizado na USF), que prestam cuidados às famílias enquanto unidade.

Figueiredo (2012), refere que o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico e operativo utilizado em Enfermagem de Saúde Familiar, co-construído e validado por meio de pesquisas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Este modelo permite aos enfermeiros propor intervenções adequadas às necessidades das famílias, identificando-as rigorosamente. É dinâmico, flexível e interativo, possibilitando a mobilização dos seus componentes em diferentes níveis de atuação. O MDAIF visa capacitar as famílias, aprofundar a avaliação e intervenção familiar, e contribuir para práticas inovadoras e interações mais eficazes.

O modelo orientou as decisões clínicas e serviu como guia para a avaliação das famílias cuidadoras, permitindo uma abordagem sistemática e adaptada às especificidades de cada núcleo familiar. Segundo Figueiredo (2012), a flexibilidade e o dinamismo da matriz permitem ajustar as intervenções às necessidades específicas de cada contexto familiar, o que neste estudo facilitou a compreensão integral da prestação de cuidados pelas famílias aos seus membros com

DPOC, promovendo uma análise abrangente das necessidades e intervenções (Figueiredo, 2012).

Durante o processo, foi realizado um trabalho de colheita de dados com base na composição e tipo de família, considerando a família alargada, os sistemas sociais mais amplos e a classe social. A avaliação familiar foi então realizada a partir das dimensões Estrutural, de Desenvolvimento e Funcional do referencial teórico mencionado, garantindo que todos os aspetos relevantes fossem analisados. O modelo possibilitou identificar focos de intervenção e áreas que requerem maior atenção, como a gestão da técnica inalatória, o apoio emocional e o envolvimento familiar nos cuidados diários.

Além disso, para interpretar e compreender as respostas das famílias ao desafio de cuidar de um membro com DPOC, foi utilizada a Teoria das Transições de Meleis (2010), que forneceu uma base teórica sólida. Esta teoria permitiu explorar as condições e os padrões de resposta das famílias às mudanças que ocorrem durante o processo de adaptação aos cuidados de um membro com DPOC. A Teoria das Transições ajudou a identificar os desafios específicos que as famílias enfrentam, bem como as estratégias para assegurar cuidados de qualidade e promover o bem-estar tanto do doente quanto dos seus familiares.

As informações acerca das famílias foram obtidas através do sistema informático SClínico® do serviço, de entrevistas semiestruturadas e planos de consulta (Apêndice 1), realizadas nas visitas domiciliárias bem como nas consultas de enfermagem de saúde familiar e gestão da doença crónica na USF, tendo tido como base a matriz operativa do MDAIF (Anexo 3). Ressalvo que da matriz operativa apenas foram focadas as áreas em que a família se enquadrava, uma vez que tendo em conta a sua especificidade e individualidade nem todas se adequavam.

É importante referir que foi assegurado o sigilo profissional preconizado no Artigo 85 do Código Deontológico do Enfermeiro. No início da primeira consulta realizada na Unidade de Saúde Familiar (USF), foi fornecida uma explicação clara sobre os objetivos da mesma, e do estudo a levar a cabo, de modo a garantir uma comunicação transparente com os membros das famílias envolvidas. Disponibilizou-se e solicitou-se a assinatura do consentimento informado (que foi aprovado pelo Conselho de Ética da Unidade Local de Saúde – Trás-os-Montes e Alto Douro (Anexo 4)), pelos utentes para a participação no estudo (Anexo 5), assegurando o sigilo e a confidencialidade relativamente aos dados recolhidos, e posteriormente, realizadas entrevistas informais durante os meses de setembro e dezembro de 2024.

Como referido anteriormente, para proteger o anonimato, as famílias foram designadas por números (de um a quatro) enquanto os seus membros foram identificados por combinações de letras do alfabeto, aleatórias e em maiúsculas, que não correspondem aos seus nomes reais. Este processo foi concebido para reforçar a ética e a segurança na recolha e no tratamento da informação, em conformidade com os princípios éticos e legais que regem a prática da Enfermagem. Reforço que a privacidade das famílias foi um princípio salvaguardado, na medida em que não é referido nenhum nome dos membros do agregado familiar e todos os dados somente serão usados em contexto do estudo, tendo isso sido garantido à família.

Os dados foram analisados e de acordo com os diagnósticos obtidos, foram delineadas intervenções com base nos recursos e competências da família e comunidade tendo por base o MDAIF.

Com base nas avaliações realizadas, foram criados planos de cuidados personalizados para as famílias seleccionadas. Estes planos abordaram os principais focos de intervenção e as necessidades específicas de cada família, tendo como base o MDAIF e as atividades diagnósticas mais relevantes. Cada plano de cuidado incluiu intervenções de enfermagem adaptadas às necessidades de cada membro da família, com ênfase na gestão terapêutica (concretamente na gestão medicamentosa - técnica inalatória) e no apoio à adaptação à DPOC, promovendo o autocuidado e garantindo o acompanhamento contínuo das condições de saúde do utente.

Além disso, foram realizadas consultas tanto na USF como no domicílio, de acordo com a disponibilidade das famílias, permitindo um acompanhamento próximo e contínuo do processo de cuidado. O número de contactos realizados variou conforme a necessidade de intervenções específicas e a evolução do quadro de saúde do utente. A avaliação individual foi particularmente focada na pessoa diagnosticada com DPOC, com especial atenção às áreas de maior vulnerabilidade e necessidade de intervenção.

Os diagnósticos identificados e a evolução ao longo do processo foram registados em cada uma das dimensões do MDAIF, permitindo um acompanhamento estruturado e a adaptação das intervenções conforme a resposta das famílias. Com esta abordagem, foi possível garantir que cada família tivesse acesso a cuidados personalizados e de alta qualidade, fundamentados pela teoria e pelas melhores práticas clínicas.

3.3 Resultados

Este subcapítulo dedica-se à análise da prestação de cuidados à família, abordando-a como destinatária central dos cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), mas também contemplando cada um dos seus membros de forma individualizada, ao longo do ciclo vital familiar e nos diferentes níveis de prevenção. Esta abordagem holística é fundamental para garantir uma resposta abrangente às necessidades dinâmicas da família, promovendo tanto o bem-estar coletivo como o individual.

Neste contexto, é imprescindível que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEEC-ESF) desenvolva uma relação terapêutica sólida com a família, baseada na confiança e na empatia, com o objetivo de promover um funcionamento familiar harmonioso e de capacitar os seus membros ao longo das diversas etapas do ciclo vital. Este papel exige uma atenção particular às mudanças vivenciadas pela família e aos seus desafios específicos, promovendo a saúde e prevenindo doenças de forma proativa. A recolha de dados relevantes para a compreensão da realidade familiar, a identificação de necessidades concretas, a implementação de intervenções ajustadas às suas particularidades e a monitorização contínua das respostas da família e dos seus membros tornam-se práticas indispensáveis para uma atuação eficaz e centrada na evidência científica mais recente.

No que se refere à dimensão profissional, ética e legal, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015) sublinha os avanços significativos registados na orientação deontológica da Enfermagem desde a publicação do Estatuto da OE e da Deontologia de Enfermagem, em 1998. Este enquadramento normativo tem sido uma base essencial para a prática profissional, reforçando que todas as intervenções em Enfermagem devem ser realizadas com respeito pelos direitos fundamentais das pessoas, nomeadamente a liberdade e a dignidade humanas, tanto do utente como do próprio enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A dignidade humana é o pilar fundamental sobre o qual assentam todos os outros princípios éticos que regem a prática da Enfermagem. Durante a prestação de cuidados, destacaram-se diversos princípios essenciais. A autonomia, que reconhece o direito da pessoa a tomar decisões informadas sobre a sua vida e saúde, foi valorizada como uma forma de reforçar a independência e o empoderamento dos utentes. A universalidade, que garante igualdade no acesso aos cuidados sem qualquer tipo de discriminação, foi igualmente aplicada. Além disso, os princípios da beneficência e da justiça pautaram a atuação, assegurando não só o respeito e a proteção dos dados recolhidos, mas também a confidencialidade e a privacidade

no tratamento das informações. O altruísmo e a solidariedade foram fatores norteadores da abordagem, com os cuidados a serem ajustados em função dos interesses e necessidades específicos da família e dos seus membros. A competência profissional e a responsabilidade ética foram igualmente valorizadas, enquanto o princípio da beneficência orientou a prática para o apoio contínuo às famílias, promovendo o seu bem-estar e facilitando o acesso a recursos e benefícios que lhes sejam favoráveis (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

3.3.1 Caracterização Sociodemográfica das Famílias e Descrição da Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados às famílias consiste em ajustar os cuidados às necessidades específicas de cada uma, aproveitando as suas capacidades e recursos (Forças). Esta abordagem centra-se em envolver os familiares de forma ativa, fomentando a colaboração e a coesão dos laços entre eles. O objetivo principal é reconhecer a importância da família no processo de cuidado e recuperação do indivíduo. Ao enfermeiro de família compete proporcionar um ambiente seguro, onde os familiares possam partilhar as suas experiências, expressar as suas opiniões e contribuir no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados.

Relativamente à amostra em estudo, das 4 famílias temos 8 participantes, dos quais, 50% são do sexo masculino e 50% do sexo feminino, sendo que os portadores da doença eram os participantes do sexo masculino (cf. Tabela 4).

Quanto à idade, metade (50,0%) tem idade entre os 85 anos e os 94 anos. Dos 65 aos 74 anos temos 3 participantes, que correspondem a 37,5% e dos 75 aos 84 anos apenas um participante (12,5%) (cf. Tabela 4).

No que respeita às habilitações académicas, os participantes têm baixa escolaridade. Com o 1º ciclo completo existem 4 (50,0%). De realçar que um não sabe ler nem escrever (cf. Tabela 4).

Todos os elementos das famílias residem em zona rural (100,0%) e estão todos reformados (cf. Tabela 4).

Tabela 4: Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	4	50,0
Feminino	4	50,0
Idade		
65 – 74	3	37,5
75 – 84	1	12,5
85 – 94	4	50,0
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	1	12,5
Menos do 4º ano de escolaridade	3	37,5
1º Ciclo completo	4	50,0
Residência		
Rural	8	100,0
Situação Laboral Atual		
Reformado/a	8	100,0

De acordo com a caracterização sociodemográfica dos membros das famílias, o elemento portador da doença é do sexo masculino, o que coincide com os estudos de Ferrari (2010) e Cardoso *et al.*, (2013), que verificaram um predomínio de doentes do sexo masculino relativamente ao sexo feminino.

As habilitações literárias reduzidas estão em consonância com estudos encontrados (Casado, 2012; Martins, 2013).

A residência em zona rural é um fator protetor, tendo em conta que a *World Health Organization* (2017) reconhece que, além do fumo do tabaco, outros fatores favorecem a DPOC, como a exposição a agentes ocupacionais, a poluição do ar em espaços mal ventilados e, entre outros, as condições climáticas e a localização geográfica.

3.3.2 Avaliação da Família 1

Foram estabelecidos cinco contactos, de aproximadamente sessenta minutos, com a Família.

O casal demonstrou sempre muita disponibilidade e interesse em comparecer às consultas e em receber-me no seu domicílio, desde o final de setembro de 2024 até janeiro 2025, com intervalos mais ou menos regulares de 2 a 3 semanas.

Dimensão Estrutural

A Família 1, é uma família nuclear de raça caucasiana, com filhos adultos.

O agregado é formado por um casal, J com 79 anos e A de 71 anos, ambos de nacionalidade portuguesa e naturais da Beira. Sabem ler e escrever, embora nenhum dos dois tenha concluído a antiga 4ª classe.

Atualmente, encontram-se ambos reformados.

J tem como historial clínico Hipertensão Arterial (HTA) sem complicações, Hipotireoidismo, Dislipidemia e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Já A apresenta como antecedentes de saúde Hipertensão Arterial (HTA) controlada e Dislipidemia.

Do regime terapêutico de cada um fazem parte:

J tem prescrito: Amlodipina 5mg, Levotiroxina 0,025mg, Atorvastatina 20mg, Aminofilina 225mg, Fluticasona 500µg+ Salmeterol 50µg.

A tem prescrito: Losartan 50 mg, Atorvastatina 20mg.

Ambos possuem situação vacinal atualizada.

Casaram há 48 anos, e como refere J *“é para a vida, no bom e mau que ela tem.”*

São pais de dois rapazes que possuem a antiga escolaridade mínima obrigatória e de uma rapariga que concluiu o 12º ano de escolaridade, todos casados e a viver no estrangeiro.

Tanto J como A mantêm uma boa relação com os três filhos (C, A e A), com quem mantêm contacto telefónico (e também através das redes sociais) diário e muito próximo, uma vez que se encontram emigrados na Europa.

J referiu *“Fomos nós que tomamos conta deles até voarem, agora são eles que mesmo estando lá longe tomam conta de nós (...), os nossos filhos, para além de nos darem apoio*

emocional quando nos sentimos mais em baixo e com mais saudades são também os nossos melhores conselheiros. Além disso, estão sempre a perguntar se precisamos de ajuda a nível material, mas graças a Deus, até esta altura, ainda não foi preciso. Colhemos muito do campo, chega para nós e ainda para lhes dar a eles quando vêm até cá. As nossas reformas, não são muito grandes, mas chegam para os dois, o trabalho que tive no estrangeiro tirou-me a saúde e deu-me esta doença (DPOC) mas foi graças a ele que fiquei com uma reforma jeitosinha e ainda dá para às vezes fazermos umas extravagâncias (gosto de levar a minha esposa a almoçar fora algumas vezes). ”

Tipo de Família

A Família 1, é uma família nuclear, e por forma a obter dados diretos, objetivos e específicos, foram realizadas perguntas lineares acerca da composição familiar e das relações estabelecidas com os seus membros. Dessa entrevista resulta o genograma abaixo, que deixa transparecer a existência de laços familiares fortes entre todos os membros da família. É importante conseguir estas informações para se perceber a quantidade e qualidade do apoio que possa existir, pois são forças muito influentes na estrutura familiar (Wright & Leahey, 2009).

Da análise do genograma podemos identificar os subsistemas individual (cada indivíduo), conjugal (marido e mulher), parental (pais e filhos) e fraternal (irmãos).

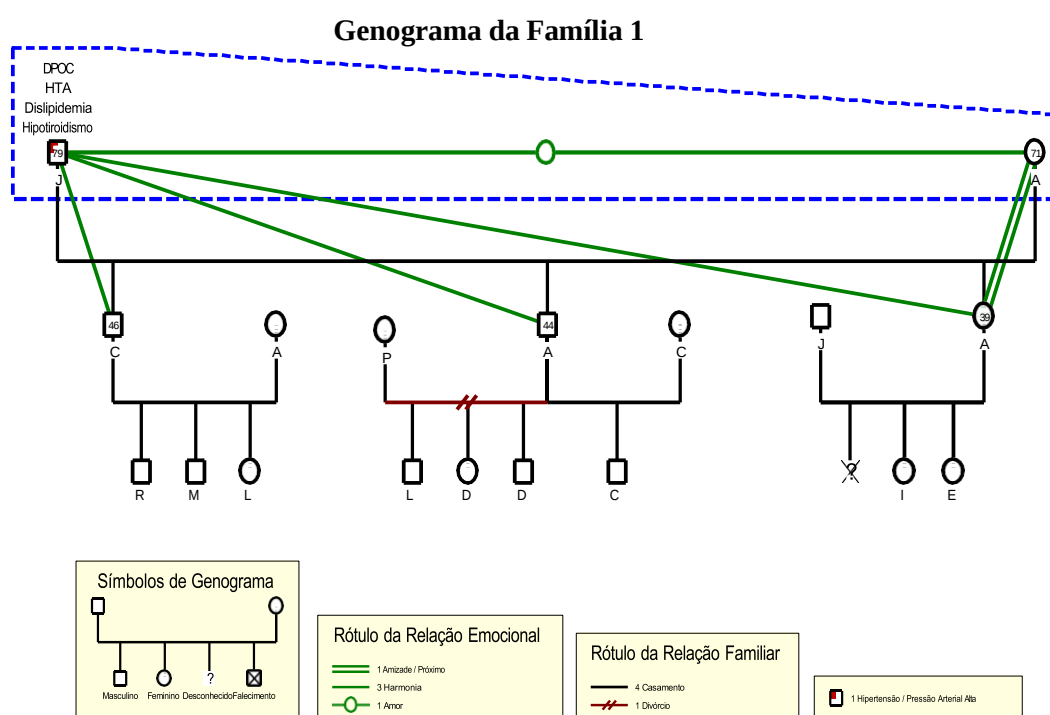


Figura 3 – Genograma da família 1

Sistemas mais amplos

Para examinar as interações da família 1 com o meio externo (sistemas mais amplos), foi produzido o Ecomapa (Figura 4) que permite uma representação gráfica das ligações da família a pessoas e estruturas sociais, incluindo a rede de suporte sociocomunitário do meio em que habitam.

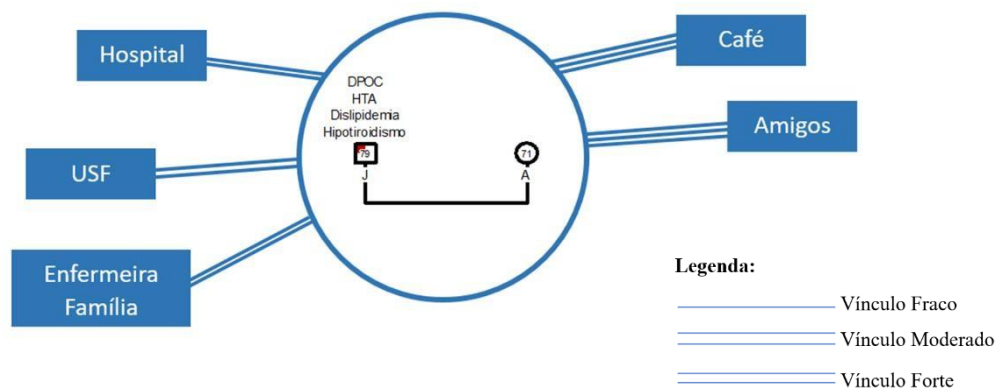


Figura 4 – Ecomapa da família 1

No que diz respeito aos sistemas mais amplos, J afirmou ter um vínculo forte com os amigos, dizendo *“todos os dias, no final do almoço vou ao café para estar distraído e conviver com os meus amigos, costumamos jogar dominó ou cartas, gosto desse bocadinho, sinto-me bem.”*

É também referido por J que mantém um vínculo moderado com o hospital da capital de distrito (devido ao grande número de consultas de diferentes especialidades que frequenta) bem como, com a USF e a sua EF, como mostra o Ecomapa.

Tendo como matriz operativa o MDAIF e as suas três dimensões de avaliação, as áreas de atenção avaliadas na Família 1, foram as representadas nas tabelas que se seguem.

Tabela 5 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 1, para a Dimensão Estrutural

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
	Edifício Residencial	Tipo de habitação
	Precaução de Segurança	Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
		Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Existência de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de Água	Existência de abastecimento de água da rede pública/privada

Classe Social

No que alude à Classe Social, após a aplicação da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), a Família 1 situava-se na Classe Média, com score de 17 pontos. Vivem das suas reformas provenientes dos respetivos descontos para a Segurança Social tanto de Portugal como do país onde estiveram emigrados (sendo que cada um recebe aproximadamente certa de 750€).

Edifício residencial e sistema de abastecimento

Moram na zona centro da aldeia numa moradia própria, com 4 divisões, na parte onde habitam (cozinha (com eletrodomésticos básicos), sala, quarto e WC), possuindo outras divisões no rés-do-chão da casa, dando assim conta de escadas como barreiras arquitetónicas.

O abastecimento de água, o serviço de tratamento de resíduos e a eletricidade são feitos através da rede pública e o de gás (para consumo do fogão) é feito com recurso a botija. O aquecimento é feito com recurso a um recuperador de calor embora tenham também aquecimento central nas dependências do rés-do-chão.

No que respeita a higiene e condições da habitação, embora sendo uma casa humilde e com pequenas dimensões, encontrava-se sempre muito arruma e com boas condições de higiene.

Tendo em conta o que foi apurado, foram identificados os seguintes diagnósticos:

Tabela 6 – Diagnósticos para a área de Dimensão Estrutural da Família 1

Foco:	Rendimento Familiar
Diagnostico:	Rendimento Familiar Não Insuficiente
Foco:	Edifício Residencial
Diagnostico:	Edifício Residencial Seguro – Não negligenciado
Foco:	Precaução de Segurança
Diagnostico:	Precaução de Segurança, Demonstrada
Foco:	Abastecimento de Água
Diagnostico:	Abastecimento de Água, Adequado

Dimensão de Desenvolvimento

Segundo Figueiredo (2012), a avaliação da dimensão desenvolvimento possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual. O entendimento do contexto do desenvolvimento do sistema familiar implica o reconhecimento do ciclo vital como um percurso conjeturável para todas as famílias e simultaneamente a identificação dos seus processos de evolução transacional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família.

No que respeita à etapa do ciclo vital esta, encontra-se no Estadio VIII do ciclo vital de Duvall (Famílias em Envelhecimento), e na quinta etapa do ciclo vital de Relvas (Família com filhos adultos (empty-nest)) (Hanson, 2005).

No que diz respeito à dimensão de desenvolvimento, as áreas de atenção avaliadas foram a Satisfação Conjugal e o Papel Parental – Família com Filhos Adultos. Relativamente à satisfação conjugal, foram consideradas as dimensões operativas relativas à relação dinâmica, comunicação e interação sexual.

Tabela 7 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 1, para a Dimensão de Desenvolvimento

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão de Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
	Papel Parental – Família com filhos adultos	Conhecimento do papel

De acordo com Figueiredo (2012), este campo de atenção engloba uma série de definições importantes para a perceção do casal enquanto elementos individuais e como se caracterizam as suas interações na tomada de medidas conjugais.

Satisfação Conjugal

No que concerne à satisfação conjugal sobre a divisão/partilha de tarefas domésticas e à forma como cada um expressa os sentimentos, os elementos do casal estão satisfeitos.

No respeitante à relação dinâmica, foram questionados ambos os membros do casal de forma linear sobre como se sentiam com a partilha das tarefas domésticas. J referiu “*eu não*

posso fazer muito, porque me canso muito rápido, mas gosto de ajudar e faço-o em tudo que posso”. A, expôs “fazemos tudo em conjunto, com a nossa calma. Temos muito tempo e assim também andamos entretidos e o tempo passa mais depressa. Tirando as refeições, porque o meu homem nunca gostou de cozinhar, embora cozinhe muito bem. Mas também não me importo, depois do que fomos aprendendo consigo, prefiro que ele não o faça por causa da bafareira dos tachos”.

No que concerne ao tempo que passam juntos, J referiu *“onde está o pião, está a barça”*. *Tirando o bocadinho de tempo em que vou ao café o resto estamos sempre juntos. Sempre fomos assim (...) e graças a Deus nunca tivemos problemas. A minha mulher continua depois de todos estes anos a ser a minha melhor amiga e companheira, a mulher da minha vida e o meu grande amor.”*

Para perceber a forma como partilham os seus sentimentos foram feitas, perguntas lineares e circulares. Foram feitas perguntas como: como é que expressam o que sentem? Como é que reagem face a forma como cada um expressa os seus sentimentos?

A, referiu *“ele diz muito mais que eu. Está a ver, ainda agora me disse que continuava a ser a mulher da vida dele (esboçou um largo sorriso), as vezes até fico envergonhada, mas sempre foi assim, nunca teve papas na língua (risos). Quando andamos por lá, no campo até me oferece muitas vezes flores das que crescem por lá. É bom depois de uma vida inteira juntos ainda sermos assim.”*

J referiu que A *“é muito envergonhada, mas vai dizendo (risos) que gosta muito de mim, e isso eu vejo todos os dias, na forma como me trata e como se preocupa comigo. As vezes quando me demoro mais um bocadinho pelo café, já fica em cuidados. É muito bom senhora enfermeira ver e sentir que depois de tantos anos e de uma vida cheia de trabalhos continuamos a ser importantes para a pessoa com quem quisemos dividir a vida.”*

No que diz respeito à comunicação, foram utilizadas perguntas como: sentem-se satisfeitos com a forma como comunicam? Conseguem chegar a acordo quando há discordância de opinião? Conversam sobre expectativas e receios de cada um?

J expôs *“sabe, conhecemo-nos tão bem que raramente estamos em desacordo. Acho até, do que me lembro, que a única vez que estivemos nessa situação foi na França, e se lhe tinha dado ouvidos talvez não tivesse este problema dos pulmões. Na França, trabalhamos nas estufas dos “champignons,” eram galerias, subterrâneas, muito húmidas e cheias de bolor. Andava sempre com tosse, e depois como fumava muito também não ajudava. Na altura dizia-*

me “vamos embora homem, arranjamos outra coisa”, mas era o início, falávamos pouco francês e ali éramos quase todos portugueses e não tínhamos problemas em nos entender. Passados alguns anos decidimos voltar. Sempre falamos sobre tudo, sem problemas, quanto aos receios, estamos na velhice senhora enfermeira, e os filhos estão lá longe, embora a cada passo nos apareçam de surpresa, têm a vida e as famílias deles para lá. Preocupa-me, se daqui a algum tempo, um de nós cai numa cama, se acontecer teremos e ir para um Lar, mas que Deus permita que continuemos assim a fazer a nossa vida, ainda por mais uns anos.” A, acrescentou “realmente a única vez que não estivemos de acordo foi na França. Mas pronto, eram outros tempos, foram tempos de sacrifício, mas é o que nos permite agora ter qualquer coisa para conseguirmos viver, comer e comprar a medicação. Quanto ao futuro, que seja o que Deus quiser, ainda me sinto com força, ele as vezes cansa-se mais por causa da doença (DPOC), mas sabemos que os anos passam, e vamos estar pela nossa casa o máximo de tempo que conseguirmos, mas também já falamos que se tiver de ser, iremos para um Lar. A vida é mesmo assim!”

A interação sexual, também foi uma área avaliada. Relativamente a esta área de atenção foram utilizadas perguntas lineares, para perceber a interação e satisfação de ambos com o seu padrão de sexualidade.

A, ficou mais constrangida, mas J mencionou que “sabe, depois de todos estes anos há coisas mais importantes que isso. Não temos relações sexuais há alguns anos, os meus problemas fizeram com que deixasse de conseguir. Mas, como lhe disse que falávamos de tudo, quando comecei a sentir isso, falei com A e fiquei mais descansado, quando ela me disse que “estamos bem assim, já não precisamos disso,” para um homem é difícil, e acredito que também seja para as mulheres, porque faz parte da vida do casal, mas o amor e o sentimento não são só sexo.”

J corrobora assim, aquilo que é referido por Crema & De Tílio (2021), pois o autor menciona que com o envelhecimento, as adaptações sexuais se tornam necessárias e ajudam na vivência da sexualidade dos idosos.

Papel Parental

No que alude à área de atenção Papel Parental – Família com Filhos adultos, no que se refere ao consenso, conflito e saturação do papel, não foi manifestado, qualquer tipo de problema. Assim no respeitante ao conhecimento do papel, nas tarefas da etapa

desenvolvimental, este apresenta-se como sendo um conhecimento demonstrado. No que alude aos Comportamento de adesão, aferiu-se que na adaptação da família à saída dos filhos de casa a redefinição das relações adulto-adulto foi demonstrada, foi também feita a inclusão na família dos parentes por afinidades e netos. No que diz respeito ao contacto mantido e à relação com os filhos e companheiros dos filhos este mostra-se como satisfatório uma vez que todos os dias utilizam as redes sociais e as videochamadas para este efeito.

Posto isto, os diagnósticos apurados nesta dimensão de desenvolvimento do MDAIF foram os seguintes:

Tabela 8 – Diagnósticos para a Dimensão de Desenvolvimento da Família 1

Foco:	Satisfação Conjugal		
Dimensão:	Relação Dinâmica	Subdiagnóstico:	Relação Dinâmica, Não Disfuncional
	Comunicação	Subdiagnóstico:	Comunicação, Eficaz
	Interação Sexual	Subdiagnóstico:	Interação Sexual, Adequada
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida		
Foco:	Papel Parental (Filhos Adultos)		
Dimensão:	Conhecimento do Papel	Subdiagnóstico:	Conhecimento do Papel, Demonstrado
	Comportamento de Adesão	Subdiagnóstico:	Comportamento de adesão, Demonstrado
	Consenso do Papel	Subdiagnóstico:	Consenso do Papel, Sim
	Conflito do Papel	Subdiagnóstico:	Conflito do Papel, Não
	Saturação do Papel	Subdiagnóstico:	Saturação do Papel, Não
Diagnóstico:	Papel Parental Adequado		

Dimensão Funcional

Figueiredo (2012), menciona que a avaliação funcional se refere a padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema e, dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades, pelos processos co-evolutivos que permitem a continuidade. Esta dimensão integrando duas dimensões elementares do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva, a primeira pretender focar o papel do prestador de cuidados, que se reporta para as atividades do quotidiano, enquanto a segunda enfatiza as interações entre os membros da família, perspetivando a identificação de necessidades nestas áreas familiares.

No que respeita à Dimensão Funcional, foram avaliadas as áreas de atenção referentes ao Papel de Prestador de Cuidados e ao Processo Familiar.

Tabela 9 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, avaliadas na Família 1, para a Dimensão Funcional

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão Funcional	Papel do prestador de Cuidados	Conhecimento do papel
		Comportamentos de adesão
		Consenso do papel
		Conflitos do papel
	Processo Familiar	Saturação do papel
		Comunicação familiar
		<i>Coping</i> familiar
		Interação de papéis
		Relação dinâmica

Papel do Prestador de Cuidados

No papel de prestador de cuidados A demonstra conhecimentos sobre todos os autocuidados, embora J seja totalmente independente (Escala de Barthel com score ≥ 90) nos autocuidados: higiene, vestuário, comer e beber, uso do sanitário, comportamentos de sono-reposo, atividade recreativa e atividade física, autovigilância e autoadministração de medicamentos. Tem uma dependência ligeira na Gestão do Regime Terapêutico nomeadamente no regime medicamentoso.

A esposa esteve presente em todas as consultas, e era responsável pela gestão do regime medicamentoso do marido, portador de DPOC, uma vez que este expressava “*são tantos, que se fosse eu a tomar conta disso, perdia-lhes a conta*”.

No respeitante aos Comportamentos de adesão, A (esposa) que é quem faz a Gestão do Regime Terapêutico de J, estimula a sua independência e promove uma Ingestão Nutricional adequada, não sendo manifestado nenhum tipo de conflito, e existindo consenso do papel por ambos. O mesmo não se pôde dizer em relação à saturação do papel, uma vez que A, manifestou alguma saturação no desempenho deste.

Foram colocadas perguntas lineares a A, no sentido de entender porque não era J capaz de realizar a Gestão do seu Regime Terapêutico, uma vez que em consulta foi perceptível a sua capacidade cognitiva, memória e perceção. Assim foi perguntado a A, porque não era J a tratar

do seu regime medicamentoso? A, referiu “*olhe não é ele porque como são muitos medicamentos ele confunde-se, e depois fica muito nervoso. As caixas de medicamentos não são sempre as mesmas, e isso baralha-o. Já lhe disse muitas vezes para se sentar comigo que eu ensino, mas sabe é mais fácil encontrar tudo feito (risos), mas acho importante que ele saiba porque as vezes tem de entrar sozinho nas consultas do Hospital (na capital de distrito) e depois não sabe explicar. E confesso que isso me cansa, porque se disséssemos que ele não tem capacidade para fazer era uma coisa, mas acho que não faz por preguiça em aprender, e por contar sempre que eu o faça. Eu também tenho culpa nisso.*” Neste sentido foi sugerido que comprasse o medicamento sempre do mesmo laboratório para ser mais fácil a sua identificação. Houve um compromisso por parte de J para tentar organizar o seu regime medicamentoso.

Foi identificado então o seguinte diagnóstico que foi alvo de atenção:

Tabela 10 – Diagnóstico para a Dimensão Funcional da Família 1 (Parte I)

Foco:	Papel do prestador de cuidados			
Dimensão:	Conhecimento do papel	Subdiagnóstico:	Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades Demonstrado	
	Comportamento de adesão	Subdiagnóstico:	Comportamento de adesão Não demonstrado	
	Consenso do papel	Subdiagnóstico:	Consenso do papel, Sim	
	Conflito do papel	Subdiagnóstico:	Conflito do papel, Não	
	Saturação do papel	Subdiagnóstico:	Saturação do papel, Sim	
Diagnóstico:	Papel do Prestador de Cuidados Não Adequado por Comportamento de Adesão, não demonstrado e Saturação do Papel, sim.			

Neste sentido, foram propostas várias intervenções das quais destaco:

- Ensinar o prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência;
- Motivar o prestador de cuidados a estimular a independência do membro da família dependente;
- Promover comunicação expressiva de emoções;
- Promover estratégias de *coping* para o papel.

Ribeiro (2023), expõe que a pessoa que tem capacidade para realizar a gestão da medicação o deve fazer, pois permite um papel mais ativo e maior controlo sobre a sua condição

de saúde. A pessoa fica desta forma mais receptivo as recomendações dos profissionais de saúde, adotando um estilo de vida mais saudável, maior autonomia na tomada de decisões sobre a sua condição de saúde/doença prevenindo desta forma a dependência gradual dos cuidadores. O incentivo da autogestão implica uma parceria colaborativa entre a pessoa e o prestador de cuidados, contribuindo para uma decisão partilhada e uma comunicação eficaz.

Para substanciar as intervenções, foi analisado com ambos os membros do casal, a importância da promoção da autonomia e independência na preparação da medicação e os benefícios para J.

Desta forma, foram realizadas questões lineares a A, e reflexivas a J, para explorar as mudanças decorridas após os últimos meses.

Às questões: que modificações notou na saúde de J nos últimos meses? Que significam essas alterações para si? O que considera essencial para preservar a condição de saúde de J? A, respondeu: *“(...) já é ele que vai à farmácia buscar a medicação, e já é ele que a prepara. Para mim esta alterações foram importantes, porque fico mais descansada se lhe fizerem perguntas no hospital acerca da medicação porque agora sei que já consegue responder se eu não entrar com ele, para além de achar também que assim ele tem mais consciência da sua doença e mais responsabilidade em tomar decisões sobre a sua saúde. (...) agora para que ele continue a andar bem e a preservar a sua saúde só falta mesmo fazer bem a bomba, porque às vezes acho que não está a fazer lá muito bem.”*

Relativamente a J, foi questionado por forma a criar uma nova visão sobre a importância de preparar a medicação, e neste sentido foi-lhe perguntado: acha que ao preparar a medicação está mais envolvido e tem mais ferramentas para tomar decisões sobre a sua saúde juntamente com A? Respondeu: *“(...) pelo menos agora sei o que tomo e para quê. (...) às vezes a bomba é que sei que não faço tão bem, porque quando respiro para o medicamento ir para dentro, há dias em que o sinto mais que noutros, porque sinto um queimor, e quando isso acontece respiro melhor. Mas também há outros em que não sinto nada. E ter feio a bomba ou não é a mesma coisa, porque não sinto nada, não sinto o mesmo queimor, sabe.”*

Por forma a colmatar esta necessidade percecionada em todas as famílias em estudo, foram realizadas ações de formação para a pessoa portadora de DPOC e para os cuidadores intituladas “Ser saudável com DPOC” (Apêndice 2) e “Prevenir sintomas e tomar a medicação” (Apêndice 3). Estas ações foram realizadas, no sentido de explicar a doença e os fatores predisponentes a crises de exacerbação bem como a preveni-las, tomando corretamente a

medicação, o que implicava também ter uma boa técnica inalatória (foram realizadas em todos os contactos, a instrução e demonstração da técnica inalatória).

Simpson et al. (2010), mencionam que a hipervigilância, o medo e a ansiedade, particularmente perante a exacerbação do doente, são as maiores fontes de stress para os cuidadores informais, contribuindo assim para situações de *burnout* destes. Assim, e ainda no sentido de responder a esta necessidade (prevenção de exacerbações, tomando a medicação e possuindo uma boa técnica inalatória) foi também criado o projeto de melhoria continua da qualidade intitulado “A capacidade da família para gerir a DPOC” (Apêndice 4).

Ainda sobre a Gestão do Regime Terapêutico/Medicamentoso, J quando questionado sobre o uso de tabaco, referiu que continuava a ser fumador, e que fumava cerca de dez cigarros por dia. Foram explicados os malefícios deste comportamento e das suas consequências relativamente ao impacto que este tinha na sua doença, nomeadamente da possibilidade de a curto prazo ter de realizar oxigenoterapia. Após as duas primeiras consultas e depois das longas conversas que foram tidas sobre este assunto, J mostrou-se disposto a fazer uma tentativa para parar de fumar, referindo “*sou um homem à antiga, daqueles para quem a palavra dada ainda é honra. Não lhe vou dizer que vou parar já, mas, prometo que vou tentar.*” Decorridos quinze dias desta conversa, e no decurso do contacto com a família, J referiu que tinha abandonado o tabaco. “*(...) já deixei, e não precisei de nada (medicação), agradeço-lhe a forma como me explicou e me fez ver as coisas.*” J, continua abstémico relativamente ao uso do tabaco.

Processo Familiar

Para Figueiredo (2012), o processo familiar diz respeito às interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo entre os membros da família.

As dimensões avaliativas do processo familiar circunscrevem-se a cinco sub-dimensões: comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares. Estas dimensões interligam-se e permitem uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família e, naturalmente a identificação de necessidades de mudança neste nível do funcionamento familiar (Figueiredo, 2009).

Relativamente ao Processo Familiar foi aplicada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, que mostrou uma classificação inferior a 140 pontos, para ambos os membros do casal em relação aos acontecimentos no último ano até ao memento da avaliação, deixando perceptível que a probabilidade de incidência de doenças é muito reduzida nesta escala.

No que toca à Comunicação Familiar, e no que concerne à Comunicação emocional, ambos referiram estar satisfeitos com a forma como eram manifestados os sentimentos, sendo que quem mais expressava esses sentimentos era J, como já foi referido anteriormente. Em termos de Comunicação Verbal/Não Verbal e Comunicação Circular, como também já foi mencionado, ambos referiam conhecer-se tão bem que não existiam problemas. Um e outro compreendiam e expressavam claramente o que diziam manifestando satisfação sobre a forma de comunicação familiar.

Em termos de *Coping* Familiar, quem habitualmente identificava os problemas era A, mas era J quem tomava a iniciativa para os resolver, havendo sempre abertura para discussão dos mesmos e recorrendo aos filhos casos houvesse essa necessidade.

No que alude aos Papeis Familiares, o papel de Provedor era desempenhado por ambos, sendo que a Gestão Financeira e o Cuidado Doméstico, eram realizadas por A, não existindo qualquer tipo de Conflito ou Saturação nestes papeis.

Relativamente à área de atenção da Relação Dinâmica, o membro com maior Influência e Poder era J. Foi-lhe aplicada a Escala de FACES II - Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar, tendo sido obtido os seguintes resultados: Coesão familiar: 7; Adaptabilidade: 6; Tipo de família: 6,5. Assim, a Família 1 é uma família com coesão muito ligada, adaptabilidade flexível e tipo de família equilibrada. Existindo assim a possibilidade de mecanismos de adaptação familiar que facilitem o ajustamento a situações novas ou de crise e a resolução de problemas familiares.

Da aplicação da Escala de Apgar Familiar de Smilkstein ambos percecionam a família como Altamente Funcional tendo sido obtido por ambos um total de 10 pontos.

Neste sentido os diagnósticos identificados foram:

Tabela 11 – Diagnóstico para a área de Dimensão Funcional da Família 1 (Parte II)

Foco:	Processo Familiar		
Dimensão:	Comunicação Familiar	Subdiagnóstico:	Comunicação Familiar, Eficaz
	Coping Familiar	Subdiagnóstico:	Coping Familiar, Eficaz
	Interação de Papéis	Subdiagnóstico:	Interação de Papéis, Eficaz
	Relação Dinâmica	Subdiagnóstico:	Relação Dinâmica, Não Disfuncional
Diagnóstico:	Processo Familiar Não Disfuncional		

No que respeita às crenças religiosas, a família 1 é católica praticante e em termos culturais, e no que diz respeito a tradições, hábitos e costumes a família adota os padrões da cultura portuguesa.

3.3.3 Avaliação da Família 2

À Família 2 foram realizadas cinco visitas domiciliárias, cada uma com uma duração média de uma hora. Desde o início de outubro de 2024 até ao final do estágio, o casal mostrou-se disponível para participar nas consultas realizadas com um intervalo de duas a três semanas entre cada sessão. Em todas as consultas, estiveram presentes, apenas o portador de DPOC que passa a ser doravante designado por A e a sua esposa S.

A avaliação familiar, centra-se nas áreas de atenção que em complementaridade com os dados avaliativos constitui-se como a estrutura de organização sistémica com recurso a três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional. Estas visam tanto o conhecimento aprofundado da família como a possibilidade de orientar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar.

Avaliação Estrutural

A Família 2 é uma família nuclear, de etnia caucasiana, composta por um casal com filhos já adultos.

O agregado familiar inclui A, com 72 anos, e S, com 66 anos, são de nacionalidade portuguesa e naturais da Beira Alta. Ambos sabem ler e escrever, embora apenas S tenha concluído a antiga 4ª classe.

Atualmente, estão os dois reformados, sendo que S pediu a reforma antecipada devido à demência de A.

A apresenta como antecedentes pessoais Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Demência diagnosticada em 2021 e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) há 12 anos. Por sua vez, S tem como antecedente de saúde Dislipidemia.

Ambos seguem regimes terapêuticos específicos, que incluem:

A tem prescrito: Perindopril 10mg + Amlodipina 10mg, Metformina 1000mg, Memantina 10mg, Fluticasona 250 µg + Salmeterol 50 µg

Sistemas mais Amplos

Para explorar as interações da família 1 com o ambiente externo (sistemas mais amplos), foi criado o Ecomapa (Figura 6), uma ferramenta gráfica que ilustra as conexões da família com indivíduos, instituições e a rede de apoio sociocomunitário do contexto em que está inserida.

S estabelece um vínculo forte com a cunhada de quem segundo ela, recebe apoio e companhia, tendo um vínculo moderado com a vizinha, (que também a ajuda quando necessita), a Enfermeira de Família e a igreja como é visível pela análise do ecomapa abaixo. E no que respeita à igreja S refere, *“A igreja tem sido um lugar onde encontro alento e apoio espiritual, especialmente agora que os nossos filhos já não vivem em casa. Apesar de o meu marido, por causa do Alzheimer, já não viver estes momentos da mesma forma que antes, continuo a sentir que a fé e os rituais me ajudam a enfrentar os desafios do dia-a-dia. O facto de o nosso filho mais novo ter sido seminarista em jovem torna a ligação à igreja ainda mais significativa para mim.”*

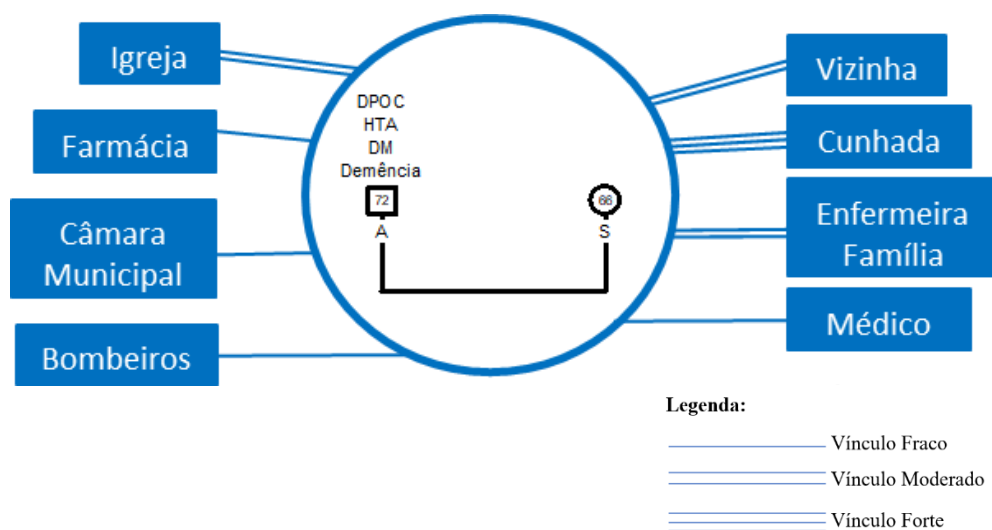


Figura 6 – Ecomapa da Família 2

Tendo sempre como matriz operativa o MDAIF e como referido acima as suas três dimensões (Estrutural, Desenvolvimento e Funcional), foram consideradas para esta família as seguintes áreas de atenção como se pode ver nas tabelas seguintes.

Tabela 12 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, Avaliadas na Família 2, para a Dimensão Estrutural

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
	Edifício Residencial	Tipo de habitação
	Precaução de Segurança	Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
		Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Existência de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de Água	Existência de abastecimento de água da rede pública
	Animal Doméstico	Existência de animal Doméstico, Gato

Classe Social

Relativamente à Classe Social, e após a aplicação da Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), a família obteve 18 pontos na Escala com cinco itens ocupando assim a IV Posição Social, que refere ser uma família de Classe Média Baixa.

No que toca à origem do rendimento familiar, este é proveniente da pensão de reforma de A e da pequena pensão de reforma (antecipada) de S, tendo de ser feita uma gestão económica muito boa, para que o valor auferido por ambos seja suficiente para as despesas mensais. S referiu: *“as nossas reformas são muito pequenas a dele são cerca de 350€ e este valor já contempla a da Suíça, nunca fez praticamente descontos, sempre trabalhou na construção civil, e fazer esta casa e educar os filhos, pouco sobrou.”* (...) *“eu ganhava o salário mínimo, mas depois do que lhe aconteceu (diagnóstico de demência em 2019), as coisas começaram a complicar-se neste último ano e vi-me obrigada a meter os papéis para a reforma, porque tive medo que ele saísse de casa e perdesse o tino para voltar. Tenho de andar sempre a ver onde está e o que está a fazer. Mas sei que se precisarmos (o que graças a Deus ainda não aconteceu até hoje), os meus filhos não nos deixam desamparados.”*

Edifício residencial, sistema de abastecimento e ambiente biológico

Vivem na zona intermedia da aldeia, numa moradia própria, com seis divisões (Cozinha, 3 quartos, sala e um WC no interior da habitação), todas com luz natural e bem ventiladas. A habitação possui um ótimo estado de conservação possuindo escadas como barreira arquitetónicas (possuem um bom corrimão para maior segurança). O aquecimento é feito com recurso a um recuperador de calor, na cozinha, não possuindo aquecimento nas outras

dependências da casa. A casa encontrava-se sempre em muito boas condições de higiene. O abastecimento de gás era feito através de botija e a água e tratamento de resíduos e a eletricidade eram realizados através da rede pública.

Têm um gato como animal doméstico, que se encontrava vacinado e desparasitado.

Os diagnósticos encontram-se descritos na tabela 13.

Tabela 13 – Diagnósticos para a área de Dimensão Estrutural da Família 2

Foco:	Rendimento Familiar
Diagnostico:	Rendimento Familiar, Não Insuficiente
Foco:	Edifício Residencial
Diagnostico:	Edifício Residencial Seguro – Não Negligenciado
Foco:	Precaução de Segurança
Diagnostico:	Precaução de Segurança, Demonstrada
Foco:	Abastecimento de Água
Diagnostico:	Abastecimento de Água, Adequado
Foco:	Animal Doméstico
Diagnostico:	Animal Doméstico, Não Negligenciado

Dimensão de Desenvolvimento

Relativamente à Dimensão de Desenvolvimento, as áreas de atenção respeitantes a esta dimensão foram as enunciadas no quadro que se segue.

Tabela 14 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, Avaliadas na Família 2, para a Dimensão Desenvolvimento

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão de Desenvolvimento	Ciclo Vital	Etapa do Ciclo vital
	Satisfação Conjugal	Relação dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
		Função sexual
	Papel Parental – Família com filhos adultos	Conhecimento do papel

A família vive o Estadio VIII do Ciclo Vital de Duvall – Envelhecimento (Hanson, 2005), e se considerarmos o Ciclo Vital de Relvas encontrava-se na quinta etapa – Família com filhos adultos (Empty-nest) (Relvas, 1996).

Satisfação Conjugal

Quanto à Satisfação Conjugal, S não está satisfeita com a partilha/divisão das tarefas domésticas, embora saiba que A não tem capacidade para a ajudar. *“O meu trabalho está dificultado, tenho de fazer tudo em casa porque não tenho quem me ajude, e ainda tenho de estar sempre com olho nele, não me vá fazer asneiras.”* Quanto ao tempo que passam juntos S revela que está satisfeita. *“Agora, basicamente só nos temos um ao outro, os filhos, principalmente o L vem quase todos os fins de semana, mas durante a semana somos só nós, e às vezes a minha cunhada que vem lanchar connosco e passar um bocadinho, ou então a vizinha que também me dá uma ajuda quando tenho de tratar do “vivo.””*

Quando questionada linearmente sobre a forma como cada um expressa os sentimentos, refere, *“ele já não diz nada, gosta de estar por perto e gosta de me sentir por perto. Não sei se por medo, se por hábito, porque quanto ao resto infelizmente acho que já não tem a noção.”*

Foram feitas linearmente as mesmas questões a A, mas este quando questionado refere apenas palavras soltas (como, *“pois,” “é”*) e sem nexos ou então não respondia, esboçando apenas um sorriso.

No que alude à Comunicação, esta encontra-se comprometida, pois S refere, *“já não tem uma conversa como antes. Passa o dia sentado a ver televisão, e mesmo quando saímos no final de almoço para fazer uma caminhada vai sempre calado. É preciso eu puxar por ele para ele dizer alguma coisa. Mas também tem alturas que parece um papagaio. Depende muito.”*

No que alude à área de atenção Interação Sexual e tendo em conta o diagnóstico de demência de A este não foi avaliado. S, foi referindo ao longo da entrevista familiar que *“há muitas coisas que enquanto casal já se perderam há muitos anos. Agora é esta doença, mas antes foi o álcool. E já nessa altura não havia intimidade.”*

Papel Parental

No que respeita aos papéis familiares, Figueiredo (2012) refere que são sobretudo caracterizados pelos padrões comportamentais dos membros da família face à expectativa e

crença sobre o papel, resultante, entre outros fatores do modelo funcional do sistema e dos fatores culturais adjacentes à construção desse mesmo modelo.

No caso específico do papel parental em famílias com filhos adultos, nesta família, observa-se que, mesmo após os filhos constituírem as suas próprias famílias e passarem a viver a uma certa distância (o mais próximo a cerca de 70 km), S mantém um claro conhecimento do seu papel parental e está perfeitamente adaptada a ele. Apesar da diferença na frequência de contacto, não se observa qualquer tipo de conflito ou sinal de saturação do papel parental, verificando-se, pelo contrário, uma relação saudável e positiva com os filhos. A inclusão dos parentes por afinidade, como as noras e os netos, é também destacada como extremamente harmoniosa e valorizada.

Este cenário reflete um modelo de funcionalidade familiar positivo, no qual os papéis são desempenhados de forma equilibrada e saudável, sustentados por relações afetivas sólidas e pela capacidade de integração dos valores culturais e emocionais que estruturam a vida familiar.

Assim foram considerados os seguintes diagnósticos:

Tabela 15 – Diagnósticos para a área de Dimensão de Desenvolvimento da Família 2

Foco:	Satisfação Conjugal		
Dimensão:	Relação Dinâmica	Subdiagnóstico:	Relação Dinâmica, Disfuncional
	Comunicação	Subdiagnóstico:	Comunicação, Não Eficaz
	Interação Sexual	Subdiagnóstico:	Interação Sexual, Não Adequada
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Não Mantida		
Foco:	Papel Parental (Filhos Adultos)		
Dimensão:	Conhecimento do Papel	Subdiagnóstico:	Conhecimento do Papel, Demonstrado
	Comportamento de Adesão	Subdiagnóstico:	Comportamento de adesão, Demonstrado
	Consenso do Papel	Subdiagnóstico:	Consenso do Papel, Sim
	Conflito do Papel	Subdiagnóstico:	Conflito do Papel, Não
	Saturação do Papel	Subdiagnóstico:	Saturação do Papel, Não
Diagnóstico:	Papel Parental Adequado		

Foram sugeridas intervenções como:

- Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas, quando os filhos e noras estão presentes;
- Promover a comunicação expressiva das emoções, sempre que fala com os filhos por forma a arranjar estratégias de *coping*;
- Planear rituais familiares (almoços de família e caminhadas com amigos, familiares e vizinhos).

Dimensão Funcional

Figueiredo (2012) define a avaliação funcional da família como a análise das interações que permitem o cumprimento das funções familiares, através da complementaridade entre os membros e dos valores que asseguram a continuidade do sistema. Esta avaliação envolve duas dimensões: a instrumental, associada às tarefas diárias, e a expressiva, relacionada às interações e necessidades emocionais da família.

Desta forma, no que concerne à Dimensão Funcional, foram tidas em atenção as áreas papel do Prestador de Cuidados e Processo Familiar, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 16 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, Avaliadas na Família 2, para a Dimensão Funcional

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão Funcional	Papel do Prestador de Cuidados	Conhecimento do papel
		Comportamentos de adesão
		Consenso do papel
		Conflitos do papel
		Saturação do papel
	Processo Familiar	Comunicação familiar
		<i>Coping</i> familiar
		Interação de papéis
		Relação dinâmica

Embora S, refira que há muitas AVD's que A ainda realiza sozinho ainda que com supervisão (como, nos Autocuidados: Vestuário, Comer, Beber, Ir ao Sanitário, Sono-Reposo), uma vez que refere: *“Graças a Deus ainda faz muitas coisas sozinho, mas tenho de estar sempre a ver. Outro dia calçou os sapatos e depois as meias colocou-as por cima dos*

sapatos, coisas assim. Ou então vai a casa de banho e em vez de utilizar a sanita é capaz de fazer no bidé. É preciso insistir sempre para lavar as mãos depois de ir ao WC. As vezes já não é fácil porque depois enerva-se e fica mais agressivo, mas nunca me bateu.” Já quanto aos Autocuidados: Higiene, Lazer, Atividade Física, Gestão do Regime Terapêutico, Autovigilância e Administração de Medicamentos A é dependente de S.

Relativamente ao papel de prestador de Cuidados foi identificado o seguinte diagnóstico:

Tabela 17 – Diagnóstico para a Dimensão Funcional da Família 2 (Parte I)

Foco:	Papel do prestador de cuidados		
Dimensão:	Conhecimento do papel	Subdiagnóstico:	Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado sobre Autoadministração de Medicamentos
	Comportamento de adesão	Subdiagnóstico:	Comportamento de adesão Demonstrado
	Consenso do papel	Subdiagnóstico:	Consenso do papel, Sim
	Conflito do papel	Subdiagnóstico:	Conflito do papel, Não
	Saturação do papel	Subdiagnóstico:	Saturação do papel, Não
Diagnóstico:	Papel do Prestador De Cuidados Não Adequado por Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades, não demonstrado (sobre Técnica de Administração de Medicamentos).		

O papel do prestador de cuidados, não adequado pende-se principalmente com o facto de S ter referido que a maior dificuldade estava em realizar corretamente a técnica inalatória (por vezes pela dificuldade com o comportamento de A e por insegurança em saber se estava ou não a realizá-la corretamente).

Foi então realizada a demonstração da técnica inalatória e do uso da câmara expansora e aconselhada a realização da inalação num ambiente calmo para não gerar situações de stress a A e para não gerar as situações de insegurança a S.

Foram também aconselhadas outras intervenções, tais como:

- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Explorar quais as situações geradoras de saturação do papel;
- Promover estratégias de *coping* para o papel;

- Negociar a redefinição das tarefas pelos membros da família, sempre que possível;
- Promover o envolvimento da família alargada (filhos, noras, netas (quando possível) e cunhada).

Processo Familiar

Relativamente à área de atenção Processo Familiar, foi aplicada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe onde se obteve uma pontuação de 160 pontos (despedimento, reforma, doença grave de família e alteração dos hábitos pessoais), deixando patente a baixa probabilidade de incidência de doenças.

No que concerne à Comunicação Familiar, e especificamente à Comunicação Emocional, Verbal/ Não verbal e Circular, atendendo que a família nuclear é composta apenas por dois elementos e que um deles tem doença crónica degenerativa e progressiva, seria expectável que a comunicação não fosse eficaz. No entanto S referiu estar satisfeita e referiu também que *“ainda que haja dias em que ele fica mais calado, há outros que fala pelos cotovelos, no entanto sou eu, quem mais expressa os sentimentos, uma vez que ele já não tem tanto essa capacidade devido à doença.”*

Já em termos de *Coping* Familiar, era S quem identificava e resolvia os problemas, embora tivesse sempre o apoio e orientação do filho L.

O Papel de Provedor, Gestão Financeira e Cuidado Doméstico era também desempenhado por S, não existindo qualquer tipo de conflito ou saturação nestes papeis.

Foi aplicada a escala de FACES II - Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar, tendo sido obtido os seguintes resultados: Coesão familiar: 6; Adaptabilidade: 6; Tipo de família: 6. Assim, a Família 1 é uma família com coesão ligada, adaptabilidade flexível e tipo de família moderadamente equilibrada. Desta forma, pode considerar-se a presença de mecanismos de adaptação familiar que ajudam a lidar com novas situações ou crises, além de facilitar a resolução de problemas dentro da família.

Relativamente à área de atenção da Relação Dinâmica, também é S o membro com maior poder, e da aplicação da Escala de Apgar Familiar de Smilkstein, S percebe a sua família como sendo uma Família Altamente Funcional, uma vez que obteve um score de 8 pontos.

No que respeita às crenças religiosas, a família 2 é católica praticante.

Em termos culturais, no que se refere a tradições, hábitos e costumes, a família segue os padrões da cultura portuguesa.

Desta forma os diagnósticos apurados para a área de atenção Processo Familiar foram os seguintes:

Tabela 18 – Diagnóstico para a Dimensão Funcional da Família 2 (Parte II)

Foco:	Processo Familiar		
Dimensão:	Comunicação Familiar	Subdiagnóstico:	Comunicação Familiar, Eficaz
	Coping Familiar	Subdiagnóstico:	Coping Familiar, Eficaz
	Interação de Papéis	Subdiagnóstico:	Interação de Papéis, Eficaz
	Relação Dinâmica	Subdiagnóstico:	Relação Dinâmica, Não Disfuncional
Diagnóstico:	Processo Familiar Não Disfuncional		

3.3.4 Avaliação da Família 3

Foram realizadas no domicílio cinco consultas à Família 3, com uma duração média de sessenta minutos. Desde o início de outubro até ao final do estágio, fui sempre muito bem-recebida pelo casal em todas as consultas. Foi estabelecida uma relação empática e de confiança, o que permitiu uma comunicação aberta e sincera. Essa interação facilitou a investigação das dinâmicas familiares e contribuiu para um ambiente acolhedor e colaborativo ao longo do acompanhamento.

Nas consultas realizadas, estiveram presentes apenas o casal, desta forma vamos designar o portador de DPOC por J e por A, a sua esposa.

Dimensão Estrutural

A família 3 é uma família caucasiana, nuclear e com filhos adultos.

Do agregado familiar faz parte o casal, J com 90 anos e A de 86 anos, ambos portugueses e naturais da Beira Alta. J não sabe ler e aprendeu a escrever apenas o seu nome, já A, concluiu a antiga 4ª Classe.

Atualmente, encontram-se ambos reformados.

J tem como antecedentes pessoais Síndrome vertiginoso, HTA, DPOC, Dislipidemia, Insuficiência cardíaca, já A apresenta apenas como historial clínico Dislipidemia.

Do regime medicamentoso de cada um faz parte:

J tem prescrito: Beta-histina 24mg, Furosemida 40mg, Bisoprolol 5mg, Budesonida 160µg + Formoterol 5µg + Brometo de glicopirrónio 7,2µg, Atorvastatina 10mg, Ramipril 1,25mg, Apixabano 5mg.

A tem prescrito: Atorvastatina 20mg.

São pais de cinco filhos, dois rapazes e três raparigas, todos casados. Uma das filhas reside no estrangeiro, e um dos filhos encontra-se em Coimbra. Os outros três vivem próximos da residência dos pais.

Esta família tem uma boa relação com os filhos, mantendo contacto diário com os eles. Falam semanalmente com os netos, com a exceção da neta, M que faz visitas regulares ao casal.

Tipo de Família

É uma família nuclear e para obter dados relativamente à composição familiar e construir o genograma abaixo foram efetuadas questões lineares ao casal.

Genograma da Família 3

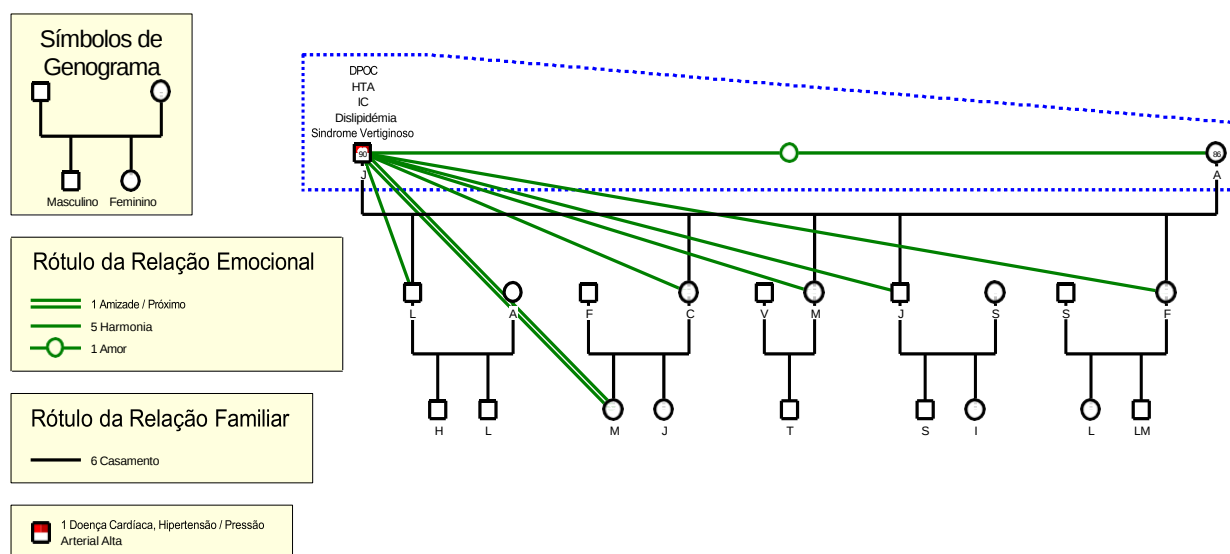


Figura 7 – Genograma da família 3

Sistemas mais Amplos

No que concerne aos sistemas mais amplos, podemos aferir pela análise do Ecomapa que a família tem um vínculo forte com os filhos e a neta M, mantendo também um vínculo moderado com a igreja, a Enfermeira de Família e com os vizinhos, e ainda um vínculo fraco com a farmácia e os bombeiros.

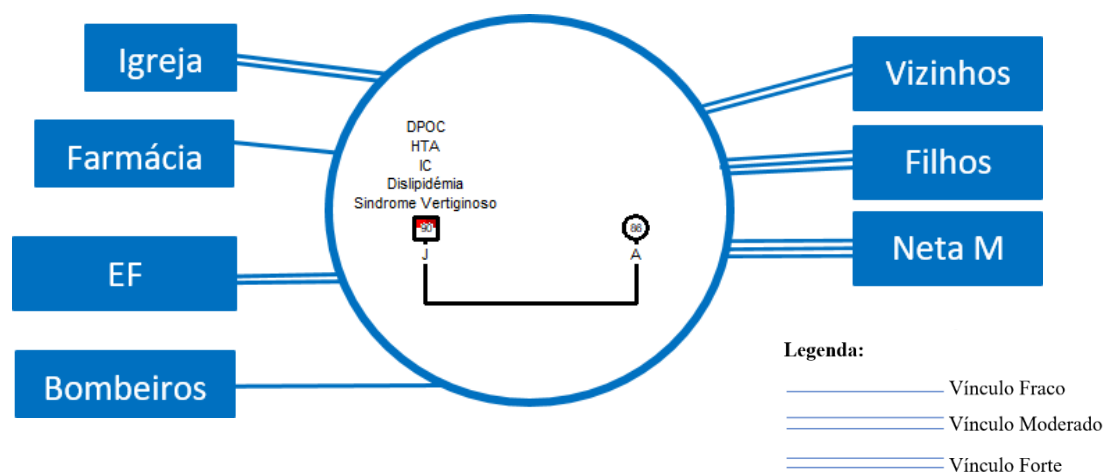


Figura 8 – Ecomapa da Família 3

Da aplicação da Matriz Operativa do MDAIF, e tendo em consideração as suas dimensões de avaliação, foram consideradas as áreas de atenção que se descrevem nas tabelas seguintes.

Tabela 19 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, Avaliadas na Família 3, para a Dimensão Estrutural

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
	Edifício Residencial	Tipo de habitação
	Precaução de Segurança	Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
		Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Existência de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de Água	Existência de abastecimento de água da rede pública

Classe Social

Relativamente à Classe Social, e após aplicação da Escala de Graffar Adaptado (Escala de Notação Social da Família com 5 itens), verificou-se que a família se encontrava na Classe IV que corresponde à Classe Média Baixa. No respeitante à área de atenção Rendimento Familiar, este é proveniente das reformas de ambos. J, trabalhou toda a sua vida como lavrador efetuando os descontos para a Segurança Social e conseguindo auferir uma reforma de cerca de 350€. A, foi costureira e doméstica, possuindo também uma reforma do mesmo valor. Ambos, recebem ainda o complemento solidário para idosos, tendo sido referido por A *“O que recebemos chega para nós e para as nossas despesas. Sempre fomos muito orientados no que toca a dinheiro. Olhe temos uma casa pequenina, mas arranjadinha. Sempre tivemos muita cabeça e nunca esbanjamos. Nunca ganhamos muito e os filhos eram cinco, portanto tínhamos de controlar muito bem os gastos e fazer muitas contas. Foram hábitos que se criaram e outra coisa que sempre fizemos foi poupar em tempo de bonança para gastar em alturas de necessidade, essas são lições que ficam para a vida.”*

Edifício residencial e sistemas de abastecimento

Vivem na zona intermédia da Vila, numa moradia própria com seis divisões. Todas as divisões possuem luz natural e são bem ventiladas. A habitação encontra-se em ótimas condições de conservação e higiene. Possuem aquecimento central, que funciona a gásóleo, estando o depósito deste nas dependências exteriores da moradia. No interior da moradia não existem barreiras arquitetónicas, embora possuem escadas no exterior. Para a confeção das refeições é usado gás que provem de botija. Quanto aos sistemas de abastecimento, tanto o tratamento de resíduos como o abastecimento de água e luz são efetuados através da rede pública. Não possuem animais domésticos.

Assim, foram apurados os seguintes diagnósticos, referentes a esta Dimensão de Avaliação:

Tabela 20 – Diagnósticos para a área de Dimensão Estrutural da Família 3

Foco:	Rendimento Familiar
Diagnostico:	Rendimento Familiar Não Insuficiente
Foco:	Edifício Residencial
Diagnostico:	Edifício Residencial Seguro – Não Negligenciado
Foco:	Precaução de Segurança
Diagnostico:	Precaução de Segurança, Demonstrada
Foco:	Abastecimento de Água
Diagnostico:	Abastecimento de Água, Adequado

Dimensão de Desenvolvimento

No que concerne à Dimensão de Desenvolvimento, foram avaliadas as áreas de atenção que constam na tabela 21.

Tabela 21 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, Avaliadas na Família 3, para a Dimensão Desenvolvimento

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão de Desenvolvimento	Ciclo Vital	Etapa do Ciclo vital
	Satisfação Conjugal	Relação dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
	Papel Parental – Família com filhos adultos	Conhecimento do papel

Relativamente à Etapa do Ciclo Vital, estamos perante mais uma família que se encontra a viver o Estadio VIII do Ciclo Vital de Duvall – Envelhecimento (Hanson, 2005), ou a quinta etapa – Família com filhos adultos (Empty-nest) se considerarmos o Ciclo Vital de Relvas (Relvas, 1996).

Satisfação Conjugal

No que toca à área de atenção Satisfação Conjugal, foram colocadas questões lineares sobre a forma como se sentiam com a partilha das tarefas domésticas. A, respondeu prontamente *“as coisinhas de casa sou tudo eu que faço. Sempre fiz umas costuritas, mas nunca deixei de cuidar da casa nem da família.”* J retorquiu *“eu ainda que queira, não consigo ajudar, canso-me muito.”*

À questão: estão satisfeitos com o tempo que passam juntos? Ambos, respondem afirmativamente, e J, acrescentou *“é verdade que agora passamos mais tempo juntos, estou mais por casa. Antigamente ainda gostava de sair e ir tomar um café com os amigos. Mas agora as pernas já não ajudam, e os pulmões também não. Depois, também está muito frio. O tempo aqui também passa rápido. Vamos vendo televisão, e conversando, muitas vezes recordamos tempos idos.”*

Quando questionados acerca da forma como cada um expressa os seus sentimentos, A referiu, *“isso é ele. Sempre foi mais carinhoso e eu mais envergonhada (risos). Mas já estamos na fase final da nossa vida. E agora digo-lhe muitas vezes que gosto muito dele, e que se ele for primeiro, me vai fazer muita falta.”* J, emocionado, respondeu, *“espero mesmo que seja eu a ir primeiro. Primeiro pela idade e pelos problemas de saúde, mas principalmente porque não saberia viver sem ela.”*

No que alude à comunicação, foram também colocadas perguntas lineares a ambos os membros do casal, sobre se conversavam acerca das suas expectativas e receios, se conseguiam chegar a acordo quando as suas opiniões divergiam e se estavam satisfeitos com a forma como essa comunicação era feita. J, respondeu *“sabe, acho que desde sempre o mais importante num casal é a forma como comunicam. Um casal não se pode dar bem se não conseguirem falar sobre tudo o que os preocupa ou sobre o que os faz feliz. Estamos a poucos anos de fazer bodas de diamante, embora infelizmente não acredite que chegue lá, mas o segredo do nosso casamento foi falar sempre de tudo. Das coisas boas que nos aconteciam e principalmente das dificuldades, porque também as havia. Nunca fomos um casal de estar muito em desacordo. E quando acontecia, tínhamos de chegar a uma solução. Uma vez cedia eu, outras ela... o segredo é este.”*

Relativamente à função operativa Interação Sexual e Função Sexual, esta não foi explorada. J, revelou no decurso da entrevista familiar que realizava doze horas de oxigenoterapia durante o período da noite. Foi referindo também que se cansava muito, o que foi perceptível no decurso das várias consultas (domiciliárias). No entanto ao tentar abordar o tema, A respondeu rapidamente *“isso é para os novos, que agora já nem precisam casar. O nosso tempo já passou, isso já não faz falta. O importante é continuar a haver carinho, respeito e boas palavras.”*

Papel Parental

Relativamente ao papel parental, o casal tem cinco filhos, com os quais tem boas relações. No respeitante ao conhecimento do papel, nas tarefas da etapa desenvolvimental, este mostra-se como sendo um conhecimento demonstrado. No que respeita aos Comportamento de adesão, conferiu-se que na adaptação da família à saída dos filhos de casa a redefinição das relações adulto-adulto foi demonstrada, foi também feita a inclusão na família dos parentes por afinidades noras, genros e netos. No respeitante ao contacto mantido e à relação com os filhos e respetivos cônjuges este mostra-se como bastante satisfatório uma vez que diariamente são estabelecidos contactos pessoais e telefónicos sendo perceptível que não existe conflito ou saturação deste papel.

Assim foram identificados os seguintes diagnósticos:

Tabela 22 – Diagnósticos para a área de Dimensão de Desenvolvimento da Família 3

Foco:	Satisfação Conjugal		
Dimensão:	Relação Dinâmica	Subdiagnóstico:	Relação Dinâmica, Não Disfuncional
	Comunicação	Subdiagnóstico:	Comunicação, Eficaz
	Interação Sexual	Subdiagnóstico:	Interação Sexual, Adequada
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida		
Foco:	Papel Parental (Filhos Adultos)		
Dimensão:	Conhecimento do Papel	Subdiagnóstico:	Conhecimento do Papel, Demonstrado
	Comportamento de Adesão	Subdiagnóstico:	Comportamento de adesão, Demonstrado
	Consenso do Papel	Subdiagnóstico:	Consenso do Papel, Sim
	Conflito do Papel	Subdiagnóstico:	Conflito do Papel, Não
	Saturação do Papel	Subdiagnóstico:	Saturação do Papel, Não
Diagnóstico:	Papel Parental Adequado		

Dimensão Funcional

Em relação à terceira dimensão de avaliação – Avaliação Funcional – foram avaliadas as áreas de atenção que constam na tabela seguinte.

Tabela 23 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, Avaliadas na Família 3, para a Dimensão Funcional

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão Funcional	Papel do Prestador de Cuidados	Conhecimento do papel
		Comportamentos de adesão
		Consenso do papel
		Conflitos do papel
	Processo Familiar	Saturação do papel
		Comunicação familiar
		Coping familiar
		Interação de papeis
		Relação dinâmica

Como podemos aferir pela tabela as áreas de atenção avaliadas foram o Papel de Prestador de Cuidados e o Processo Familiar.

Relativamente ao Papel do Prestador de Cuidados, e ainda que J seja independente em muitos dos seus autocuidados, é também dependente de A noutros como, Autocuidado Higiene, Autocuidado Gestão do Regime Terapêutico, Autovigilância e Autoadministração de Medicamentos.

Quando realizadas perguntas lineares a A, no sentido de avaliar o conhecimento das suas habilidades para prestar os cuidados onde J é dependente, verificou-se que esta continuava a estimular a independência do J, embora o assistisse no autocuidado higiene pois este referia ficar bastante cansado ao realizar esta AVD.

No que respeita ao autocuidado gestão do regime terapêutico, A, promovia um aporte nutricional adequado, tendo em consideração todas as patologias de J (era usada dieta Hipossódica devido à Hipertensão arterial e Hipolipídica, tendo em conta a dislipidemia de ambos). No que respeita à higienização e técnica inalatória utilizada, percebeu-se que não eram feitas de acordo com o preconizado na GOLD 2018. Quando questionada, sobre se existia algum tipo de conflito ou saturação do papel, A negou, manifestando ainda a existência de consenso por parte de ambos no desempenho deste.

Foram colocadas perguntas lineares a J no sentido de perceber as suas dificuldades para desempenhar as atividades onde era dependente tendo referido “*canso-me muito a tomar banho, e a água do chuveiro às vezes aflige-me. Já não me consigo esfregar sem ajuda, já não tenho a mesma ligeireza e custam-me muito determinados movimentos. Quanto aos*

comprimidos, alguns são tão pequenos que não os vejo bem... já são noventa sabe, as coisas já estão gastas.”

Desta forma, foi identificado o seguinte diagnóstico:

Tabela 24 – Diagnóstico para a área de Dimensão Funcional da Família 3 (Parte I)

Foco:	Papel do Prestador de Cuidados			
Dimensão:	Conhecimento do papel	Subdiagnóstico:	Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado	
	Comportamento de adesão	Subdiagnóstico:	Comportamento de adesão Demonstrado	
	Consenso do papel	Subdiagnóstico:	Consenso do papel, Sim	
	Conflito do papel	Subdiagnóstico:	Conflito do papel, Não	
	Saturação do papel	Subdiagnóstico:	Saturação do papel, Não	
Diagnóstico:	Papel do Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do Papel, não demonstrado (sobre Técnica de Administração e Eliminação adequada de Medicamentos).			

Relativamente à gestão do regime terapêutico, foi ensinada a fisiopatologia da doença e as medidas de prevenção de complicações, bem como explicada e exemplificada a técnica inalatória correta numa das ações de formação levadas a cabo na USF. Foi ainda explicada a importância e a forma de como executar devidamente a higienização da câmara expansora, quando esta tenha de ser utilizada (que é o caso de J) e a eliminação correta dos medicamentos e das embalagens vazias uma vez que A referia deitar tudo no lixo comum.

No que toca à autovigilância, foi ensinado, instruído e treinada a vigilância da tensão arterial com esfigmomanómetros digitais.

Quanto a autoadministração de medicamentos, foi ensinada e instruído em todos os contactos com a família, (e pedido para que todas as vezes que se deslocassem à USF, levassem o inalador prescrito) a técnica inalatória correta, assim como também a eliminação adequada dos medicamentos quando há essa necessidade.

Relativamente ao cansaço referido por J, e uma vez que possuíam uma relação muito próxima com a neta M (sendo esta fisioterapeuta), foi pedida a sua colaboração para ensinar e praticar com J exercícios respiratórios que pudessem aumentar a sua capacidade e resistência ventilatória.

Processo Familiar

No que ao Processo Familiar diz respeito, foi aplicada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, que mostrou uma classificação inferior a 150 pontos, para ambos os membros do casal, deixando perceptível que a probabilidade de incidência de doenças é muito reduzida.

No que toca à Comunicação Familiar, e no que concerne à Comunicação emocional, ambos referiram estar satisfeitos com a forma como eram manifestados os sentimentos. Em termos de Comunicação Verbal/Não Verbal e Comunicação Circular, ambos referiam não existir problemas. A, retorqui *“depois de tantos anos juntos já nem precisamos dizer nada um ao outro, basta um olhar para nos percebermos.”*

Em termos de *Coping* Familiar, os problemas eram habitualmente identificados pelo casal, mas ainda era J quem tomava as decisões para os resolver.

No que alude aos Papeis Familiares, o papel de Provedor era desempenhado por ambos, sendo que a Gestão Financeira e o Cuidado Doméstico, eram realizadas por A, não existindo qualquer tipo de Conflito ou Saturação nestes papeis.

Relativamente à área de atenção da Relação Dinâmica, o membro com maior Influência e Poder continuava a ser J. A referiu *“quem manda e sempre mandou na nossa casa é o meu marido. E mesmo agora que os filhos já têm as vidas deles ainda é o pai que diz o que fazer e como fazer, na nossa casa e naquilo que temos (dinheiro e terrenos).”*

Da aplicação da Escala de FACES II - Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar, tendo sido obtido os seguintes resultados: Coesão familiar: 7; Adaptabilidade: 7; Tipo de família: 7. Desta forma, a Família 3 é uma família com coesão muito ligada, adaptabilidade muito flexível e tipo de família equilibrada.

Da aplicação da Escala de Apgar Familiar de Smilkstein ambos percecionam a família como Altamente Funcional tendo sido obtido por ambos um total de 9 pontos.

Neste sentido os diagnósticos identificados foram:

Tabela 25 – Diagnóstico para a área de Dimensão Funcional da Família 3 (Parte II)

Foco:	Processo Familiar		
Dimensão:	Comunicação Familiar	Subdiagnóstico:	Comunicação Familiar, Eficaz
	Coping Familiar	Subdiagnóstico:	Coping Familiar, Eficaz
	Interação de Papéis	Subdiagnóstico:	Interação de Papéis, Eficaz
	Relação Dinâmica	Subdiagnóstico:	Relação Dinâmica, Não Disfuncional
Diagnóstico: Processo Familiar Não Disfuncional			

A família 3 revelou-se católica não praticante pelas dificuldades de J, ainda que mostre as suas crenças religiosas no seu dia-a-dia. No âmbito cultural, observa-se que a família mantém as tradições, hábitos e costumes característicos da cultura portuguesa.

3.3.5 Avaliação da Família 4

À família 4 foram realizadas apenas 3 consultas, com uma duração média de sessenta minutos. Estes contactos foram realizados nos meses de setembro e outubro, em setembro na USF, para dar conhecimento do estudo que se iria realizar e assinar o respetivo consentimento informado e os outros dois no domicílio e no mês de outubro onde foi possível fazer o levantamento do estudo da família em todas as áreas de dimensão operativas do MDAIF.

Dimensão Estrutural

A família 4 é uma família nuclear, composta por membros de raça caucasiana, sendo os filhos já adultos.

O agregado familiar é composto por um casal, J, de 88 anos e I, de 87 anos, ambos de nacionalidade portuguesa e naturais da região da Beira. Possuem como habilitações literárias a antiga 4.^a classe e, atualmente, encontram-se reformados.

Dos antecedentes pessoais de J fazem parte, HTA, Dislipidemia, Insuficiência cardíaca, DPOC. I apresenta, HTA, dislipidemia e perturbação do sono.

Do regime terapêutico de cada um fazem parte:

J tem prescrito: Amlodipina 10mg, Sacubitril 24mg + Valsartan 26mg, Rosuvastatina 20mg, Fluticasona 500µg+ Salmeterol 50µg.

A tem prescrito: Losartan 50 mg, Ezetimiba 10mg + Atorvastatina 20mg, Alprazolam 0,5mg.

Ambos possuem situação vacinal atualizada.

Estão casados há 58 anos, e são pais de uma rapariga (C) e um rapaz (E), ambos com formação superior e casados, com quem mantêm uma relação de muita proximidade. C, a filha mais velha, é profissional de saúde e reside no norte do país onde também trabalha, mantendo diariamente contacto telefónico com os pais, várias vezes ao longo do dia. O filho E, vive na mesma freguesia do casal, e visita os pais diariamente.

Tipo de Família

É uma família nuclear e nos contactos estabelecidos (Consulta de Enfermagem no Domicílio e entrevista familiar), estiveram presentes apenas o casal.

Para a construção do genograma que se encontra abaixo foram efetuadas questões lineares ao casal, para obtenção dos dados relativamente à sua composição familiar.

Genograma da Família 4

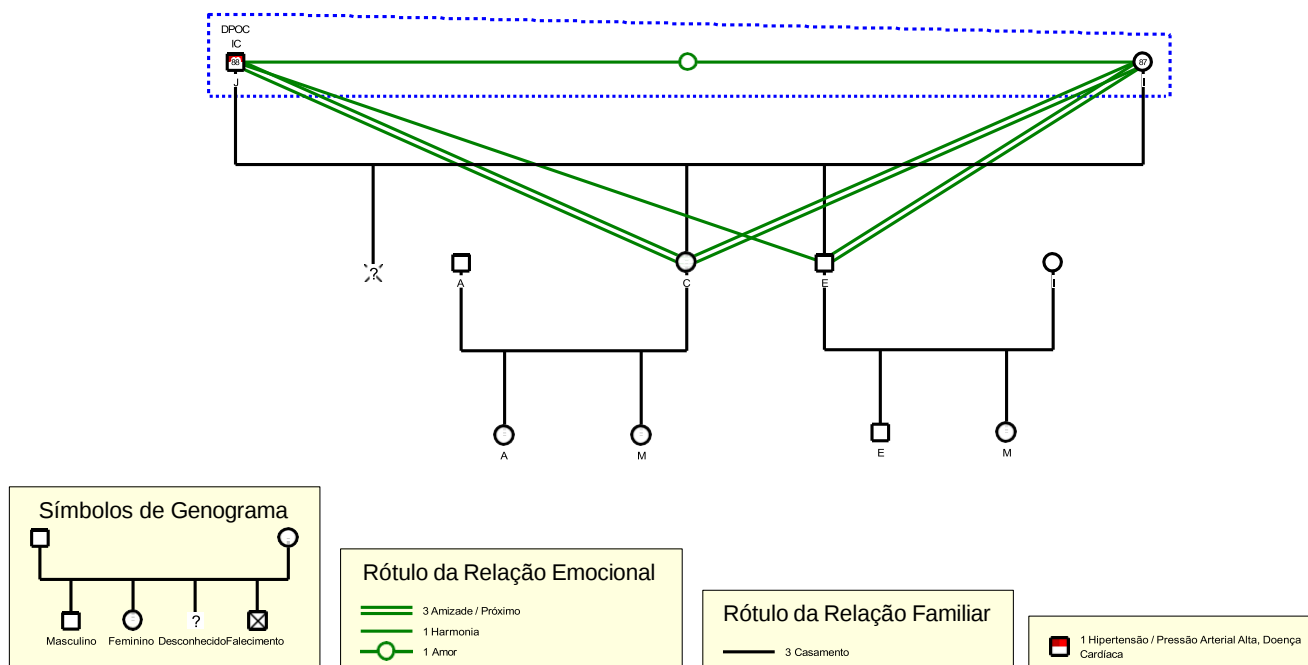


Figura 9 – Genograma da família 4

Sistemas mais Amplos

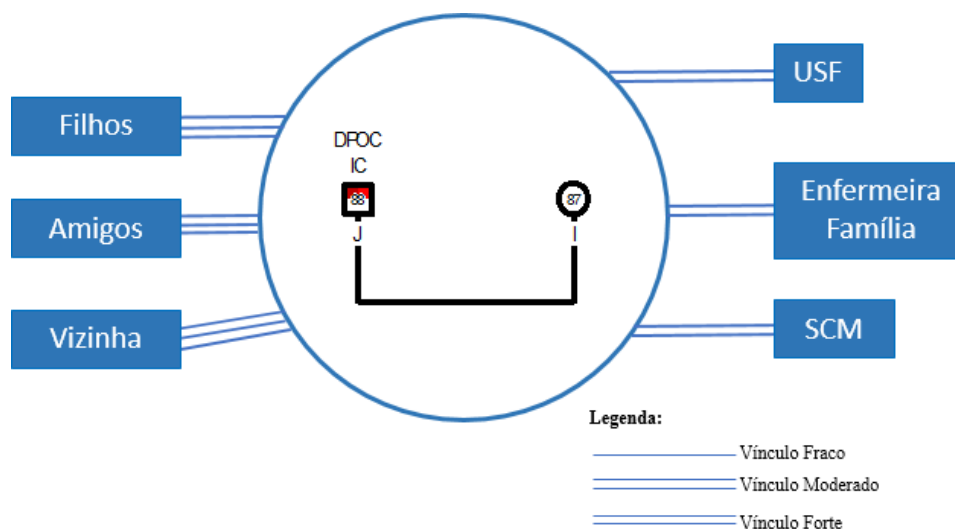


Figura 10 – Ecomapa da Família 4

No respeitante aos sistemas mais amplos, o casal referiu que possuíam, um vínculo moderado com a USF, a EF e a Santa Casa da Misericórdia (SCM) e um vínculo forte com os filhos, os amigos (*“do trabalho ficaram, graças a Deus muitos amigos, conhecemos muita gente, e os melhores continuam a visitar-nos,”* referiu J) e a vizinha (*“é com ela que também vou falando um bocadinho, e é ela que me ajuda aqui na lida da casa, porque do centro de dia só vêm as refeições, os meus filhos não querem que eu cozinhe, dizem que já trabalhamos muito e que é altura de descansarmos”* referiu I).

Da aplicação da Matriz Operativa do MDAIF, e tendo em consideração as suas dimensões de avaliação, foram consideradas as áreas de atenção que se descrevem nas tabelas seguintes.

Tabela 26 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, Avaliadas na Família 4, para a Dimensão Estrutural

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
	Edifício Residencial	Tipo de habitação
	Precaução de Segurança	Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
		Existência de Aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Existência de abastecimento de gás e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de Água	Existência de abastecimento de água da rede pública

Classe Social

Em relação, à Classe Social, e após aplicação da Escala de Graffar Adaptado (Escala de Notação Social da Família com 5 itens), a família pontuou 16 valores, verificando-se que se encontrava na III Posição Social, que corresponde à Classe Média.

No que respeita à origem do rendimento da família, este é proveniente das suas reformas, uma vez que ao longo da sua vida laboral, foram pequenos comerciantes.

Edifício residencial e sistema de abastecimento

Moram numa zona intermédia da aldeia, em moradia própria com 2 andares. No primeiro andar (onde habitam), possuem 7 divisões, todas com luz natural e bem ventiladas (1 cozinha, 2 salas, 3 quartos e 1 WC). O aquecimento durante o dia é feito com recurso a um fogão a lenha (que possui uma boa exaustão de fumos), e à noite com recurso ao aquecimento central (que funciona a gásóleo estando, a máquina de combustão no rés-do-chão da moradia). *“Os meus filhos ofereceram-nos este fogão a lenha, por causa do problema dos pulmões do pai, e depois temos o outro que esta lá em baixo, por causa do cheiro do gásóleo, para não lhe fazer mal e por causa do barulho, senão não consigo dormir.”* referiu I. No interior da habitação não possuem escadas, nem tapetes, para evitar quedas.

A água e o serviço de tratamento de resíduos, são feitos, através da rede pública, bem como o fornecimento de energia. Não tinham necessidade de abastecimento de gás.

A casa encontrava-se organizada e em boas condições de higiene.

Desta forma, foram identificados os seguintes diagnósticos:

Tabela 27 – Diagnósticos para a área de Dimensão Estrutural da Família 4

Foco:	Rendimento Familiar
Diagnostico:	Rendimento Familiar Não Insuficiente
Foco:	Edifício Residencial
Diagnostico:	Edifício Residencial Seguro – Não Negligenciado
Foco:	Precaução de Segurança
Diagnostico:	Precaução de Segurança, Demonstrada
Foco:	Abastecimento de Água
Diagnostico:	Abastecimento de Água, Adequado

Dimensão de Desenvolvimento

Relativamente à Dimensão de Desenvolvimento, as áreas de atenção avaliadas foram a etapa do Ciclo Vital, a Satisfação Conjugal e o Papel Parental – Família com Filhos Adultos, como podemos aferir pela tabela seguinte.

Tabela 28 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, Avaliadas na Família 4, para a Dimensão Desenvolvimento

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão de Desenvolvimento	Ciclo Vital	Etapa do Ciclo vital
	Satisfação Conjugal	Relação dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
	Papel Parental – Família com filhos adultos	Conhecimento do papel

Relativamente à etapa do Ciclo Vital, e à semelhança das outras famílias em estudo, também esta se encontrava a viver o Estadio VIII do Ciclo Vital de Duvall – Envelhecimento (Hanson, 2005), ou a quinta etapa – Família com filhos adultos se considerarmos o Ciclo Vital de Relvas (Relvas, 1996).

Satisfação Conjugal

No respeitante à relação dinâmica, foram questionados linearmente, ambos os membros do casal acerca da forma como se sentiam com a partilha das tarefas domésticas, a satisfação do casal com o tempo que passam juntos e a forma como expressam os sentimentos, não havendo nada de relevante a salientar nestes aspetos, uma vez que ambos expressaram sentimentos muitos positivos face às questões colocadas, tendo sido referido por I *“estamos muito satisfeitos, fazemos as nossas coisinhas ao nosso ritmo, e estamos sempre juntos com a graça de Deus. Eu sei que o meu marido gosta muito de mim assim como ele sabe que eu também gosto muito dele.”*

No que alude à comunicação, o casal também manifestou possuir desde sempre uma comunicação eficaz. I referenciou *“já viu, na nossa profissão o mais importante era a comunicação. Sempre falamos sobre tudo (expectativas e receios), e sempre tivemos de entrar em acordo quando por vezes discordávamos em alguns assuntos, mas graças a Deus sempre nos entendemos muito bem, e afinal como diziam os antigos é a falar que a gente se entende.”*

Quando questionados acerca da sua Interação Sexual, J expôs “*Cada vez me sinto mais cansado. E tenho 88 anos. O corpo já não é o que era. As coisas mudam e nós mudamos com elas. Há coisas que deixam de existir, mas o amor permanece.*”

Este casal acaba por corroborar também que, com o envelhecimento, as adaptações sexuais se tornam necessárias e ajudam na vivência da sexualidade dos idosos, como é referido por Crema e De Tílio (2021).

Papel Parental

Já que no concerne ao Papel Parental – Família com Filhos Adultos, o casal mostrou um conhecimento demonstrado nesta etapa de desenvolvimento. Possuíam uma relação muito boa com os filhos, mostravam uma grande satisfação com o contacto mantido com estes, bem como com os netos, e referiram ainda ter uma boa relação tanto com a nora como com o genro, não sendo perceptível nenhum tipo de conflito ou saturação do papel.

Foram então considerados os seguintes diagnósticos:

Tabela 29 – Diagnósticos para a área de Dimensão de Desenvolvimento da Família 4

Foco:	Satisfação Conjugal		
Dimensão:	Relação Dinâmica	Subdiagnóstico:	Relação Dinâmica, Não Disfuncional
	Comunicação	Subdiagnóstico:	Comunicação, Eficaz
	Interação Sexual	Subdiagnóstico:	Interação Sexual, Adequada
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida		
Foco:	Papel Parental (Filhos Adultos)		
Dimensão:	Conhecimento do Papel	Subdiagnóstico:	Conhecimento do Papel, Demonstrado
	Comportamento de Adesão	Subdiagnóstico:	Comportamento de adesão, Demonstrado
	Consenso do Papel	Subdiagnóstico:	Consenso do Papel, Sim
	Conflito do Papel	Subdiagnóstico:	Conflito do Papel, Não
	Saturação do Papel	Subdiagnóstico:	Saturação do Papel, Não
Diagnóstico:	Papel Parental Adequado		

Dimensão Funcional

No que toca, a Dimensão Funcional, foram avaliadas as áreas de atenção que respeitam ao Papel do prestador de Cuidados e ao Processo familiar, como mostra a tabela seguinte.

Tabela 30 – Áreas Atenção Dimensões Operativas, Avaliadas na Família 4, para a Dimensão Funcional

Dimensões de Avaliação	Áreas de atenção	Dimensões operativas avaliadas
Dimensão Funcional	Papel do Prestador de Cuidados	Conhecimento do papel
		Comportamentos de adesão
		Consenso do papel
		Conflitos do papel
		Saturação do papel
	Processo Familiar	Comunicação familiar
		Coping familiar
		Interação de papéis
		Relação dinâmica

Papel do Prestador de Cuidados

Relativamente ao Papel do Prestador de Cuidados, e no respeitante aos Autocuidados Higiene, Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância (e ainda que J seja independente em alguns autocuidados), J referiu ser dependente. Este indicou necessitar da ajuda de I, para realizar diariamente o seu autocuidado higiene, sendo que este autocuidado é também realizado pela filha, pois esta, visita os pais semanalmente, e no fim de semana é ela quem presta estes cuidados ao pai.

Quando questionada linearmente I, no sentido de avaliar o conhecimento das suas habilidades para prestar os cuidados onde J é dependente, verificou-se que esta possui conhecimento demonstrado e que, ainda que continuasse a estimular a independência de J, o assistia no autocuidado higiene pois este ficava bastante cansado ao realizar esta AVD.

No que respeita ao autocuidado gestão do regime terapêutico, é a filha, que semanalmente prepara a caixa da medicação, estando a cargo de I, assistir J na realização da técnica inalatória. No que respeita a esta técnica e à higienização da câmara expansora utilizada, percebeu-se que não eram feitas de acordo com o preconizado nas *Guidelines* GOLD (Gold, 2018). Quando questionada, sobre se existia algum tipo de conflito ou saturação do papel, I negou, manifestando ainda a existência de consenso por parte de ambos no desempenho deste.

Desta forma, foram identificados os diagnósticos que figuram na tabela a seguir.

Tabela 31 – Diagnóstico para a área de Dimensão Funcional da Família 4 (Parte I)

Foco:	Papel do prestador de cuidados			
Dimensão:	Conhecimento do papel	Subdiagnóstico:	Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades	Demonstrado
	Comportamento de adesão	Subdiagnóstico:	Comportamento de adesão	Não demonstrado
	Consenso do papel	Subdiagnóstico:	Consenso do papel,	Sim
	Conflito do papel	Subdiagnóstico:	Conflito do papel,	Não
	Saturação do papel	Subdiagnóstico:	Saturação do papel,	Sim
Diagnóstico:	Papel do Prestador De Cuidados Não Adequado por Comportamento de Adesão, não demonstrado e Saturação do Papel, sim.			

Processo Familiar

Relativamente ao Processo Familiar, foi aplicada a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, que mostrou uma classificação inferior a 150 pontos, para ambos os membros do casal, deixando perceptível que a probabilidade de incidência de doenças é muito reduzida nesta escala.

No alude à Comunicação Familiar, e no que concerne à Comunicação emocional, ambos referiram estar satisfeitos com a forma como eram manifestados os sentimentos. Em termos de Comunicação Verbal/Não Verbal e Comunicação Circular, ambos referiam não existir problemas.

Em termos de *Coping* Familiar, os problemas eram habitualmente identificados pelo casal e pelos filhos, mas era J quem tomava as decisões de como os resolver, embora conta-se com o apoio e a ajuda dos filhos.

No que alude aos Papeis Familiares, o papel de Provedor era desempenhado por ambos, sendo que a Gestão Financeira era realizada por I com a ajuda do filho (e conhecimento de J e de C) e o Cuidado Doméstico, era realizado por I com a ajuda da vizinha e da SCM, não existindo qualquer tipo de Conflito ou Saturação nestes papéis.

Relativamente à área de atenção da Relação Dinâmica, o membro com maior Influência e Poder continuava a ser J.

Relativamente à área de atenção da Relação Dinâmica, o membro com maior Influência e Poder era J. Foi-lhe aplicada a escala de FACES II - Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar, tendo sido obtido os seguintes resultados: Coesão familiar: 8; Adaptabilidade:

7; Tipo de família: 7,5. Verifica-se que, a Família 4 é uma família com coesão muito ligada, adaptabilidade muito flexível e tipo de família equilibrada.

Da aplicação da Escala de Apgar Familiar de Smilkstein ambos percecionam a família como Altamente Funcional tendo sido obtido por ambos um total de 10 pontos.

Neste sentido os diagnósticos identificados foram:

Tabela 32 – Diagnóstico para a área de Dimensão Funcional da Família 4 (Parte II)

Foco:	Processo Familiar		
Dimensão:	Comunicação Familiar	Subdiagnóstico:	Comunicação Familiar, Eficaz
	Coping Familiar	Subdiagnóstico:	Coping Familiar, Eficaz
	Interação de Papéis	Subdiagnóstico:	Interação de Papéis, Eficaz
	Relação Dinâmica	Subdiagnóstico:	Relação Dinâmica, Não Disfuncional
Diagnóstico: Processo Familiar Não Disfuncional			

No início de novembro (6/11) e após as consultas domiciliárias, onde se conseguiu fazer o levantamento de todas as áreas das dimensões operativas do MDAIF, J teve uma queda da qual resultou a fratura da grelha costal. Foi hospitalizado, e após a alta, foi fazer a sua convalescença para a casa da filha (que reside e trabalha noutro concelho, do norte do país), onde irá permanecer até meados do mês de fevereiro de 2025.

Este facto teve implicações na nossa intervenção familiar não sendo possível, realizar as intervenções de enfermagem planeadas de acordo com os focos identificados. Ainda assim, foram realizadas consultas de enfermagem não presenciais, via telefone, para perceber a evolução do estado de saúde de J.

3.3.6 Ganhos em Saúde

A melhoria dos indicadores de saúde e a promoção do bem-estar constituem objetivos centrais das políticas públicas e dos sistemas de saúde contemporâneos. Os ganhos em saúde não se limitam apenas à redução dos índices de morbilidade ou à melhoria dos resultados clínicos, mas englobam também aspetos mais amplos, tais como a qualidade de vida, a inclusão social e o fortalecimento da resiliência comunitária (OMS, 2020). Segundo Donabedian (1988), a qualidade dos cuidados de saúde pode ser avaliada a partir de três dimensões inter-relacionadas:

a estrutura, os processos e os resultados, onde os ganhos em saúde emergem como uma consequência natural da otimização dessas componentes.

Ao longo deste estudo, os ganhos em saúde alcançados pelas quatro famílias estudadas foram possíveis graças à identificação das necessidades através do MDAIF. Esta abordagem sistemática permitiu identificar as áreas prioritárias de intervenção, facilitando a ação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar. Assim, as intervenções implementadas focaram-se na supressão das necessidades identificadas no início do estudo, promovendo melhorias significativas nos indicadores de saúde e na qualidade de vida dos membros das famílias.

Neste capítulo, serão descritos e analisados os ganhos em saúde conseguidos para cada uma das famílias, demonstrando como a utilização do MDAIF se revelou um instrumento crucial na identificação dos desafios e na implementação de estratégias eficazes de cuidado. Estudos recentes evidenciam que uma abordagem integrada e centrada na família permite não só a resolução dos problemas clínicos, mas também a promoção do bem-estar emocional, social e económico dos indivíduos (Silva et al., 2021; Kumar & Patel, 2020). Adicionalmente, a consideração dos determinantes sociais, como referido por Martinez et al. (2022), é fundamental para se alcançar benefícios duradouros, tal como se verificou no contexto das intervenções realizadas neste estudo.

Este subcapítulo estabelece, assim, a ligação entre a identificação das necessidades através do MDAIF e os ganhos em saúde observados, oferecendo uma perspetiva integrada dos benefícios alcançados e sublinhando a importância de intervenções orientadas por modelos de avaliação familiar para a promoção da saúde e bem-estar nas famílias e consequentemente nas comunidades.

Família 1

Diagnóstico: Papel do Prestador de Cuidados Não Adequado por Comportamento de Adesão, não demonstrado e Saturação do Papel, sim.

Intervenções:

Promoção da independência na gestão do regime terapêutico

- Ensinar o prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência;

- Motivar o prestador de cuidados a estimular a independência do membro da família dependente;
- Incentivar o marido a participar ativamente no planeamento e administração da medicação;
- Orientar o doente na monitorização dos sintomas e na adoção de estratégias para a gestão da dispneia;
- Adaptar atividades diárias que promovam o autocuidado, reforçando a sua autoeficácia e confiança na capacidade de gestão da saúde;

Promoção da comunicação expressiva dentro da família

- Promover comunicação expressiva de emoções;
- Facilitar sessões de diálogo estruturado entre o marido e a esposa, permitindo a expressão das emoções, preocupações e frustrações.
- Estimular a esposa a reconhecer a importância da autonomia do marido para reduzir a sobrecarga emocional e melhorar o bem-estar de ambos.
- Promover a reorganização dos papéis e responsabilidades dentro da família para melhorar a adaptação à condição crónica.

Desenvolvimento de estratégias de *coping* para a esposa

- Promover estratégias de *coping* para o papel.
- Incentivar momentos de lazer e descanso individuais para que a esposa possa recarregar energias e evitar o esgotamento emocional.
- Apoiar a criação de uma rede de suporte social envolvendo familiares e amigos para partilhar as responsabilidades de cuidados (para quando estes forem necessários).

Promoção da cessação tabágica

- Informar o marido sobre os benefícios da cessação tabágica, destacando a melhoria da função pulmonar e da qualidade de vida.
- Desenvolver um plano personalizado de cessação tabágica, incluindo estratégias para reduzir os gatilhos do desejo de fumar e a adoção de técnicas de respiração controlada.

- Fornecer suporte contínuo e reforço positivo nas consultas para fortalecer o compromisso do doente com a abstinência e reconhecer as vitórias no processo de cessação.

Educação sobre autocuidado e prevenção de complicações

- Incentivar a adesão ao regime terapêutico, reforçando a importância do autocuidado para melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações relacionadas à DPOC.
- Monitorizar a evolução do autocuidado, oferecendo suporte e ajustes no plano de cuidados conforme necessário.
- Acompanhar o progresso nas mudanças comportamentais, especialmente no que diz respeito à cessação do tabagismo, e ajustar estratégias de incentivo.

A transição para o papel de prestador de cuidados é um processo dinâmico e, muitas vezes, desafiante, sobretudo quando ocorre num contexto de sobrecarga emocional e física. No caso desta família, a esposa encontrava-se numa situação de saturação do papel de prestadora de cuidados, o que dificultava a sua capacidade de apoiar o marido na gestão do regime terapêutico. A sobrecarga, associada a um comportamento de adesão não demonstrado na estimulação da independência do marido, impedia que este assumisse um papel mais ativo na sua própria saúde, perpetuando a dependência e limitando a sua autonomia. Estudos demonstram que a sobrecarga dos cuidadores pode comprometer a eficácia do suporte prestado e aumentar o risco de burnout, influenciando negativamente a dinâmica familiar e a qualidade de vida de ambos (Pinquart & Sörensen, 2018).

A intervenção centrou-se, primeiramente, na promoção da independência do marido na gestão do seu regime terapêutico, através da introdução de pequenas tarefas diárias que lhe permitissem assumir progressivamente o controlo da sua condição. Foi incentivada a participação ativa no planeamento e administração da medicação, bem como o envolvimento na monitorização dos sintomas e na adoção de estratégias para gerir a dispneia. Além disso, foram desenvolvidas atividades adaptadas às suas capacidades que lhe proporcionassem um maior sentido de autoeficácia, reforçando a sua confiança na sua própria capacidade de autocuidado. A promoção do autocuidado é uma abordagem amplamente recomendada na gestão de doenças crónicas, pois aumenta a adesão terapêutica e melhora a qualidade de vida do doente (World Health Organization, 2019).

A comunicação expressiva de emoções foi outro ponto fulcral da intervenção, pois permitiu que tanto o marido como a esposa verbalizassem os seus sentimentos, preocupações e

expectativas em relação ao processo de cuidado. Foram promovidos momentos de diálogo estruturado, nos quais a esposa pôde expressar a sua exaustão e frustrações, ao mesmo tempo que o marido pôde compreender o impacto da sua dependência no bem-estar da companheira. Através destas conversas, a esposa passou a reconhecer a importância de estimular a autonomia do marido, não só para reduzir a sua própria sobrecarga, mas também para promover a autoconfiança/autoestima e o bem-estar dele. A comunicação aberta e estruturada entre os membros da família está associada a uma melhor adaptação às condições crónicas, permitindo uma reorganização dos papéis e responsabilidades dentro do núcleo familiar (Giosa et al., 2019).

No que diz respeito a estratégias de *coping*, foram trabalhadas abordagens que permitissem à esposa gerir melhor o seu papel de cuidadora, evitando a exaustão emocional. Foram exploradas estratégias de autorregulação emocional, como técnicas de relaxamento e momentos de lazer individuais, de forma a garantir que a prestação de cuidados não se tornasse um fardo. Além disso, incentivou-se a criação de uma rede de apoio mais alargada, recorrendo a familiares e amigos para partilhar responsabilidades quando houvesse necessidade. A literatura indica que o suporte social é um fator protetor contra o esgotamento emocional dos cuidadores, contribuindo para um melhor equilíbrio entre o cuidado prestado e a sua própria saúde mental (Schulz & Sherwood, 2019).

Paralelamente a estas intervenções, foi fundamental abordar a cessação tabágica do marido, uma vez que o tabagismo constituía um fator de agravamento significativo da DPOC. Durante as consultas, foi enfatizado que, apesar de já existir um comprometimento da função pulmonar, o abandono do tabaco ainda poderia proporcionar melhorias na sua capacidade respiratória e na progressão da doença. A mensagem centrou-se não no medo, mas na possibilidade real de uma melhor qualidade de vida. Foi explicado que, ao deixar de fumar, poderia sentir-se menos cansado, reduzir a frequência das exacerbações e melhorar a sua capacidade para realizar atividades diárias. Para além disso, ficou claro que o tabagismo não apenas prejudicava a sua saúde, mas também agravava a preocupação da esposa, aumentando a sua sobrecarga emocional. J manteve-se abstinente do consumo de tabaco até à conclusão do estágio. A cessação tabágica está documentada como uma das principais intervenções para retardar a progressão da DPOC, melhorar a resposta ao tratamento e reduzir a taxa de hospitalizações (GOLD, 2021).

Compreendendo o impacto do seu hábito na sua própria saúde e no bem-estar da esposa, o senhor tomou a decisão de cessar o consumo de tabaco. Para facilitar essa transição, foram

sugeridas estratégias práticas, como a substituição do cigarro por técnicas de respiração controlada nos momentos de maior desejo de fumar, a adoção de rotinas que reduzissem os gatilhos para o consumo e a valorização de pequenas vitórias no processo de cessação. A cada consulta, os progressos eram reconhecidos e reforçados, permitindo que se sentisse motivado e confiante na sua capacidade de manter a abstinência. Estudos indicam que o reforço positivo e o acompanhamento contínuo aumentam as taxas de sucesso na cessação tabágica, tornando a mudança comportamental mais sustentável a longo prazo (Fiore et al., 2020).

O trabalho desenvolvido junto desta família permitiu não apenas ganhos em saúde individuais, mas também uma reestruturação das dinâmicas familiares, promovendo um equilíbrio mais saudável entre o papel de cuidadora da esposa e a autonomia do marido. Através da educação para a saúde, da promoção da comunicação expressiva e do reforço de estratégias de *coping*, foi possível melhorar a qualidade de vida de ambos, contribuindo para uma vivência mais harmoniosa e adaptativa face à condição crônica. Em suma, os resultados obtidos foram bastante positivos, com a família a manifestar satisfação pelos cuidados de enfermagem prestados e a reconhecer que o funcionamento familiar influencia o bem-estar de cada membro, assim como a saúde individual tem impacto na família enquanto unidade.

Família 2

Diagnóstico: Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação Dinâmica, Disfuncional; Comunicação, Não Eficaz e Interação Sexual, Não Adequada

Diagnóstico: Papel do Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do Papel, Não Demonstrado (sobre Técnica de Administração de medicamentos)

Intervenções:

Promoção da Adesão Terapêutica

- *Educar sobre o regime terapêutico*
 - Ensinar a esposa sobre a administração correta da terapêutica inalatória.
 - Demonstrar o uso adequado da câmara expansora e do inalador.
 - Fornecer material educativo para reforçar a aprendizagem.

- *Monitorizar a administração da medicação*
 - Orientar a esposa para supervisionar a ingestão e o uso correto dos medicamentos.

Monitorização do Estado de Saúde

- *Vigilância dos sinais e sintomas da doença*
 - Capacitar a esposa para monitorizar sintomas respiratórios.
 - Ensinar a identificar sinais de agravamento da DPOC (falta de ar, fadiga, cianose).
- *Avaliar a autonomia funcional do doente*
 - Identificar atividades que o doente consegue realizar sem assistência.
 - Adaptar o ambiente para promover a independência com segurança.
 - ❖ Melhoria da Iluminação
 - ✓ Utilizar luzes de presença em áreas estratégicas (exemplo: quarto, casa de banho).
 - ❖ Adaptação dos Objetos do Dia a Dia
 - ✓ Etiquetar gavetas e armários para facilitar a identificação dos objetos.
 - ❖ Reavaliação Contínua
 - ✓ Ajustar as intervenções conforme a progressão da doença e as novas necessidades do doente.

Promoção da Comunicação e do Vínculo Conjugal

- *Facilitar a comunicação interpessoal*
 - Ensinar técnicas de comunicação adaptadas ao estado cognitivo do doente.
 - ❖ Avaliação da Capacidade Cognitiva do Doente
 - ✓ Observar o nível de compreensão do doente (consegue seguir instruções simples? Fica confuso com frases longas?)
 - ✓ Avaliar dificuldades específicas, como:

- Problemas de memória curta (esquece o que foi dito há poucos minutos).
- Mudanças no tom de voz ou na articulação devido à DPOC.
- ✓ Identificar sinais de frustração na comunicação, como ansiedade ou agressividade.
- ❖ Técnicas de Comunicação para o Cuidador e a Família
 - ✓ Uso de Frases Simples e Curtas
 - Falar devagar e com frases diretas, evitando informações excessivas.
 - Dar uma instrução de cada vez, e esperar a resposta antes de prosseguir.
- ❖ Reforço da Comunicação Não Verbal
 - ✓ Demonstrar ações em vez de apenas explicá-las (por exemplo, mostrar como segurar o inalador antes de pedir que o doente o use).
 - ✓ Manter contato visual para garantir a atenção do doente.
- ❖ Dar Tempo para Responder
 - ✓ Esperar pelo menos 10-15 segundos após uma pergunta, pois o doente pode demorar mais para processar.
- ❖ Evitar Corrigir ou Confrontar Direto
 - ✓ Se o doente disser algo incorreto, não corrigir de forma brusca, mas redirecionar suavemente.
- ❖ Uso de Recursos Visuais e Escritos
 - ✓ Colocar etiquetas para ajudar o doente a identificar objetos.
 - ✓ Apresentar fotografias de familiares com os nomes escritos (devido ao doente ter já alguma dificuldade em reconhecer as pessoas).

- *Promover a intimidade e o vínculo emocional*

- Incentivar atividades conjuntas, como caminhadas e rituais familiares.
- Reforçar a importância da proximidade emocional na manutenção do bem-estar conjugal.

- ❖ Avaliação da Dinâmica Conjugal

Antes de intervir, foi fundamental compreender:

- ✓ Como o casal costumava demonstrar carinho e apoio antes da progressão da doença.
- ✓ As dificuldades atuais na comunicação e interação.
- ✓ O impacto emocional da sobrecarga do cuidador (esposa) na relação.

- ❖ Estratégias para Reforçar a Proximidade Emocional

Promoção de Pequenos Gestos de Afeto

- ✓ Encorajar demonstrações de carinho diárias, como toque, abraços e palavras de incentivo.
- ✓ Relembrar ao casal a importância do contacto físico como forma de segurança e conforto, mesmo quando a comunicação verbal é limitada.
- ✓ Sugerir atividades conjuntas que gerem momentos de conexão, como ouvir músicas que marcaram a relação ou relembrar momentos felizes com álbuns de fotografias.

- ❖ Estímulo à Comunicação Emocional

- ✓ Ensinar estratégias de escuta ativa, onde a esposa pode demonstrar interesse pelo que o marido ainda consegue expressar.
- ✓ Incentivar a verbalização de sentimentos, mesmo que sejam simples, como "Gosto muito de ti" ou "Sinto saudades das nossas conversas".

- ✓ Explicar que mesmo que o doente não consiga responder verbalmente, expressões faciais e pequenos gestos podem transmitir afeto.

❖ Criação de Rotinas Conjuntas

- ✓ Planejar momentos de lazer juntos, como caminhadas curtas, assistir a um filme ou partilhar uma refeição sem distrações externas.
- ✓ Estimular a manutenção de rituais familiares, como um beijo de boa noite ou segurar as mãos durante uma conversa.

❖ Apoio na Resinificação da Intimidade

- ✓ Explicar que a intimidade não se resume à relação sexual, mas também ao companheirismo e suporte emocional.
- ✓ Esclarecer que o toque e a proximidade podem aliviar a ansiedade do doente e fortalecer o vínculo afetivo.

❖ Orientação sobre o Cuidado com a Saúde Emocional da Esposa

- ✓ Destacar a importância de momentos de autocuidado, para que a esposa não se sinta sobrecarregada e consiga estar emocionalmente disponível para o marido.
- ✓ Incentivar a rede familiar (filhos) a prestar suporte, para evitar o isolamento da esposa.

❖ Avaliação Contínua e Ajustes

- ✓ Realizar sessões de acompanhamento para perceber se as estratégias estão a resultar.
- ✓ Ajustar as abordagens conforme a evolução da doença e as necessidades do casal.
- ✓ Reforçar a importância de pequenos momentos de ligação diária para manter o bem-estar conjugal.

Prevenção da Sobrecarga do Cuidador

- *Fornecer apoio emocional ao cuidador*
 - Avaliar níveis de stress e sobrecarga da esposa.
 - Reforçar a importância do autocuidado e do descanso.

Promoção da Segurança e Autonomia do Doente

- *Apoiar na realização de atividades diárias*
 - Supervisionar e orientar o doente na escolha de roupas adequadas.
 - Oferecer assistência mínima para preservar a independência.
- *Prevenir complicações associadas à imobilidade e fragilidade*
 - Incentivar a realização de atividades físicas adequadas.

A implementação de intervenções de enfermagem focadas em múltiplos aspetos da saúde do doente e da sua família revelou ganhos significativos em termos físicos, emocionais e sociais, com um impacto positivo no bem-estar geral de todos os envolvidos. A promoção da adesão terapêutica (uma das primeiras intervenções), foi crucial para melhorar a gestão da DPOC do doente, garantindo que este acompanhasse corretamente o regime terapêutico prescrito. A esposa, ao aprender a administrar adequadamente a medicação inalatória e o uso do inalador com câmara expansora, pode acompanhar de perto o tratamento e supervisionar a adesão terapêutica (Santos & Pereira, 2019). Esta educação também incluiu o fornecimento de material educativo, que contribuiu para reforçar o conhecimento da esposa sobre o tratamento, minimizando a probabilidade de erros e aumentando a eficácia do regime terapêutico. A monitorização contínua da medicação e a supervisão da administração da terapêutica permitiram detetar falhas precoces, prevenindo complicações respiratórias e promovendo uma melhoria na função pulmonar do doente (Costa & Almeida, 2020).

Além disso, a monitorização do estado de saúde permitiu avaliar a evolução da DPOC e da demência de forma contínua. A capacitação da esposa para identificar sinais precoces de agravamento da doença, como falta de ar, fadiga e cianose, foi essencial para permitir uma intervenção precoce (Ferreira et al., 2018). A reavaliação constante da autonomia funcional do doente, com a adaptação do ambiente para prevenir quedas e facilitar as atividades diárias, contribuiu diretamente para a promoção da independência do doente, aumentando a sua qualidade de vida. As mudanças implementadas, como a melhoria da iluminação e a

reorganização do espaço doméstico, ajudaram a garantir que o doente pudesse manter a sua autonomia com segurança, ao mesmo tempo que minimizavam os riscos associados à progressão das doenças.

A intervenção na promoção da comunicação e do vínculo conjugal foi outro pilar fundamental desta abordagem. A comunicação adaptada, com o uso de frases curtas, simples e diretas, e o reforço da comunicação não verbal, permitiram que o doente se sentisse mais compreendido e menos frustrado nas interações com a esposa. As estratégias de comunicação, que incluíram o uso de recursos visuais e escritos, como etiquetas para identificação de objetos e fotografias de familiares com nomes, ajudaram a minimizar as dificuldades cognitivas do doente, permitindo-lhe manter um maior nível de interação social e afetiva. Esta abordagem, conforme apontado por Oliveira et al. (2017), foi fundamental para a redução da ansiedade e da agressividade do doente, promovendo um ambiente mais calmo e acolhedor. Além disso, a implementação de rituais familiares, como os almoços de família com os filhos, noras e netas, favoreceu a proximidade emocional e proporcionou uma vinculação afetiva entre os membros da família, contribuindo para o fortalecimento da rede de apoio (Santos & Pereira, 2019). A promoção dessas atividades conjuntas também resultou na diminuição do isolamento e da sobrecarga emocional da esposa, criando oportunidades para que ela pudesse partilhar momentos de lazer e aliviar o stress, conforme sugerido por Costa e Almeida (2020).

A promoção da intimidade entre o casal, mesmo diante das dificuldades impostas pelas doenças, foi outra intervenção essencial. Ao esclarecer que a intimidade vai além da relação sexual, mas envolve companheirismo e apoio emocional, foi possível promover a manutenção do vínculo conjugal (Ferreira et al., 2018). Atividades como caminhadas e pequenos gestos de afeto, como o toque e as palavras de carinho, foram sugeridas para manter a proximidade emocional entre o casal, mesmo quando a comunicação verbal era limitada. Além disso, o incentivo a momentos de relaxamento e autocuidado para a esposa ajudou a prevenir a sobrecarga do cuidador, um fator crucial para garantir que a esposa mantivesse a sua saúde emocional e continuasse a oferecer o suporte necessário ao marido (Santos & Pereira, 2019). A abordagem de escuta ativa e a promoção de rotinas conjuntas também contribuíram para a construção de um ambiente mais resiliente e harmonioso, o que foi determinante para a preservação da satisfação conjugal, conforme evidenciado por Costa e Almeida (2020).

Além disso, a prevenção da sobrecarga do cuidador foi uma prioridade, com estratégias que incluíram a avaliação contínua dos níveis de stress da esposa (através da escala de zarit) e o incentivo a redes de apoio (cunhada, vizinha e amigos) para evitar o isolamento (Oliveira et

al., 2017). Ao garantir que a esposa recebesse suporte emocional, tanto profissional como da família, foi possível reduzir os riscos de burnout e melhorar o seu bem-estar geral (consequimos reduzir a sobrecarga de um grau de moderado para leve). O apoio da família na gestão das tarefas diárias, como a preparação das refeições (ao fim de semana) ou o acompanhamento do doente a consultas e em algumas atividades, ajudou a aliviar a carga da esposa, proporcionando-lhe momentos de descanso e recuperação emocional.

A intervenção na segurança e autonomia do doente também teve um impacto significativo, uma vez que a adaptação do ambiente e a supervisão das atividades diárias permitiram que o doente mantivesse um nível de independência funcional, essencial para a sua autoestima e para a sua qualidade de vida (Costa & Almeida, 2020). A realização de atividades físicas adequadas, como caminhadas, não só melhorou a condição física do doente, mas também contribuiu para a liberação de endorfinas, reduzindo sintomas de ansiedade e depressão, como destacado pela Organização Mundial da Saúde (2018). A promoção da segurança no ambiente doméstico, como a eliminação de tapetes e a organização estratégica de objetos, reduziu o risco de quedas e promoveu uma maior autossuficiência.

Por outro lado, face à gestão financeira da família para garantir que tudo esteja equilibrado até ao final do mês, foi submetido à Segurança Social o pedido de complemento solidário para idosos, com o intuito de melhorar o rendimento familiar. Contudo, o pedido foi recusado devido à reforma proveniente do estrangeiro. Para tentar garantir uma melhor avaliação das necessidades sociais do doente, foi ainda solicitado ao médico de família a submissão do pedido para Junta Médica, por forma a que o doente fosse avaliado e lhe fosse atribuído um grau de incapacidade através da emissão do Atestado Multiusos. Essa avaliação visava a obtenção de um maior suporte financeiro e social, essencial para garantir a qualidade de vida do doente e a continuidade dos cuidados prestados pela esposa (foi submetido o pedido no final de novembro, mas até ao final do estágio, ainda não tinha recebido indicação para esta avaliação).

Em suma, as intervenções de enfermagem não só melhoraram a saúde física e emocional do doente, como também fortaleceram os laços familiares, promovendo uma convivência mais harmoniosa e resiliente. A abordagem integrada, baseada nas necessidades individuais do doente e nas dinâmicas familiares, resultou em ganhos significativos em saúde para toda a família, permitindo-lhe enfrentar de forma mais eficaz as adversidades impostas pelas doenças crónicas. O apoio contínuo, a educação em saúde e a promoção da comunicação aberta e

empática foram determinantes para garantir que, mesmo em um contexto desafiador, fosse possível manter a qualidade de vida e o bem-estar emocional de todos os envolvidos.

Família 3

Diagnóstico: Papel do Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do Papel, Não Demonstrado (sobre Técnica de Administração e Eliminação adequada Medicamentos)

Intervenções:

Promoção do conhecimento sobre o regime terapêutico

- Explicar e demonstrar a técnica correta de inalação e o uso adequado da câmara expansora.
- Disponibilizar materiais educativos com instruções visuais para reforço da aprendizagem.
- Avaliar periodicamente a execução da técnica para garantir a adesão correta.

Apoio na gestão da doença crônica

- Promover sessões educativas sobre a DPOC e as suas complicações.
- Estimular a participação da neta fisioterapeuta no plano de reabilitação respiratória.

Educação para a eliminação adequada de resíduos de medicamentos

- Explicar os riscos ambientais e de segurança associados à eliminação inadequada de medicamentos.
- Orientar a família sobre a importância de devolver medicamentos fora de prazo ou não utilizados às farmácias bem como as embalagens vazias.
- Monitorar a adoção dessas práticas durante visitas domiciliares.

Reabilitação respiratória e promoção da função pulmonar

- Desenvolver um plano de cinesioterapia respiratória com a colaboração da neta fisioterapeuta.
- Esclarecer sobre os benefícios da fisioterapia respiratória para a redução dos sintomas da DPOC.

- Acompanhar a evolução da função pulmonar do doente e reforçar a adesão ao plano (aplicar a escala CAT).

Capacitação para a monitorização da pressão arterial

- Ensinar o uso correto do esfigmomanómetro digital.
- Explicar a importância da avaliação em condições ideais e do registro dos valores.
- Reforçar a necessidade de comunicar alterações nos valores à Enfermeira de Família.

Promoção do autocuidado e da adesão ao tratamento

- Encorajar a autonomia do doente na monitorização de sua saúde.
- Incentivar a família a manter um ambiente de apoio e incentivo às práticas saudáveis.
- Reavaliar periodicamente a adesão às orientações fornecidas.

Para alcançar ganhos em saúde junto desta família, foi essencial adotar uma abordagem estratégica e adaptada às suas dinâmicas e recursos. Reconhecendo que a presença dos filhos e da neta poderia ser um fator facilitador na gestão da doença, desenvolvi uma intervenção estruturada que combinou educação para a saúde, capacitação dos cuidadores e reorganização das rotinas de cuidados.

Uma das primeiras estratégias implementadas foi a realização de uma ação de educação para a saúde na Unidade de Saúde Familiar (USF), focada na técnica inalatória correta e na higienização da câmara expansora. Durante esta sessão, recorri a uma metodologia prática e demonstrativa, utilizando materiais didáticos e promovendo a participação ativa dos familiares para garantir que os conceitos fossem compreendidos e aplicados no dia a dia. Para reforçar a aprendizagem, disponibilizei materiais informativos com instruções visuais simples, de modo a facilitar a consulta posterior. Como resultado, o doente e os seus cuidadores passaram a realizar corretamente a técnica inalatória, o que levou a uma melhoria da eficácia terapêutica, refletindo-se numa diminuição dos episódios de tosse e, em alguns dias, na não necessidade de oxigénio durante a noite, conforme descrito em estudos que destacam o impacto da educação em saúde na gestão da DPOC (Ferreira et al., 2018).

Paralelamente, identifiquei na neta, que é fisioterapeuta, uma potencial aliada no processo de reabilitação respiratória do avô. Estabeleci contacto direto com ela e, através de uma abordagem colaborativa, propus um plano estruturado de cinesioterapia respiratória adaptado às necessidades do doente. Para garantir que este plano fosse devidamente integrado

na rotina familiar, promovi uma sessão conjunta onde esclareci a importância da fisioterapia na redução da sintomatologia da DPOC e incentivei a neta a adaptar os exercícios à condição do avô. Esta estratégia resultou numa melhoria significativa da função pulmonar do doente, contribuindo para a redução dos sintomas e para um maior controlo da doença, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (2020) sobre intervenções multidisciplinares em doenças crónicas.

Outra medida fundamental foi a sensibilização da esposa para a eliminação correta da medicação. Durante as visitas domiciliárias, identifiquei que os resíduos de medicamentos eram frequentemente descartados de forma inadequada, representando um risco ambiental e de segurança. Para corrigir esta situação, implementei uma estratégia de reforço educativo, explicando de forma clara os riscos associados à eliminação incorreta e orientando a esposa sobre a importância de levar as embalagens vazias para a farmácia. Através deste acompanhamento contínuo, observei uma mudança positiva nos hábitos da família, com a esposa a adotar progressivamente uma gestão mais adequada dos medicamentos, alinhando-se com as diretrizes de segurança na eliminação de resíduos medicinais (Costa & Almeida, 2020).

Adicionalmente, foi identificado que o doente necessitava de uma vigilância regular da pressão arterial (PA), mas que, inicialmente, havia dificuldades na sua monitorização. Para colmatar esta lacuna, implementei uma sessão de ensino sobre a importância da vigilância da PA, instruindo e treinando a família na correta utilização de um esfigmomanómetro digital. A ênfase foi colocada na realização da avaliação em condições ideais, na interpretação básica dos valores obtidos e na importância do registo para monitorização contínua. Após este ensino e treino prático, o doente conseguiu realizar autonomamente a vigilância da sua pressão arterial sem dificuldades, o que contribuiu para um melhor acompanhamento do seu estado de saúde e uma intervenção mais atempada sempre que necessário, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) sobre o autocuidado na monitorização de doenças crónicas.

Estas intervenções demonstraram que, ao envolver ativamente a família e ao fornecer suporte técnico e educativo, é possível otimizar os cuidados prestados, promover a adesão terapêutica e melhorar significativamente a qualidade de vida do doente. A conjugação de estratégias como a capacitação familiar, a articulação com profissionais de saúde dentro da rede familiar, a educação para a gestão segura da medicação e a promoção do autocuidado na vigilância da pressão arterial foram fundamentais para alcançar ganhos efetivos em saúde, evidenciando a importância de uma abordagem integrada e centrada na pessoa.

Família 4

Embora tenha sido realizado um levantamento das necessidades desta família, a intervenção planeada não pôde ser concretizada. Após uma queda inesperada, que resultou na hospitalização do doente, o casal tomou a decisão de se deslocar para a casa da filha no norte do país, onde A poderia realizar a sua total recuperação com o apoio familiar necessário. Esta mudança de contexto impossibilitou a implementação das estratégias previamente delineadas, interrompendo temporariamente o acompanhamento e as ações de educação para a saúde que estavam previstas. No entanto, assim que o casal retome a sua morada habitual, a continuidade desses cuidados será assegurada pela sua Enfermeira de Família, garantindo a reavaliação das suas necessidades e a implementação das intervenções adequadas à nova fase do processo de recuperação.

4. Contributos para o Desenvolvimento de Competências

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros, está estabelecido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República. Este regulamento estabelece os conceitos fundamentais aplicáveis à regulamentação das competências específicas para cada especialidade em enfermagem.

Independentemente da especialidade escolhida, todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto comum de conhecimentos, capacidades e habilidades aplicáveis em qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde e nos diferentes níveis de prevenção.

Desta forma, o enfermeiro especialista deve possuir competências em quatro áreas principais:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade;
- Competências na gestão dos cuidados;
- Competências no desenvolvimento de aprendizagens profissionais

(Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Esta área de competência tem como objetivo fundamental incentivar uma prática profissional pautada em princípios éticos, legais e de responsabilidade, dentro da especialidade de enfermagem. A atuação é norteadada pelas normas jurídicas vigentes, pelos princípios éticos e pela deontologia profissional, assegurando um cuidado que respeite tanto os direitos humanos quanto as responsabilidades inerentes ao papel do enfermeiro.

No contexto atual, o Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, publicado pelo Ministério da Saúde, estabelece a enfermagem como uma profissão autorregulada. Este estatuto implica que o exercício da profissão é guiado por princípios éticos e deontológicos específicos, descritos tanto no Código Deontológico dos Enfermeiros como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Estes documentos normativos são essenciais para a prática de enfermagem e garantem um desempenho profissional de alta qualidade e integridade.

O REPE, em particular, determina que os enfermeiros devem agir com ética e responsabilidade, respeitando sempre os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. (OE, 2015)

Diariamente, o compromisso do enfermeiro é cuidar dos indivíduos e das suas famílias ao longo do ciclo vital, promovendo qualidade de vida e bem-estar em todas as etapas da existência.

A prática de enfermagem, baseada no Código Deontológico, orienta-se pela defesa inabalável da liberdade e da dignidade humanas, tanto dos utentes quanto dos profissionais. A profissão valoriza princípios universais como a liberdade responsável, a capacidade de escolha, a adesão à verdade e à justiça, sempre com foco no bem coletivo. Entre esses valores, a dignidade humana é central, mediando todas as intervenções e reconhecendo o direito de cada indivíduo à autonomia e ao livre arbítrio na tomada de decisões sobre sua própria vida. (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005)

Desta forma no decurso do estágio, empenhei-me em integrar estes princípios no meu trabalho, priorizando a proteção dos direitos humanos e assegurando que os utentes e famílias tivessem acesso a informações de maneira segura e confidencial. Procurei sempre respeitar o direito de escolha, a privacidade e os valores pessoais, culturais e espirituais dos utentes, considerando as suas necessidades e convicções.

O consentimento informado destacou-se como elemento fundamental na minha interação com os utentes e famílias, proporcionando-me a possibilidade de realizar avaliações e intervenções no ambiente familiar, ao mesmo tempo em que ampliava as minhas competências profissionais. A experiência adquirida com a equipa da USF Távora permitiu-me realizar e assistir a consultas de maneira autónoma e interdisciplinar, participando ativamente na tomada de decisões em conjunto com a equipa para definir o processo de cuidados.

Assim, considero que consegui desenvolver ações focadas na responsabilidade profissional, ética e legal, promovendo uma prática de cuidado alinhada aos direitos humanos e aos princípios deontológicos que sustentam a enfermagem.

Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial ao mobilizar o seu conhecimento e habilidades para apoiar a conceção, execução, disseminação e adaptação de projetos institucionais focados na qualidade, abrangendo todos os níveis operacionais. Neste sentido, participa ativamente na definição de

metas organizacionais que visam aprimorar a qualidade dos cuidados prestados. Isto envolve uma análise estratégica e planeamento cuidadoso que orientem e melhorem os cuidados de saúde, além da colaboração com outras instituições para desenvolver atividades de qualidade e normas/protocolos que assegurem uma prática uniformizada e de alta qualidade. O enfermeiro também participa na comunicação dos resultados institucionais, garantindo que gestores e colegas enfermeiros estejam bem informados sobre as conquistas e desafios na área da qualidade.

Além disso, o enfermeiro especialista entende que a melhoria contínua exige uma avaliação regular das práticas profissionais, seguida de revisões e aperfeiçoamentos sempre que necessário. Para atingir esta meta, baseia-se em ações sustentadas pela evidência científica e normas estabelecidas, aplicando indicadores de qualidade e ferramentas de avaliação para monitorizar e verificar os resultados obtidos. Este processo permite identificar novas oportunidades, definir prioridades e selecionar estratégias eficazes, facilitando a elaboração de guias práticos e orientadores e promovendo programas de melhoria contínua da qualidade.

No que diz respeito ao ambiente centrado na pessoa, o enfermeiro reconhece que a gestão desse espaço é essencial tanto para a eficácia dos cuidados como para a prevenção de incidentes. Atua de maneira proativa para criar um ambiente que favoreça o bem-estar dos utentes, abordando ativamente a gestão de riscos. A prática diária reflete uma sensibilidade especial às necessidades culturais e espirituais dos indivíduos e grupos, o que contribui para um ambiente de cuidado seguro e respeitoso. Além disso, o enfermeiro garante o cumprimento dos princípios que regem a administração segura de medicamentos e adere aos padrões de segurança ocupacional. Colabora na organização e definição de recursos que permitam uma prestação de cuidados segura, alicia os colegas na gestão de riscos, e ajuda a estruturar o trabalho de maneira que minimize o risco de erros humanos. Tem ainda como funções incluir a criação de mecanismos de avaliação da eficácia dos planos de gestão de risco, a participação na manutenção preventiva de materiais, equipamentos e instalações, e ainda o desenvolvimento de estratégias de controle de infeção.

A atuação do enfermeiro neste domínio está alinhada com a construção de um sistema que promova a melhoria contínua dos cuidados, fundamentado em padrões de qualidade que servem como ferramentas valiosas para o relacionamento com os utentes, profissionais, comunidade e responsáveis de políticas públicas. Nesse sentido, o Regulamento n.º 367/2015 da Ordem dos Enfermeiros estabelece seis categorias para guiar a prática: satisfação do utente,

promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, regulamentada pelo Despacho n.º 5613/2015, visa garantir que a coordenação e a ação local centradas no utente sejam adequadamente padronizadas, assegurando a efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Esta estratégia foca-se em promover e reconhecer a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, protegendo os direitos dos cidadãos no contexto do sistema de saúde. Nesse âmbito, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, aprovado pelo Despacho n.º 9390/2021, apoia a prevenção de incidentes nos cuidados de saúde e serve como guia para gestores e clínicos implementarem boas práticas de segurança, sendo cada instituição responsável pela execução e acompanhamento das ações estabelecidas. Além disso, cabe às instituições de saúde acomodar os recursos para criar um ambiente que favoreça o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Durante o estágio, observei que a USF tem como principal objetivo garantir a segurança do utente e da sua família, seguindo normas/protocolos que promovem a uniformização dos cuidados, uma melhoria contínua da qualidade e a manutenção de um ambiente terapêutico seguro. Em conformidade com estas diretrizes, desenvolvi uma prática com base nas normas/protocolos, e orientações, pois estes padronizam procedimentos e reduzem a probabilidade de erros humanos, ao mesmo tempo em que asseguram cuidados de qualidade.

Neste âmbito realizei uma auditoria com a Enfermeira de Família à Rede de Frio da USF. Estas auditorias desempenharam um papel essencial na segurança e eficácia das vacinas e na avaliação da qualidade. Este procedimento assegura que todas as vacinas são mantidas nas temperaturas adequadas durante o transporte e o armazenamento, evitando que se degradassem e perdessem a sua eficácia.

A conservação da "cadeia de frio" é especialmente importante para vacinas que são altamente sensíveis a variações de temperatura. Através da auditoria, foi possível detetar e corrigir falhas, (como equipamentos avariados (um frigorífico) ou procedimentos inadequados), garantindo que as vacinas administradas à população oferecessem a proteção esperada contra as doenças.

Além disso, as auditorias contribuíram/contribuem para evitar desperdícios de vacinas que poderiam ser inutilizadas devido a quebras na cadeia de frio. Desta forma, promovem a

eficiência no uso de recursos de saúde e reforçam a confiança do público no sistema de vacinação.

Participei na elaboração do “Procedimento em Caso de Incidentes e Acidentes de Trabalho”. É fundamental que exista nos cuidados de saúde um procedimento bem definido para lidar com incidentes e acidentes de trabalho, pois este serviço envolve riscos elevados devido ao contacto direto com doentes, materiais biológicos e equipamentos específicos. A presença de um procedimento garante que, em caso de acidente, seja prestada assistência imediata ao profissional, protegendo a sua saúde e minimizando os efeitos do incidente. Além disso, permite que o evento seja rapidamente comunicado e investigado, identificando as causas e corrigindo potenciais falhas para evitar a repetição do acidente. Este processo de análise e resposta é crucial para criar um ambiente de trabalho mais seguro e eficaz, promovendo a confiança e o bem-estar da equipa e assegurando que o cuidado prestado aos utentes não seja comprometido. Em última instância, considero que um procedimento claro e estruturado de resposta a acidentes não só protege os profissionais, mas também contribui para a melhoria contínua dos serviços de saúde, promovendo uma cultura de prevenção e responsabilidade dentro da organização.

Ainda no âmbito da melhoria continua da qualidade, mais concretamente no indicador de segurança dos utentes (código SIARS 2019.428.01), implementei medidas relacionadas com a "segurança da comunicação", "segurança da medicação" e com "identificação inequívoca dos utentes". A segurança da comunicação foi garantida através de orientações claras e precisas (através de cartas de enfermagem na transmissão de cuidados) entre profissionais, evitando mal-entendidos que pudessem comprometer o atendimento. No que concerne à segurança da medicação, esta foi assegurada através de práticas rigorosas (política dos 5 certos: medicamento certo, doente certo, dose certa, hora certa, via de administração certa) no armazenamento e administração dos medicamentos, reduzindo o risco de erros. A identificação inequívoca dos utentes foi feita através de procedimentos de verificação, como o uso de dados pessoais confirmados (dois dos seguintes dados: nome, data de nascimento ou número do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a norma da DGS), garantindo que cada utente recebesse o cuidado adequado e evitando trocas que pudessem prejudicar a sua segurança e saúde.

Implementei igualmente medidas destinadas à "prevenção de quedas", "prevenção de úlceras de pressão", "prevenção de incidentes" e "prevenção de infeções e resistência a antimicrobianos". A prevenção de quedas foi assegurada através do procedimento existente na

USF e na avaliação do risco individual de cada utente (Escala de Morse existente na plataforma de registo SClinico), com a elaboração de um plano de cuidados adequado ao nível de risco, bem como, na criação de um ambiente seguro, minimizando obstáculos e promovendo a mobilidade assistida. Quanto à prevenção de úlceras por pressão, foi realizada com recurso à avaliação de risco através da Escala de Braden que consta na plataforma de registo e ao procedimento que a USF possui assim como, com ensinamentos sobre medidas de mobilização regular dos utentes, uso de superfícies de apoio adequadas, avaliação contínua da integridade da pele, entre outros fatores de risco. Para a prevenção de incidentes, foram também implementados os procedimentos existentes na Unidade e realizadas auditorias que identificaram e mitigaram riscos potenciais no processo de atendimento. A prevenção de infeções e resistência a antimicrobianos passou por práticas rigorosas de higiene, uso criterioso de antibióticos e educação sobre medidas de controlo de infeções, limitando o desenvolvimento e a disseminação de resistência antimicrobiana.

A formação em serviço tem sido também um tema cada vez mais valorizado como uma ferramenta de atualização científica e aperfeiçoamento da qualidade assistencial. A procura por evidências que sustentem as melhores práticas deve ser um processo contínuo e dinâmico. O enfermeiro especialista desempenha um papel essencial na atualização de conhecimento, contribuindo na conceção, gestão e execução de programas de melhoria contínua. Desta forma, torna-se um agente relevante na formação da sua equipa, mobilizando conhecimentos, partilhando experiências e incentivando mudanças que promovem o crescimento e desenvolvimento coletivo.

Durante o estágio, tive oportunidade de participar e ministrar formações no serviço. Essas formações faziam parte do plano anual da USF e outras elaboradas tendo em conta as necessidades reconhecidas pelos profissionais. Tive ainda oportunidade de participar noutras formações ministradas por colegas de estágio de outras especialidades (mais concretamente na especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Ainda neste contexto, realizei e apresentei as formações "Ser Saudável com DPOC", "DPOC – Prevenir Sintomas e tomar a Medicação" e "Dispositivos Inalatórios e Técnicas Inalatórias". Visando ainda atender às necessidades da equipa da USF realizei em parceria com a Enfermeira de Família um Projeto de Melhoria Contínua de Qualidade, intitulado de: "A capacitação da família para gerir a DPOC."

Atividades formativas em que participei e ministrei:

- Ministrei a formação: "Ser Saudável com DPOC" (aos familiares cuidadores das famílias em estudo);
- Ministrei a formação: "DPOC – Prevenir Sintomas e tomar a Medicação" (aos familiares cuidadores das famílias em estudo);
- Ministrei a formação: “Dispositivos Inalatórios e Técnicas Inalatórias” (a toda a equipa da USF Távora);
- Elaborei o Projeto de Melhoria Contínua de Qualidade: “A capacitação da família para gerir a DPOC”;
- Participei na formação “Suporte Básico de Vida Pediátrico” (ministrada pelo colega da especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a toda a equipa da USF);
- Realizei a par com a Enfermeira de Família e com a colega de estágio a formação “Gestão de Conflitos” (a toda a equipa da USF).

Estas atividades foram fundamentais para a minha formação e contribuíram para a capacitação da equipa, ajudando a melhorar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados. Considero que desempenhei um papel dinamizador no suporte às iniciativas estratégicas institucionais, colaborando com programas de melhoria contínua da qualidade. Em todas estas ocasiões, mantive o compromisso de criar um ambiente terapêutico e seguro, promovendo sempre a excelência no cuidado de saúde.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

Esta área de atuação visa assegurar uma gestão eficaz dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de otimizar a resposta da equipa e garantir uma articulação fluida com a equipa multiprofissional. A finalidade central é identificar e ajustar os recursos disponíveis para atender às necessidades dos utentes, promovendo, assim, a segurança e a qualidade tanto das tarefas delegadas quanto dos cuidados oferecidos. Neste contexto, o enfermeiro especialista desempenha um papel essencial, oferecendo apoio técnico e diretrizes aos enfermeiros e demais membros da equipa. Este apoio inclui orientações detalhadas sobre a tomada de decisões e planeamento dos cuidados, assim como a capacidade de identificar quando é apropriado “negociar com” ou “referenciar para” outros profissionais de saúde.

O enfermeiro especialista também tem a responsabilidade de definir e orientar as tarefas que podem ser delegadas, criando guias específicos para essa delegação, utilizando uma variedade de métodos instrutivos, como instruções diretas e demonstrações práticas. Além

disso, cabe a este profissional avaliar continuamente o desempenho das tarefas realizadas, assegurando a adequação e eficácia dos cuidados prestados. Ele é também responsável por aplicar e seguir rigorosamente as normas, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, implementando estratégias organizacionais que tornem o trabalho da equipa mais eficiente e coordenado.

Na gestão de recursos, o enfermeiro especialista procura constantemente negociar e alocar recursos apropriados para assegurar a qualidade do atendimento. Este trabalho envolve uma compreensão aprofundada dos papéis e das funções interdependentes de cada membro da equipa, promovendo um ambiente de trabalho positivo e favorável à prática de enfermagem. O enfermeiro especialista também adota estratégias motivacionais que incentivem um desempenho diferenciado da equipa, ajustando o seu estilo de liderança conforme o nível de maturidade dos colaboradores e as circunstâncias de cada situação. Além disso, utiliza processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada de enfermagem.

Estas competências em gestão são uma parte fundamental da prática do enfermeiro especialista, englobando a administração de recursos materiais, humanos, instalações e equipamentos, além da gestão direta dos cuidados. Tais habilidades são cruciais para garantir a segurança e a melhoria contínua dos serviços prestados.

Neste sentido, durante a minha permanência na USF no estágio foi tido em conta o PAUF (Plano de Ação pelas Unidades Funcionais) e o “Plano de Melhoria Continua da Qualidade aos Utentes com DPOC/Asma” uma vez que era pretendido melhorar o desempenho e assistência aos utentes da USF neste âmbito. Em março de 2024 os indicadores alvo de melhoria (que poderiam ser atingidos através de consultas de enfermagem) apresentavam os seguintes valores: Proporção de utentes com DPOC e idade igual ou superior a 40 anos, a quem foi realizada consulta de vigilância de DPOC no ultimo ano: 62,16% e Proporção de utentes com Asma e idade igual ou superior a 18 anos, a quem foi realizada consulta de vigilância de Asma no ultimo ano: 35,44%, o objetivo é atingir um valor igual ao superior a 70% no caso da DPOC e de $\geq 49\%$ no caso da Asma. Este projeto terá o seu termino no final de fevereiro de 2025. Assim realizei consultas de enfermagem tendo em conta o procedimento de consulta de enfermagem na DPOC/Asma, identificando e implementando melhorias nomeadamente na educação para a saúde, literacia em saúde e importância da adequada e continua gestão terapêutica desta patologia.

No decurso do meu estágio, tive a oportunidade de acompanhar e colaborar diretamente com a Enfermeira de Família, (Especialista em Enfermagem Comunitária), com uma vasta experiência na área da Enfermagem de Saúde Familiar e nesse período, participei ativamente em atividades relacionadas à gestão de recursos humanos e materiais. Entre as atividades, destaco a colaboração na organização, inventário e reposição do stock de materiais clínicos (na gestão da farmácia da USF), conforme as necessidades identificadas pelos profissionais e pelo serviço. Ainda neste âmbito realizei com a Enfermeira de Família o pedido de material para a Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia da ULS através da plataforma (GHAF) que existe, dando-me conta dos requisitos necessários para este procedimento.

O estágio coincidiu também com a Campanha de Vacinação Sazonal do Outono-Inverno 2024-2025 contra a Gripe e a COVID-19 que iniciou no dia 20 de setembro de 2024, pelo que também me foi possível ter um papel ativo nesta, uma vez que, convoquei, administrei e realizei a par com os enfermeiros da USF a gestão destas vacinas.

A Ordem dos Enfermeiros, desde a sua criação, tem como um dos principais focos a preocupação com a dotação segura de profissionais de enfermagem, tendo divulgado pela primeira vez, em 2006, recomendações para assegurar a presença de uma quantidade adequada de enfermeiros. Este primeiro conjunto de diretrizes foi criado em conformidade com as orientações do *International Council of Nurses*, procurando orientar as instituições de saúde quanto à necessidade de dotação adequada de profissionais para garantir um atendimento seguro e de qualidade. Com o Regulamento n.º 743/2019, publicado em 25 de setembro de 2019, a Ordem dos Enfermeiros instituiu uma norma específica para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, estabelecendo as condições indispensáveis quanto às orientações e regras para a prestação de cuidados seguros, de qualidade e adequados às necessidades dos utentes. Este regulamento, além de garantir segurança aos utentes e aos profissionais, representa um importante instrumento de apoio à gestão. Ele estabelece que a responsabilidade pelo cálculo e avaliação das dotações seguras é exclusivamente dos enfermeiros, assegurando que a administração de recursos humanos esteja alinhada com as exigências de qualidade e segurança.

Na prática, o cálculo de um rácio adequado de enfermeiros leva em consideração fatores como as competências profissionais, a estrutura arquitetónica da instituição, a descentralização dos serviços e outras características da organização. A Ordem dos Enfermeiros afirma que todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem garantir uma dotação adequada,

composta por enfermeiros com as competências certas, presentes nos lugares e momentos necessários.

Durante o estágio na Unidade de Saúde Familiar Távora, tive a possibilidade de fazer gestão da lista de utentes da Enfermeira de Família e percebi que, o número de utentes por enfermeiro estava em conformidade com as recomendações da Ordem, no entanto se analisarmos esse número em termos de famílias, a dotação ideal não era respeitada. A norma vigente estabelece que, em USFs, o número recomendado de enfermeiros seja de um para cada 1.550 utentes, ou um para cada 1.917 unidades ponderadas, ou ainda um enfermeiro para cada 350 famílias.

Neste contexto prático, considero que minha atuação contribuiu para a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e fortalecendo a articulação entre os diversos profissionais da equipa multiprofissional. Adaptei o meu estilo de liderança e ajustei a administração de recursos às especificidades de cada situação, visando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, pude desenvolver e aplicar habilidades de gestão que considero essenciais para um atendimento de excelência e para o desenvolvimento contínuo da prática de enfermagem no contexto da saúde familiar e comunitária.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste campo de atuação, torna-se indispensável a realização de uma análise profunda das capacidades e competências do enfermeiro, com atenção especial para a identificação dos seus pontos fortes e fragilidades. Este processo envolve e revela a capacidade de autoconhecimento, um pilar fundamental na prática de enfermagem, que reconhece a importância de como o próprio ser do enfermeiro influencia na construção de relações terapêuticas e na colaboração com equipas multiprofissionais. A prática de enfermagem requer não apenas conhecimentos técnicos, mas também a compreensão da própria dimensão pessoal do profissional e de como esta interage com a presença do Outro, seja em contextos clínicos específicos, no ambiente organizacional ou no desempenho do papel profissional.

Neste sentido, o enfermeiro especialista é capaz de utilizar o autoconhecimento para identificar fatores que podem interferir nas suas interações, seja com o utente ou com a equipa multidisciplinar. Através desse processo, ele consegue gerir as suas particularidades ao moldar e ajustar as suas abordagens nos processos de cuidado, o que facilita a criação de uma relação de ajuda mais efetiva e ajustada às necessidades de cada situação. Este autoconhecimento permite também que o enfermeiro reconheça tanto os seus recursos como suas limitações

peçoais e profissionais, sendo capaz de se posicionar de maneira equilibrada e assertiva nas interações, sempre atento para alinhar a sua autoimagem com a percepção dos demais. Além disso, o enfermeiro desenvolve uma competência emocional que lhe permite gerir os seus sentimentos e reações em momentos de pressão, antecipar possíveis conflitos e utilizar técnicas de resolução de conflitos de forma eficaz, promovendo uma resposta prática e eficiente em qualquer situação.

Ao mesmo tempo, o enfermeiro especialista é responsável por consolidar o processo de tomada de decisão e suas intervenções clínicas com base em conhecimento atualizado, relevante e validado cientificamente. Isto confere-lhe o papel de facilitador nos processos de aprendizagem e um agente ativo na investigação, o que implica não apenas atuar como formador dentro do ambiente de trabalho, mas também identificar e diagnosticar necessidades de formação entre os membros da equipa, gerir programas educativos e ferramentas de capacitação, promovendo um ambiente de aprendizagem constante e incentivando o desenvolvimento das habilidades e competências dos colegas de profissão. Além disso, ele avalia continuamente o impacto das formações, posicionando-se como uma figura que dinamiza e orienta a incorporação do novo conhecimento na prática de cuidados, sempre com o objetivo de promover ganhos reais na saúde dos cidadãos. Na sua atuação, o enfermeiro especialista identifica lacunas no conhecimento existente e deteta oportunidades para investigação que possam trazer avanços relevantes. Participa e colabora em estudos, organiza e divulga resultados de evidências que beneficiem o desenvolvimento da enfermagem e discute as implicações descritas nas pesquisas para a prática clínica, contribuindo assim para a gênese de novos conhecimentos e para a qualificação da prática clínica especializada.

Em qualquer ambiente clínico, a orientação e a interação do estudante com profissionais experientes são indispensáveis para que este desenvolva conhecimentos, habilidades técnicas e atitudes que irão moldar o seu profissionalismo e sua identidade no campo da enfermagem. Essa orientação deve facilitar a aplicação e mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação e dos saberes que emergem na prática. No meu caso específico, a integração e adaptação ao ensino clínico foi fácil, pois pude contar com o apoio, acolhimento e aceitação da equipa da USF Távora, o que me permitiu uma boa adaptação tanto como estudante de mestrado quanto como colega de trabalho. Notei, na prática, que a equipa mantinha uma relação de respeito mútuo e reconhecimento pelo papel de cada membro, estabelecendo uma base sólida de confiança profissional, onde a troca de ideias e opiniões era incentivada e as divergências de opinião eram respeitadas, tudo com um objetivo em comum: prestar o melhor cuidado possível

aos utentes. Estes fatores foram fundamentais não só para a minha formação, mas também para aprimorar a qualidade da prestação de cuidados que oferecemos.

Como já mencionado, o enfermeiro especialista deve ter sempre em mente a importância do desenvolvimento constante, bem como da atualização e formação contínua, fundamentando a sua prática em evidências científicas sólidas e documentadas, e partilhando, sempre que possível, esse conhecimento com os seus colegas, para enriquecer o ambiente de trabalho e fomentar o desenvolvimento de competências em toda a equipa. (Ordem dos Enfermeiros, 2009) Ao longo da minha experiência, mantive o compromisso de indagar informações através de pesquisas bibliográficas e nas trocas de experiências com os enfermeiros da equipa, bem como, com outros profissionais do serviço, o que me permitiu não apenas ampliar o meu conhecimento, mas também fortalecer a minha capacidade de articular e integrar diversos saberes na prática especializada de enfermagem, enriquecendo significativamente o meu processo de aprendizagem.

A participação em formações específicas e a realização de trabalhos práticos, além do desenvolvimento de um trabalho de investigação, abordado neste relatório, foram elementos fundamentais para adquirir e desenvolver uma quantidade considerável de novos conhecimentos científicos. Estes conhecimentos revelaram-se essenciais no meu processo de crescimento como futura enfermeira especialista, proporcionando-me bases sólidas para uma prática clínica especializada pautada em padrões rigorosos e validados de conhecimento. Assim, considero ter aprimorado o meu autoconhecimento e a minha assertividade, permitindo-me construir uma prática profissional mais informada e competente, que valoriza tanto o conhecimento técnico como as competências emocionais e relacionais fundamentais no cuidado em saúde.

4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar tem ganhado um destaque importante em Portugal, especialmente diante das mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas que afetam a população. O enfermeiro especialista nesta área atua além do atendimento individual, focando-se no cuidado da comunidade como um todo e reconhecendo o contexto social, cultural e familiar dos indivíduos. Esta abordagem é essencial para promover a saúde e prevenir doenças

num âmbito coletivo, ao mesmo tempo que considera as especificidades de cada família e as suas dinâmicas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar é um profissional altamente qualificado, que possui competências técnicas e relacionais fundamentais para atuar nas diferentes etapas do ciclo de vida dos indivíduos e das suas famílias. A sua atuação é centrada em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, gestão de casos e intervenção precoce, desempenhando um papel fundamental no Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, principalmente em Unidades de Saúde Familiar (USF).

Entre as competências específicas deste especialista estão a realização de diagnósticos de saúde comunitária, a elaboração de planos de intervenção para grupos específicos e a implementação de programas de educação para a saúde. Ele deve também ser capaz de coordenar e gerir cuidados em contextos variados, como ambientes urbanos e rurais, e adaptar as suas intervenções conforme as necessidades da população-alvo. Outro ponto crucial é a capacidade de desenvolver políticas de saúde a nível local, colaborando com outros profissionais da saúde e mobilizando recursos comunitários para garantir uma resposta integrada e eficiente aos requisitos da saúde pública.

Neste sentido, a atuação do EEECESF não contribui apenas para o fortalecimento da saúde das famílias e das comunidades, mas também desempenha um papel essencial no aperfeiçoamento da saúde pública em Portugal, com impacto direto na qualidade de vida da população.

Na Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, a integral e personalizada atenção à família e a gestão eficaz de recursos para o cuidado são objetivos específicos fundamentais, que definem o papel do enfermeiro especialista nesta área. Cada um destes objetivos reflete a missão central da enfermagem comunitária em Portugal, promover uma saúde inclusiva, eficiente e sustentada ao longo do ciclo de vida dos indivíduos e das suas famílias, respeitando a complexidade das relações familiares e sociais.

A primeira competência, definida pelo Regulamento n.º 428/2018, diz-nos que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem da Saúde Familiar (EEECESF), *cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um de seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção* destaca assim, a importância de uma abordagem centrada na família. Este cuidado engloba intervenções de promoção, prevenção e tratamento ao longo de todas as etapas da vida, reconhecendo que a

saúde de cada pessoa é interdependente e influenciada pelo contexto familiar. Ao focar-se na família como unidade, o enfermeiro especialista/enfermeiro de família (EF) procura fortalecer os vínculos familiares, melhorar a capacidade de resposta a situações de saúde e doença, e garantir que cada membro receba o suporte necessário em cada fase da sua vida.

A segunda competência, diz-nos que o EEECESF/EF *lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar* fazendo a gestão, articulação e mobilização dos recursos necessários para prestar cuidados à família. Neste contexto, o enfermeiro especialista atua como um gestor de cuidados, vinculando as famílias com serviços e recursos comunitários que melhor atendam às suas necessidades específicas. Isso inclui a articulação com redes de apoio locais, como serviços de saúde, assistência social, educação e outros recursos comunitários, visando garantir um atendimento holístico e coordenado.

Estas duas competências específicas (que se dividem em várias unidades de competência), enquanto complementares, refletem as dimensões técnica e relacional da enfermagem comunitária e de saúde familiar. Enquanto a primeira se centra na atenção direta à saúde familiar ao longo do ciclo de vida, a segunda foca-se na gestão de recursos para assegurar que os cuidados sejam contínuos, integrados e personalizados.

Durante o estágio na Unidade de Saúde Familiar Távora, participei ativamente em todas as atividades da carteira de serviços da USF, colaborando com a equipa multidisciplinar e contribuindo para o desenvolvimento e implementação de ações direcionadas à promoção da saúde e ao cuidado integral dos utentes. Foquei-me intensivamente no papel vital que a família desempenha na gestão terapêutica da pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), reconhecendo a família como o principal apoio para o doente no seu dia-a-dia e um elemento central para o sucesso do tratamento. A complexidade desta doença crónica e progressiva exige uma abordagem cuidadosa, que vá além da gestão dos sintomas do doente, e envolva a família como um todo, capacitando-a a lidar com as dificuldades e nas transições que inevitavelmente surgem.

No decurso do estágio como enfermeira em formação para especialista em enfermagem de saúde familiar, dediquei-me a desenvolver competências essenciais que me permitissem estabelecer uma relação eficaz com as famílias, promovendo a saúde, prevenindo doenças e gerindo situações complexas. Neste contexto, para dar resposta à unidade de competência *“Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”*, foi essencial e uma prioridade desde o início, a construção de uma relação de confiança.

Ao entrar em contato com as famílias, procurei que a minha abordagem fosse sempre centrada nas necessidades específicas de cada uma, procurando criar um ambiente de acolhimento, confiança, empatia e colaboração, onde cada membro se sentisse seguro para expressar as suas preocupações e dúvidas em relação à condição do doente.

Procurei compreender as dinâmicas, valores e preocupações, adaptando as intervenções às suas particularidades. Muitas famílias apresentavam sentimentos de ansiedade e, em alguns casos, de impotência ao enfrentar a gravidade da doença e a dependência do doente nos cuidados diários. Compreendendo o impacto emocional desta situação, iniciei cada acompanhamento com uma escuta ativa e empática, procurando validar as experiências de cada familiar, ao mesmo tempo que procurava reforçar o papel fundamental que desempenham no bem-estar do doente.

As consultas na USF e as visitas domiciliárias que realizei em diversos contextos, abrangendo desde a promoção da saúde até o acompanhamento de situações clínicas específicas, permitiram-me interagir diretamente com as famílias, avaliando as condições de saúde e os cuidados necessários para melhorar o bem-estar dos utentes. Ao longo dessas experiências, pude perceber a importância do cuidado personalizado e da relação de confiança estabelecida entre o profissional de saúde e o utente no contexto familiar. Essas visitas domiciliárias foram fundamentais para a avaliação contínua dos utentes, especialmente no que diz respeito ao ambiente familiar e social, e permitiram uma compreensão mais aprofundada das necessidades de saúde da comunidade.

No que respeita as visitas domiciliarias em contexto do estudo, estas foram momentos fundamentais para observar o contexto real em que as famílias viviam, identificar barreiras e oportunidades para a promoção da saúde e adaptar estratégias que fossem práticas e eficazes. Foram espaços onde pude orientar e educar os familiares sobre a DPOC, explicando o curso da doença, as suas complicações e o impacto dos fatores ambientais e comportamentais, como o fumo, a poluição e o clima. Uma das estratégias que utilizei foi promover o diálogo familiar como ferramenta para definir objetivos de saúde futuros. Realizei sessões educativas (muitas vezes em grupo, para fomentar a comunicação entre os membros da família) onde abordámos desde os cuidados com a medicação e a utilização correta dos inaladores, orientações sobre o reconhecimento precoce dos sinais de agudização (como aumento da dispneia e tosse), hábitos alimentares saudáveis e até exercício físico, garantindo sempre que todos se sentissem ouvidos e envolvidos no processo. Através destas atividades, ajudei a fortalecer a capacidade dos

familiares em identificar mudanças no estado de saúde do doente e em agir de forma preventiva, evitando situações de emergência que poderiam agravar ainda mais a sua condição.

Estimular a família na concretização destes objetivos foi outro foco central do meu trabalho. Considerei sempre o ponto de vista dos membros da família, reconhecendo a sua autonomia e respeitando as suas decisões. Incentivei a participação ativa de todos na definição de prioridades, ajudando-os a perceber como pequenos passos podiam contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

Reforcei os pontos fortes das famílias, destacando as suas capacidades e os recursos que já possuíam no âmbito da saúde. Por exemplo, quando uma família demonstrava grande capacidade de organização ou resiliência, fazia questão de reconhecer isso e de os encorajar a aplicarem essas forças noutras áreas da sua vida. Esta abordagem permitiu aumentar a autoestima e a motivação das famílias para enfrentarem desafios de forma mais eficaz.

Finalmente, trabalhei lado a lado com as famílias para conceber planos de ação que fossem realistas e atingíveis. Estes planos incluíam metas específicas, como o aumento da prática de atividade física, o estabelecimento de horários regulares para refeições saudáveis ou a melhoria da adesão à terapêutica e a tratamentos médicos (Gestão do Regime Terapêutico). O processo foi sempre colaborativo, garantindo que as famílias compreendessem os objetivos e os passos necessários para os alcançar.

No que diz respeito à competência “*Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família*”, foquei-me em desenvolver competências essenciais para a colheita de dados pertinentes ao estado de saúde das famílias, garantindo uma abordagem sistemática e abrangente. Esta tarefa foi realizada com base em ferramentas, métodos de observação e um profundo respeito pelas particularidades de cada família.

Durante as avaliações iniciais e ao longo do acompanhamento, realizei um levantamento detalhado das condições de saúde (fatores de risco e proteção familiar). A primeira etapa foi solicitar o histórico familiar e hereditário de forma estruturada. Nessas entrevistas, procurei compreender a composição e estrutura da família, bem como identificar sintomas atuais e fatores de risco ambientais que pudessem afetar o estado de saúde. Por exemplo, avaliei questões como exposição a ambientes insalubres, antecedentes de doenças genéticas ou crónicas, e hábitos de vida que pudessem influenciar a saúde geral, recorrendo à matriz do MDAIF para esta avaliação.

Para complementar essas informações, integrei dados provenientes de várias fontes (com recurso ao SClínico). Durante as interações familiares, observei atentamente não apenas a comunicação verbal, mas também a linguagem não verbal, que frequentemente revela tensões ou preocupações implícitas. As dinâmicas familiares, como o apoio mútuo ou os desafios na comunicação, foram registadas como parte integral da avaliação.

Outra abordagem fundamental foi a utilização de instrumentos de avaliação familiar, como o Genograma, Ecomapa e algumas Escalas. Estes instrumentos ajudaram-me não só a entender as condições de saúde da família, como a mapear as relações entre os membros da mesma, a identificar redes de apoio externas, bem como, perceber o bem-estar emocional da família, identificando não apenas as necessidades físicas do doente, mas também as dinâmicas familiares que poderiam influenciar o processo de cuidado. Cada membro da família foi visto como parte ativa do cuidado, e foi considerado o impacto emocional e físico da tarefa de cuidar sobre os cuidadores, especialmente aqueles que tinham um envolvimento direto e diário com o doente. Observei que a DPOC muitas vezes impõe uma grande carga sobre os familiares, que passam a lidar não só com as limitações físicas do doente, mas também com o impacto psicológico, como a ansiedade e o isolamento social que frequentemente surgem. A partir desses dados, foi possível adaptar as intervenções para atender tanto ao bem-estar do doente quanto ao suporte dos cuidadores.

Paralelamente, dediquei-me a identificar as crenças e a cultura familiar, procurando compreender como estas influenciavam decisões de saúde e respostas a desafios. Respeitei as tradições e os valores familiares, ajustando as intervenções para serem culturalmente sensíveis e eficazes. Por exemplo, em famílias com fortes crenças religiosas, integrei essas dimensões nas estratégias de cuidado e educação para a saúde.

Outro aspeto importante foi avaliar a capacidade da família para se manter unida em momentos de transição ou stress. Durante as visitas e consultas, explorei como os membros se apoiavam mutuamente, identificando recursos internos e externos que podiam facilitar processos de mudança. Quando necessário, promovi orientações para fortalecer a coesão e a resiliência da família face aos desafios (dando a ideia de prática de rituais, como, almoços e passeios em família).

Finalmente, procurei identificar pontos fortes e fracos na resposta familiar a transições de vida, como o diagnóstico de uma doença crónica. Sempre que encontrava dificuldades, oferecia suporte e orientações para ajudar a família a superar essas barreiras, realçando os seus recursos internos e promovendo a adaptação.

Este processo estruturado e sensível permitiu-me recolher informações completas e relevantes, garantindo uma base sólida para intervenções personalizadas e eficazes. Foi uma experiência enriquecedora que consolidou a minha capacidade de avaliação e reforçou o meu compromisso com a prática centrada na família.

No que concerne à competência “*Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas,*” concentrei-me em monitorizar as respostas do doente e da família às intervenções implementadas, bem como, a diferentes condições de saúde e de doença, especialmente em situações complexas. Para tal, mobilizei conhecimentos de enfermagem e de outras ciências, adotando uma abordagem holística e fundamentada.

Uma das primeiras etapas foi integrar conhecimentos provenientes de áreas como a psicologia, a sociologia e a fisiopatologia, para fundamentar as decisões de enfermagem. Por exemplo, na situação de doença crónica num dos membros da família (DPOC), considerei não apenas os aspetos clínicos, mas também as implicações emocionais e sociais que essa condição tinha sobre o restante núcleo familiar.

Analisar o histórico familiar foi uma prática constante e essencial. Examinei as relações entre os membros da família, os padrões de interação e as respostas habituais perante situações de stress ou adversidade. Este trabalho permitiu-me identificar dinâmicas que podiam ser um recurso valioso ou, pelo contrário, um fator de risco. Registei, por exemplo, casos em que a sobrecarga emocional recaía sobre um único cuidador e propus estratégias de redistribuição de responsabilidades.

Adicionalmente, considerei a influência das etapas de desenvolvimento tanto da família como dos seus membros individuais. Avaliei as adaptações necessárias para lidar com limitações físicas ou cognitivas. Em todas as intervenções, respeitei as crenças culturais e espirituais das famílias, reconhecendo como estas moldavam a forma como encaravam a saúde e a doença.

Outro aspeto crítico foi avaliar o impacto dos fatores ambientais e dos recursos disponíveis na resposta familiar a situações complexas. Identifiquei, por exemplo, famílias com limitações financeiras ou sociais significativas e articulei com instituições locais (CM, Aldeias Humanitar, SCM) para garantir acesso a apoios, como consultas, medicamentos ou apoio domiciliário (caso viesse a ser necessário).

Além disso, investi tempo na avaliação do estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família e o meio ambiente. Numa situação em que um membro da família ficou acamado

(devido a uma queda), identifiquei como o espaço físico da habitação poderia ser reorganizado para facilitar os cuidados. Em paralelo, observei como os restantes membros interagem e adaptavam a dinâmica familiar para apoiar o doente.

No caso de doentes em estado mais avançado de DPOC, com grande dependência, percebi rapidamente que o cuidado não se restringe apenas à pessoa doente, mas envolve também a capacitação da família como um todo e de cada um dos seus membros. A família assume um papel fundamental no cuidado diário, sendo muitas vezes a principal fonte de apoio emocional e físico para o utente. Por isso, ao longo do estágio, procurei transmitir informações claras e adequadas à família sobre a DPOC, as suas implicações e as necessidades específicas do utente. Envolvi os membros familiares no processo de capacitação, explicando-lhes como monitorizar os sintomas, administrar medicamentos corretamente e, quando necessário, implementar exercícios de reabilitação respiratória.

Além disso, dei particular atenção à promoção do autocuidado na família. Sabia que, ao cuidar do utente, a saúde e o bem-estar dos outros membros da família também eram essenciais para garantir a continuidade do cuidado de forma eficaz. Assim, incentivei a adoção de práticas de autocuidado que favorecessem tanto o apoio mútuo como a gestão do stress emocional (através do Estabelecimento de Rotinas de Cuidado Combinadas; de Técnicas de Relaxamento e Mindfulness; de Comunicação Aberta e Suporte Emocional; de Apoio Mútuo e Planeamento de Cuidados; e de Atividades de Lazer e Recreação), promovendo também a procura de um equilíbrio saudável entre o cuidado do doente e o cuidado pessoal de cada membro. Este processo de capacitação familiar permitiu-me observar que famílias bem preparadas tendem a ser mais resilientes e aptas a fornecer um ambiente positivo para o utente, o que, sem dúvida, facilita a adaptação e o enfrentamento dos desafios diários impostos pela DPOC. Assim, a minha intervenção focou-se não só no cuidado ao doente, mas também no cuidado à família enquanto um sistema integrado, proporcionando-lhes ferramentas e conhecimentos para gerir as dificuldades de forma colaborativa e eficaz.

Realizei ainda, visitas de acompanhamento regulares para avaliar a eficácia do plano terapêutico, com especial atenção para o uso de oxigenoterapia, a prática de exercícios respiratórios e a adesão ao regime medicamentoso. Além disso, avaliei também as respostas emocionais da família, especialmente em períodos de agravamento da doença, quando a carga emocional e prática tende a aumentar. Esse acompanhamento contínuo permitiu-me ajustar as orientações e oferecer apoio adicional, colaborando para minimizar o impacto de momentos de maior dificuldade e reforçar a resiliência da família.

Este estágio foi uma oportunidade ímpar para aprofundar a compreensão das respostas familiares em situações de saúde e de doença complexas, desenvolvendo intervenções personalizadas e sustentadas. A prática de mobilizar conhecimento interdisciplinar, associada à avaliação contínua e adaptativa, consolidou o meu compromisso com uma enfermagem de saúde familiar integral e focada nas reais necessidades das famílias.

Relativamente à competência, “*Desenvolve uma prática de enfermeiro de família baseada na evidencia científica*”, pautei a minha prática de enfermagem de saúde familiar nas evidências científicas mais recentes, garantindo que as intervenções fossem eficazes, adequadas e centradas nas necessidades reais do doente e das famílias.

Durante o estágio a minha prática envolveu a aplicação de modelos de avaliação e intervenção familiar e o uso de teorias que reconhecem a família como um sistema complexo. Ao atuar como enfermeira especialista em saúde familiar, utilizei uma abordagem holística, considerando tanto os aspetos individuais dos membros da família como as dinâmicas relacionais que influenciam o funcionamento do sistema familiar.

O modelo de Calgary, amplamente adotado pelo International Council of Nurses (ICN), foi fundamental na minha prática (uma vez que é também aquele que é adotado pela plataforma de registos SClínico, presente na USF) e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), pois permitiram realizar uma avaliação abrangente das famílias, considerando as suas interações, contextos e recursos internos. O modelo de Calgary integra a teoria dos sistemas, da cibernética, da comunicação e a teoria da mudança, elementos que foram essenciais para compreender e intervir nas transições familiares complexas. Através da aplicação desta ferramenta, fui capaz de identificar e analisar os padrões de interação familiar, avaliando a forma como as famílias lidavam com as mudanças e como os membros interagiam entre si, promovendo a adaptação saudável aos desafios que surgiam ao longo do tempo.

Ao longo do estágio, tive ainda em conta, o modelo de forças, adotado pela Associação Internacional dos Enfermeiros de Família, que se centra nas forças internas da família, no seu poder de adaptação e nas suas estratégias para manter a coesão e o bem-estar. Este modelo ajudou a perceber que a família não é um sistema passivo, mas sim uma entidade dinâmica, capaz de mobilizar os seus próprios recursos para superar as dificuldades e transições, como por exemplo, a chegada de um novo membro da família, doenças crónicas, ou outras situações que possam alterar a rotina familiar.

Tive ainda sempre presente, a Teoria Geral dos Sistemas para entender como as alterações num dos membros da família afetam o sistema como um todo. A teoria dos sistemas ajudou-me a perceber que a mudança não ocorre isoladamente, mas que há uma interdependência entre os membros da família, e que qualquer intervenção ou alteração no comportamento de um membro pode ter um impacto significativo no funcionamento e equilíbrio do sistema familiar. A Teoria das Transições foi igualmente relevante, pois possibilitou a análise das transições que as famílias vivenciam ao longo da sua trajetória, ajudando a identificar os períodos de crise ou de adaptação que exigem maior suporte e intervenção.

A prática baseada na evidência foi essencial para orientar a minha intervenção, pois permitiu-me utilizar os melhores dados disponíveis para apoiar os diagnósticos, intervenções e cuidados centrados na família. Com base nesta abordagem, consegui promover a coesão familiar, ajudando a fortalecer os recursos internos da família e a sua capacidade de adaptação às transições, favorecendo a promoção de um ambiente de saúde e bem-estar para todos os membros da família.

Através desta prática, pude observar como a utilização integrada desses modelos e teorias não só facilita a avaliação das necessidades das famílias, mas também proporciona uma base sólida para a intervenção, promovendo a mudança e a adaptação das famílias em situações de transição, enquanto mantém a sua coesão e bem-estar.

Para além do explanado, também participei em sessões de formação e de discussões de caso com a equipa da USF, onde discutimos abordagens específicas para a gestão da DPOC e explorámos técnicas de intervenção baseadas em dados científicos, como o uso da entrevista motivacional. Esta técnica, por exemplo, revelou-se eficaz para melhorar a adesão ao tratamento, ajudando os familiares a compreenderem melhor o papel de cada ação no controle da doença e motivando-os a manter os cuidados necessários no dia-a-dia. Para além disso, utilizei uma abordagem de cuidados centrada na família, respeitando as suas características, crenças e dinâmicas, e reforçando sempre o valor e a importância da participação ativa de cada membro no processo.

Este processo envolveu não só a capacitação das famílias, como a criação de um ambiente de diálogo e colaboração, e também a integração de um pensamento crítico e sistemático na tomada de decisões.

Para capacitar as famílias na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde, trabalhei em conjunto com elas na identificação de prioridades e objetivos realistas. Por exemplo, com uma família que enfrentava dificuldades em gerir a doença crónica (DPOC) e degenerativa (doença de Alzheimer) de um dos seus membros, ajudámos a estabelecer metas progressivas, como melhorar a adesão ao tratamento ou criar rotinas saudáveis, sempre com base em recomendações científicas e práticas adaptadas ao seu contexto.

Criei um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis, como o impacto emocional da doença crónica (DPOC) ou as preocupações com a sobrecarga de cuidados. Durante estas conversas, mantive uma postura empática e sem fazer juízos de valor, incentivando a partilha aberta e respeitando o ritmo de cada membro da família. Este espaço de confiança revelou-se essencial para identificar preocupações ocultas e trabalhar soluções em conjunto.

Utilizei um pensamento sistemático e crítico para compreender as famílias de forma abrangente e identificar os focos de intervenção prioritários. Durante as visitas domiciliárias e os momentos de avaliação, procurei não só analisar as questões apresentadas pela família, mas também identificar fatores subjacentes que pudessem estar a influenciar a sua saúde. Por exemplo, ao lidar com uma família em que um dos membros apresentava sinais de stress, investiguei padrões de interação e possíveis fatores externos, como dificuldades económicas ou isolamento social.

Analisei como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciavam os cuidados. Reconheci, por exemplo, que em famílias numerosas, os papéis assumidos por cada membro podiam facilitar ou dificultar a gestão de situações de doença. A partir dessa análise, propus estratégias para melhorar a organização e comunicação interna, respeitando sempre a autonomia familiar.

Por fim, trabalhei em estreita colaboração com as famílias para desenvolver planos de cuidados alinhados com os seus objetivos e baseados na evidência científica. Para tal, articulei com outros profissionais de saúde e recorri a *guidelines* atualizadas, garantindo que as intervenções eram seguras e eficazes. Estes planos incluíram desde mudanças no estilo de vida a ajustes na gestão de medicação, sempre com o envolvimento ativo dos membros da família.

Estas atividades e pesquisas proporcionaram-me a oportunidade de integrar conhecimento científico com práticas centradas na família, reforçando a importância de uma abordagem colaborativa e informada. Estou confiante de que esta experiência consolidou a

minha capacidade para oferecer cuidados de saúde familiar de elevada qualidade, sustentados pela melhor evidência disponível.

No que toca à competência *“Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”*, desenvolvi competências para intervir de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar das famílias, especialmente em situações complexas como a necessidade de novos equipamentos de suporte respiratório em casa. Para ajudar a família a lidar com essas situações, realizei sessões de orientação sobre os cuidados específicos com o uso de oxigénio e os procedimentos de higienização dos equipamentos, visando minimizar riscos de infeções respiratórias, que são frequentes em doentes com DPOC. Compreendi que essas situações podem ser desafiantes, especialmente para familiares que assumem o papel de cuidadores sem terem experiência prévia na área da saúde.

Este processo envolveu a implementação de estratégias de diálogo, motivação e colaboração, sempre com base em evidências científicas e numa abordagem holística.

Ao longo do estágio, assumi uma postura proativa, procurando sempre antecipar as necessidades da família e do doente, e envolvi-me ativamente nas reuniões da equipa, onde discutíamos cada caso de forma detalhada. Essa colaboração permitiu-me ajustar continuamente o plano de cuidados, adaptando-o à evolução do doente e às mudanças nas capacidades e disponibilidade dos cuidadores. Além disso, registei cada intervenção e as respostas observadas da família e do doente no sistema de monitorização da USF, documentando detalhadamente as observações e os resultados de cada ação. Essa formalização não permitiu apenas uma avaliação crítica e sistemática dos cuidados prestados, mas também possibilitou ajustes precisos, conforme as necessidades da família iam mudando.

Promovi o diálogo com as famílias para facilitar a consecução dos seus objetivos. Estabeleci momentos regulares de comunicação aberta, incentivando os membros da família a partilharem as suas preocupações, expectativas e prioridades.

Utilizei estratégias e técnicas motivacionais na interação com as famílias, como a escuta ativa e a validação emocional, para estimular o compromisso com mudanças positivas. Recorri frequentemente à técnica de entrevista motivacional para ajudar a família a superar resistências e reforçar a sua confiança na capacidade de implementar alterações nos seus hábitos e rotinas.

Codesenvolvi e avaliei intervenções de enfermagem em conjunto com as famílias, focando-me nas transições complexas de saúde. A avaliação contínua permitiu ajustar as intervenções com base nos resultados observados e no feedback da família.

Incorporei respostas comportamentais, biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas das famílias nas intervenções e integrei investigação e evidências clínicas nas intervenções, garantindo que as práticas implementadas estavam alinhadas com as recomendações mais recentes e eficazes.

Desenvolvi com as famílias formas de resolver conflitos e lidar com emoções difíceis. Em situações de tensão, como a divisão de responsabilidades de cuidados, promovi mediação e orientação para que os membros da família pudessem chegar a acordos que respeitassem as suas capacidades e limitações.

Garanti a segurança e a qualidade dos cuidados implementados, monitorizando continuamente as condições da família e ajustando as intervenções quando necessário. Também promovi ambientes seguros e saudáveis, orientando as famílias na diminuição de fatores de risco ambientais, como a melhoria das condições de habitação (mostrando a importância de uma boa ventilação dos espaços habitacionais em especial a cozinha para as famílias que possuíam lareira) ou a eliminação de hábitos prejudiciais, como o tabagismo (no caso de um dos doentes de DPOC, que abandonou completamente o uso do tabaco durante a intervenção familiar até à presente data, o que considero ter sido um dos seus e meus (enquanto enfermeira estagiária, para este utente), maiores ganhos em saúde).

Este estágio permitiu-me integrar múltiplas dimensões do cuidado, assegurando que as intervenções eram eficazes e adaptadas à complexidade de cada situação. A experiência fortaleceu a minha capacidade de promover o bem-estar das famílias, mesmo em contextos desafiantes, sempre com um enfoque na segurança, qualidade e colaboração. Desta forma, o estágio proporcionou-me uma experiência rica e profunda sobre o papel da família na gestão terapêutica do doente com DPOC, mostrando que o envolvimento familiar pode ser o fator determinante para o sucesso do tratamento e a manutenção da qualidade de vida do doente. Ao capacitar a família para responder às necessidades do doente e ao promover um ambiente de cuidado em parceria, pude contribuir para um sistema de suporte onde a gestão terapêutica fosse eficaz e adaptada às transições e desafios diários impostos pela DPOC.

Já na competência *“Facilita a resposta da família em situações de transição complexa”*, trabalhei para facilitar a resposta das famílias em situações de transição complexa. Este trabalho envolveu promover a partilha, a conscientização e o fortalecimento das relações familiares, assim como a articulação com recursos e a documentação do processo de cuidados.

Encorajei as famílias a partilharem as suas histórias como ponto de partida para a intervenção. Este momento permitiu que expressassem livremente as suas experiências, preocupações e expectativas, ajudando-me a compreender o seu contexto único. Essa partilha também foi uma forma de criar empatia e estabelecer uma relação de confiança.

Promovi o processo de conscientização das famílias, ajudando-as a identificar as suas forças e oportunidades de crescimento e mudança. Utilizei técnicas de reforço positivo para destacar as capacidades já existentes, como a resiliência e a união, e orientei-as na exploração de novas formas de enfrentar os desafios.

Identifiquei e analisei na dinâmica familiar os fatores que suportavam, mantinham ou criavam dificuldades. Por exemplo, em situações em que havia conflitos sobre a divisão de responsabilidades, trabalhei para melhorar as relações de apoio, sugerindo práticas de comunicação mais eficazes e promovendo a empatia entre os membros.

Procurei compreender a dinâmica entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde, identificando como estas interações poderiam influenciar a mudança. Para isso, articulei com recursos comunitários, como serviços sociais e associações locais, que poderiam ajudar a suprir lacunas e facilitar o acesso aos cuidados necessários.

Dei feedback às famílias de forma sistemática, sempre centrada nos seus pontos fortes. Reconhecer os progressos e destacar as suas capacidades mostrou-se uma estratégia motivadora e encorajadora, reforçando a autoconfiança das famílias na sua capacidade de adaptação.

Realizei discussões regulares com as famílias para avaliar o progresso face aos seus objetivos de saúde. Estes momentos foram utilizados para analisar desafios, celebrar conquistas e ajustar planos conforme necessário. Incentivei o feedback das famílias, o que ajudou a garantir que as intervenções permanecessem alinhadas às suas necessidades.

Por fim, documentei o processo de cuidados de forma sistemática, integrando aspetos da saúde, da dinâmica familiar e do ambiente. Este registo completo permitiu uma visão holística do progresso das famílias e serviu como base para intervenções futuras.

Este estágio proporcionou-me uma experiência valiosa na facilitação da adaptação das famílias a transições complexas, reforçando a minha capacidade de promover intervenções centradas na família e baseadas em evidências.

No que à competência *“Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar”*, diz respeito, procurei envolver-me de forma ativa e intencional

na prática, com o objetivo de melhorar continuamente o meu desempenho e contribuir para a saúde das famílias de forma eficaz e baseada em padrões de qualidade.

Procurei orientação junto da enfermeira orientadora e de colegas mais experientes, aproveitando momentos de supervisão e feedback para identificar áreas de melhoria. Estas sessões foram essenciais para aperfeiçoar as minhas abordagens, compreender melhor as dinâmicas familiares e aplicar estratégias mais eficazes.

Avaliei continuamente a minha prática enquanto Enfermeira de Família. Após cada interação com as famílias, refletia sobre os métodos utilizados, os resultados alcançados e as áreas que poderiam ser ajustadas. Esta análise sistemática permitiu-me identificar padrões de sucesso e oportunidades para adaptação.

Refleti sobre as interações enfermeiro/família, avaliando a sua efetividade no progresso familiar e nos resultados obtidos. Por exemplo, após implementar uma intervenção para melhorar a comunicação entre os membros de uma família, analisei a resposta da família e os impactos dessa melhoria no seu bem-estar geral. Estes momentos de reflexão ajudaram-me a ajustar a minha abordagem, garantindo que as minhas intervenções fossem adequadas e relevantes.

Prestei cuidados de enfermagem de saúde familiar em conformidade com os padrões preconizados, alinhando-me com as melhores práticas e as diretrizes estabelecidas. Este compromisso com a qualidade assegurou que as minhas intervenções fossem éticas, seguras e eficazes.

Promovi o meu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, participando em formações, lendo literatura científica atualizada e envolvendo-me em discussões com colegas e supervisores. Este esforço garantiu que as minhas competências estivessem sempre alinhadas com os avanços na área da enfermagem de saúde familiar.

Demonstrei competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica, partilhando com os colegas as reflexões sobre casos complexos e as estratégias utilizadas. Este trabalho colaborativo contribuiu para enriquecer o conhecimento coletivo da equipa e para a melhoria das práticas.

Colaborei com colegas na resolução de problemas mais complexos, discutindo casos que exigiam uma abordagem multidisciplinar ou que envolviam desafios significativos. Esta troca de ideias e experiências foi fundamental para encontrar soluções inovadoras e eficazes.

Todas estas experiências representaram uma oportunidade valiosa para consolidar o meu compromisso com uma prática intencional e de elevada qualidade em enfermagem de saúde familiar. Ao integrar reflexão, aprendizagem contínua e colaboração, julgo ter desenvolvido competências essenciais para um desempenho profissional competente e centrado nas necessidades das famílias.

Para dar resposta à competência “*Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem*”, foquei-me na formalização da monitorização e avaliação das respostas das famílias às intervenções de enfermagem. Este processo estruturado permitiu-me garantir que os cuidados prestados eram eficazes e alinhados com os objetivos das famílias, bem como identificar áreas de melhoria.

Criei momentos específicos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados. Realizei perguntas simples e conversas informais como ferramentas para recolher feedback das famílias sobre a qualidade do acompanhamento e da sua perceção da utilidade das intervenções. Estes momentos foram essenciais para fortalecer a relação terapêutica e ajustar a minha abordagem conforme necessário.

Avaliei regularmente a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares. Por exemplo, na gestão de doenças crónicas (DPOC), analisei indicadores como a adesão ao plano terapêutico, as mudanças nos hábitos de vida e a melhoria na comunicação familiar. Sempre que os resultados não estavam de acordo com o esperado, reavaliava as estratégias implementadas e planeava ajustes em colaboração com a família.

Integrei investigação e evidência científica no planeamento e monitorização dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. Recorri a *guidelines* atualizadas e estudos recentes para fundamentar as minhas intervenções e para orientar as famílias nas melhores práticas disponíveis. Esta abordagem não só aumentou a eficácia das intervenções, mas também reforçou a confiança das famílias na qualidade do apoio prestado.

O foco na formalização da monitorização e avaliação durante o estágio foi fundamental para promover uma prática de enfermagem mais estruturada e efetiva às necessidades das famílias. Ao garantir que as intervenções eram avaliadas e ajustadas com base em evidências e no feedback familiar, assegurei que os cuidados prestados contribuíam de forma significativa para o bem-estar e os objetivos de cada família.

Outra das minhas preocupações no decorrer do estágio, foi garantir que as famílias tivessem acesso a todos os recursos necessários para responder às necessidades do doente,

especialmente em situações complexas que requerem apoio multidisciplinar e um sistema de cuidados bem organizado. Trabalhei para gerir, articular e mobilizar os recursos de forma estratégica, procurando que o atendimento fosse contínuo, e considerasse tanto os cuidados imediatos como os de longo prazo, nos diferentes níveis de prevenção. Esta abordagem integrada não só garantiu que os utentes tivessem acesso aos cuidados necessários no momento certo, como também possibilitou a implementação de estratégias de prevenção, promovendo a saúde e evitando a evolução de complicações a longo prazo.

Ao focar a minha prática em um modelo de cuidados contínuos e integrados, foi possível alcançar importantes ganhos em saúde, tanto a nível individual como comunitário. O acompanhamento regular dos utentes e a gestão eficaz dos recursos contribuíram para a redução de doenças evitáveis, diminuindo as hospitalizações e as complicações associadas a condições crónicas mal controladas. A articulação entre os diferentes níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) permitiu que as intervenções fossem mais eficazes, adaptadas às necessidades dos utentes, e realizadas de forma a antecipar e minimizar riscos.

Trabalhei para gerir, articular e mobilizar os recursos de forma estratégica, procurando que o atendimento fosse contínuo, e considerasse tanto os cuidados imediatos como os de longo prazo, nos diferentes níveis de prevenção. Esta abordagem permitiu que os ganhos em saúde familiar fossem significativos, uma vez que a implementação de estratégias de cuidado de forma contínua e integrada impactou diretamente na saúde e bem-estar das famílias. A articulação estratégica dos recursos permitiu não apenas o acompanhamento dos utentes individualmente, mas também o envolvimento da família como um todo, essencial para o sucesso de qualquer intervenção em saúde.

Ao nível da prevenção primária, a mobilização de recursos para a promoção de hábitos saudáveis e educação para a saúde teve um impacto direto nas dinâmicas familiares. Trabalhar com as famílias para reforçar práticas de alimentação saudável, exercício físico e o abandono de comportamentos de risco (como o tabagismo) gerou um ambiente mais saudável em casa e contribuiu para a redução de doenças evitáveis, promovendo a qualidade de vida a longo prazo. O envolvimento familiar nas atividades preventivas fortaleceu o compromisso com a saúde de todos os membros, criando um círculo virtuoso de cuidados e suporte mútuo.

Na prevenção secundária, a identificação precoce de condições como hipertensão, diabetes e outros problemas de saúde crónicos, a partir da monitorização regular, teve um efeito positivo no bem-estar das famílias. O cuidado proativo permitiu um tratamento precoce e eficaz, evitando complicações e melhorando a gestão de doenças crónicas dentro da família. A

abordagem integrada também permitiu que as famílias se sentissem mais seguras e informadas sobre a saúde dos seus membros, o que resultou numa maior adesão ao plano de cuidados.

Por outro lado, no campo da prevenção terciária, os ganhos em saúde familiar foram visíveis através da adaptação dos cuidados para famílias que lidavam com doenças crônicas ou situações de dependência. O acompanhamento contínuo e as estratégias de reabilitação possibilitaram que os membros da família se ajustassem melhor às novas realidades de saúde, garantindo maior apoio emocional e físico durante o processo de recuperação. Além disso, ao trabalhar a comunicação e a coordenação das tarefas de cuidados dentro da família, consegui promover uma maior colaboração entre os membros, o que resultou numa maior eficiência no cuidado do utente.

Ao articular de forma estratégica os recursos e proporcionar intervenções de saúde centradas na família, contribuí para a criação de ambientes mais saudáveis, onde os cuidados são integrados, contínuos e sustentáveis. Esta gestão eficaz e estratégica dos recursos de saúde não só reforçou a saúde de cada membro da família, mas também otimizou a utilização dos serviços, promovendo a equidade no acesso e a redução de sobrecargas em hospitais e Serviços de Urgência Básica (SUB). A abordagem holística, que fortaleceu os laços familiares e promoveu uma cultura de cuidados colaborativos, resultou em famílias mais saudáveis, com maior capacidade de adaptação e resiliência perante desafios de saúde. A continuidade no atendimento e a articulação eficiente entre os diferentes níveis de cuidado geraram ganhos tanto na saúde familiar como na saúde pública, com a redução de custos e a melhoria do bem-estar da população.

Assim, no que diz respeito à competência *“Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”*, desenvolvi competências para articular eficazmente com outras equipas de saúde, assegurando a mobilização de recursos necessários para prestar cuidados abrangentes e centrados na família. Este trabalho envolveu a promoção da colaboração interdisciplinar, a referenciação e a gestão da continuidade dos cuidados.

Uma das minhas primeiras ações implementadas foi estabelecer uma articulação consistente com outras equipas e serviços de saúde da comunidade. Reconhecendo que o tratamento e a gestão de uma condição como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) exigem uma abordagem multidisciplinar, iniciei e mantive contato frequente com outros membros da equipa, como por exemplo: equipa de enfermagem da UCC (enfermeiras especialistas em Reabilitação – para reabilitação respiratória), Equipa Aldeias Humanitar

(terapia ocupacional), Dentista e Assistente Social, para assegurar que os doentes e os seus cuidadores tivessem acesso aos cuidados e ao suporte necessários em cada etapa. Este esforço de articulação garantiu que a família recebesse uma orientação completa sobre o que esperar da progressão da doença e sobre como responder a cada novo desafio, com suporte das áreas de especialização adequadas.

No caso dos doentes em que as limitações físicas ou a dependência respiratória exigiam intervenção das Enfermeiras de Reabilitação, por exemplo, foram estabelecidos contactos com as profissionais responsáveis, para que fosse facilitando o agendamento de sessões de reabilitação respiratória que pudessem ser integradas à rotina da família, no domicílio. O envolvimento destas profissionais não ajudou apenas na preservação da capacidade respiratória do doente, mas também aliviou parte da sobrecarga física e emocional dos cuidadores, que se sentiram mais capacitados a lidar com as exigências diárias da condição. Além disso, articulei também com o serviço de assistência social (da ULS e da Câmara Municipal) para situações de vulnerabilidade económica (informações para o pedido do complemento solidário para idosos e atestado de incapacidade) ou de falta de recursos materiais necessários ao cuidado (transporte de doentes).

Promovi assim, a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde, organizando reuniões e discutindo planos de cuidados com outros profissionais. Em situações que envolviam múltiplas necessidades — como acompanhamento médico, apoio psicológico e intervenção social —, coordenei esforços para garantir que todos os intervenientes estivessem alinhados nos objetivos e abordagens, melhorando assim os resultados para a família.

Realizei referências a outros profissionais de saúde sempre que necessário. Por exemplo, ao identificar sinais de sofrimento emocional em um dos membros da família, encaminhei para apoio psicológico, garantindo que a intervenção fosse oportuna e integrada. A referência foi feita em articulação com os desejos da família e explicando claramente os benefícios de cada encaminhamento.

Orientei as famílias para melhorar a qualidade e o custo dos serviços de saúde oferecidos, fornecendo informações sobre os recursos disponíveis na comunidade, desde consultas em serviços públicos e privados a iniciativas de apoio social (cantina social e apoio na medicação). Este trabalho contribuiu para reduzir barreiras no acesso aos cuidados e para otimizar a utilização de recursos existentes, ajudando também a promover mudanças nos sistemas organizacionais, ao evidenciar lacunas e sugerir melhorias.

Geri a continuidade dos cuidados de saúde, assegurando uma transição harmoniosa entre diferentes unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família.

Ao longo do estágio, esta articulação com outras equipas e instituições permitiu-me contribuir para uma abordagem integrada e eficaz nos cuidados à família. Trabalhar em colaboração, respeitando as necessidades e decisões da família, foi fundamental para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

Esse trabalho de articulação com as diferentes equipas de saúde e serviços foi complementado por fim, para responder à competência *“Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”*, a fim de oferecer um suporte contínuo e personalizado. Neste sentido, desenvolvi competências para gerir o sistema de cuidados de saúde familiar nos diferentes níveis de prevenção, integrando atividades de planeamento, colaboração interprofissional, e uso de tecnologias.

Em termos de prevenção primária, mantive sessões de educação para a saúde focadas na adoção de comportamentos que evitassem o agravamento da DPOC, orientando a família para que mantivesse o ambiente familiar/domiciliário o mais saudável possível (realizei sessões de educação para a saúde na USF com a presença dos familiares/cuidadores dos doentes intituladas – “Ser Saudável com DPOC” e “DPOC – Prevenir Sintomas e tomar a Medicação”).

No âmbito da prevenção secundária, o meu foco foi a deteção precoce de sinais de agravamento da doença, ensinando a família a monitorizar atentamente a saúde do doente. Em cada visita, reforcei a importância de identificar rapidamente sintomas como o aumento da dispneia, a mudança de cor da expectoração e o cansaço extremo, incentivando-os a procurar ajuda antes que os sintomas se agravassem. Essa abordagem proativa de prevenção secundária permitiu que as famílias estivessem mais e melhor preparadas para reconhecer e agir rapidamente em situações que poderiam colocar o doente em risco, mobilizando o apoio necessário com maior agilidade.

Em relação à prevenção terciária, concentrei-me na reabilitação e na gestão dos sintomas crónicos da DPOC, com o objetivo de evitar o declínio das capacidades do doente e promover a maior independência possível. Para isso, articulei com a equipa de enfermagem (UCC) e terapia ocupacional (Aldeias Humanitar) para garantir que o doente e os cuidadores recebessem orientações adequadas sobre a gestão diária dos sintomas. Com as orientações destas equipas, os familiares aprenderam a apoiar o doente na execução de exercícios respiratórios, enquanto a

terapia ocupacional auxiliou na adaptação no ambiente domiciliário, procurando reduzir o esforço físico necessário para realizar atividades diárias e aumentar o conforto do doente.

Participei na elaboração, planeamento e desenvolvimento de projetos de melhoria continua da qualidade na área da DPOC.

Promovi uma cultura organizacional que incentivava a formação, a prática e a investigação interprofissionais. Trabalhei em conjunto com outros profissionais para organizar sessões educativas direcionadas às famílias, com foco em temas como DPOC, sinais e sintomas, gestão do regime terapêutico, uso correto de inaladores, fomentando o trabalho colaborativo entre diferentes áreas do saber.

Utilizei sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar. Recorri a plataformas digitais (SCLínico) para registar intervenções, acompanhar o progresso das famílias e gerar relatórios de desempenho, o que facilitou a monitorização dos resultados e a identificação de áreas de melhoria.

Criei e sustentei uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar aos diversos níveis de prevenção. Durante reuniões de equipa, articulei estratégias que integravam prevenção primária, secundária e terciária, mostrando como cada nível era interligado e contribuía para o bem-estar global das famílias.

Estas experiências reforçaram a minha capacidade de gerir o sistema de cuidados de saúde familiar de forma abrangente e eficaz. Integrar planeamento estratégico, colaboração interprofissional e tecnologias permitiu-me contribuir significativamente para a promoção da saúde e a prevenção de doenças nas famílias acompanhadas.

Em suma, este estágio permitiu-me desenvolver uma prática centrada na família, com intervenções baseadas na colaboração e na promoção de autonomia. Foi fundamental garantir que os recursos fossem mobilizados de forma eficiente, adaptada às necessidades da família e do doente em cada momento. Ao potenciar a ligação dos familiares aos serviços adequados, pude reforçar a rede de suporte e promover um sistema de cuidados robusto e colaborativo, onde cada nível de prevenção era considerado e integrado. Esse processo permitiu-me construir um modelo de atendimento em que a família não recebia apenas cuidados, mas também era capacitada para manter uma gestão eficaz e preventiva da condição do doente, melhorando a qualidade de vida do doente e reduzindo o impacto da doença no contexto familiar.

Acredito que este percurso consolidou as minhas competências para atuar como especialista em enfermagem de saúde familiar, com um impacto positivo e duradouro na vida das famílias que acompanhei.

Conclusão

O desenvolvimento deste trabalho teve como objetivo expor um percurso formativo estruturado que possibilitou o aperfeiçoamento de competências especializadas necessárias à prática de cuidados de enfermagem, com foco no prestador de cuidados e na sua interação com o sistema familiar. Através deste percurso, foi possível explorar a importância de se ter uma base teórica sólida e atualizada para a prestação de cuidados, essencial para garantir intervenções eficazes em diferentes níveis de prevenção. Ao longo do trabalho, procurou-se compreender as especificidades do papel do prestador de cuidados e como este se insere no contexto familiar, reconhecendo que é fundamental garantir o bem-estar não só dos indivíduos, mas também do grupo familiar como um todo, através de intervenções adequadas e centradas nas suas necessidades.

A abordagem adotada foi sistémica, dinâmica e flexível, tendo como referência o MDAIF, que se revelou uma ferramenta extremamente valiosa na avaliação e intervenção junto dos prestadores de cuidados. Este modelo permitiu não só mapear as necessidades e dificuldades enfrentadas pelo prestador de cuidados, como também proporcionou uma intervenção precisa e direcionada, que resultou em ganhos de saúde perceptíveis e sensíveis à prática dos cuidados de enfermagem. Os critérios diagnósticos e as intervenções sugeridas pelo MDAIF orientaram a prática de uma forma estruturada, ao mesmo tempo que permitiram uma adaptação personalizada aos desafios e às particularidades de cada família, no que diz respeito à adaptação e transição dos seus membros para novas responsabilidades, incluindo o prestador de cuidados.

A utilização do MDAIF, que se caracteriza pela avaliação de múltiplas dimensões da realidade familiar, não só permitiu identificar e compreender os problemas de saúde do prestador de cuidados e de sua família, como também possibilitou um trabalho conjunto com a família, visando maximizar as suas forças e recursos internos. Ao fazer isto, a abordagem também contribuiu para a construção de competências de comunicação e para o desenvolvimento de uma maior eficácia na recolha de dados e na promoção de práticas de saúde, fundamentais para o processo de intervenção. A eficácia da comunicação, por sua vez, é uma competência essencial na prática de cuidados de enfermagem, especialmente quando se lida com sistemas tão complexos e interdependentes como o familiar.

Além disso, foi incorporada a Teoria das Transições, que fundamentou a intervenção e interpretação da adaptação do prestador de cuidados e da família às novas responsabilidades

familiares. Ao compreender os padrões e as respostas típicas a transições familiares, foi possível adaptar as intervenções de forma a considerar a experiência e os desafios próprios de cada membro da família em diferentes fases da sua transição. Este conhecimento permitiu também uma abordagem mais empática e consciente da complexidade emocional e psicológica dos prestadores de cuidados durante este processo de mudança.

Este trabalho teórico foi sustentado e orientado por referenciais da Enfermagem, sendo esta uma área fundamental para apoiar a prestação de cuidados a famílias e aos seus membros. Através dos referenciais teóricos, garantiu-se que a intervenção fosse fundamentada de forma científica, com base em modelos e teorias reconhecidas, permitindo uma abordagem rigorosa e eficaz, que visasse gerar ganhos em saúde. Para além disso, a prática evidenciou que o envolvimento do prestador de cuidados não se limita apenas ao acompanhamento de cuidados, mas deve também considerar as suas próprias necessidades, desafios e recursos. Isso implica que a assistência ao prestador de cuidados não deve ser feita isoladamente, mas em estreita colaboração com o sistema familiar, de modo a promover uma melhoria contínua e sustentável da saúde e do bem-estar no núcleo familiar.

Em termos de desenvolvimento profissional, a formação contínua no âmbito da Enfermagem foi claramente um dos focos deste trabalho, permitindo aos profissionais refletir sobre a prática clínica, identificar áreas de melhoria e aplicar teorias e modelos que visam otimizar a qualidade dos cuidados. Ao abrir espaço para a reflexão constante entre teoria e prática, assegura-se que os cuidados prestados sejam mais seguros, eficazes e adaptados às necessidades das famílias e dos prestadores de cuidados.

Contribuir para a evolução do corpo de conhecimento na área dos Cuidados de Enfermagem à Família foi outro dos objetivos essenciais, uma vez que este campo específico da enfermagem ainda carece de mais evidências científicas que sustentem e validem a atuação do enfermeiro na proximidade com as famílias. Através da realização de uma Sistematização da Prática, este trabalho propôs-se contribuir diretamente para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento cada vez mais robusto, que sirva como base para futuras investigações e práticas na área.

Ao concretizar o Estágio de Natureza Profissional e apresentar o Relatório Final, foi possível não só promover o desenvolvimento pessoal e profissional, como também aprofundar a compreensão da complexidade dos sistemas familiares e do impacto que o papel do prestador de cuidados tem no processo de adaptação e na dinâmica da família. O estágio evidenciou que o foco dos cuidados de enfermagem deve estar na família como um todo e não apenas no doente.

A capacidade de reconhecer as famílias como sistemas dinâmicos, com propriedades de autodefinição e transformação ao longo do ciclo vital, foi um passo importante para entender como as intervenções podem ser moldadas para aproveitar as forças e os recursos existentes em cada família, com o objetivo de promover ganhos em saúde que beneficiem todos os seus membros.

A avaliação familiar e o planeamento das intervenções foram fundamentais para responder às necessidades da família como unidade. Contudo, a duração temporal do estudo foi uma limitação significativa, uma vez que a maior parte do tempo foi dedicada à recolha de dados e implementação de intervenções, não permitindo uma avaliação contínua nem a introdução de reavaliações com resultados a longo prazo. Como sugestões para futuras investigações, reconhece-se a necessidade de estudos de caso com maior duração, para possibilitar uma visão mais aprofundada da família. À Enfermeira de Família, deixo o repto de continuar a ser uma profissional atenta, dedicada e disponível, como me demonstrou ser, e no caso específico destas famílias, que continue a promover uma gestão terapêutica eficaz, especialmente na administração medicamentosa, com especial ênfase na validação da técnica inalatória.

Referencias bibliográficas

- Aboim, S. (2006). *Conjugalidades em Mudança- Percursos e dinâmicas da vida a dois* (1ª). Viseu: Imprensa de Ciências Sociais.
- Acurcio, F. de A., da Silva, A. L., Ribeiro, A. Q., Rocha, N. P., Silveira, M. R., Klein, C. H., & Rozenfeld, S. (2009). Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 55(4), 468–474. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000400025>
- Agusti, A., & Vogelmeier, C. F. (2023). GOLD 2024: uma breve visão geral das principais mudanças. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 49(6), e20230369. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/E20230369>
- Alarcão, M. (2000). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática*. (Quarteto, Ed.) (1ª).
- Almeida, H. O. de, Versiani, E. R., Dias, A. de R., Novaes, M. R. C. G., & Trindade, E. M. V. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Comun. Ciênc. Saúde*, 57–67. Retrieved from http://dominioprovisorio.tempsite.ws/pesquisa/revista/2007Vol18_1art07adesao.pdf
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564–572. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.1999.01125.X>
- Bailey, S. C., Oramasionwu, C. U., & Wolf, M. S. (2013). Rethinking Adherence: A Health Literacy–Informed Model of Medication Self-Management. *Journal of Health Communication*, 18(Suppl 1), 20. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825672>
- Bárbara, C., Gomes, E. M., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Oliveira, A. L., Alves, M. I., & Martins, J. (2016). Portugal Doenças Respiratórias em Números, 2015. *Portugal Doenças Respiratórias Em Números, 2015*, 5–82. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15551>
- Bastos, F. S. (2004). Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 : Participação das esposas no plano educacional. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9654>
- Bastos, F. S. (2013). A pessoa com doença crónica : uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11990>
- Bayliss, E. A., Steiner, J. F., Fernald, D. H., Crane, L. A., & Main, D. S. (2003). Descriptions of Barriers to Self-Care by Persons with Comorbid Chronic Diseases. *Annals of Family Medicine*, 1(1), 15. <https://doi.org/10.1370/AFM.4>
- Beers, M. H. (2004). *The Merck Manual of Health & Aging*.
- Bell, J. (1990). Escape Into A Higher Order. In *Cutting Edge of Family Nursing* (p. 112). Family Nursing Unit Publications.

- Bell, J. M., Watson, W. L., & Wright, L. M. (1990). The cutting edge of family nursing. *Journal of Biblical and Pneumatological Research*, 3, 3–18. <https://doi.org/10.11575/PRISM/29952>
- Bertalanffy, L. von. (2023). *General System Theory Foundations, Development, Applications*. (G. B. INC, Ed.).
- Bourbeau, J., Lavoie, K. L., & Seden, M. (2015). Comprehensive Self-Management Strategies. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 36(4), 630–638. <https://doi.org/10.1055/S-0035-1556059>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(Suppl 2), 19. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
- Campedelli, M. C., Benko, M. A., Castilho, V., Castellanos, B. E. P., Gaidzinski, R. R., & Kimura, M. (1989). Processo de enfermagem na prática. Retrieved from <https://repositorio.usp.br/item/000785694>
- Cardoso, J., Ferreira, J. R., Almeida, J., Santos, J. M., Rodrigues, F., Matos, M. J., & Gaspar, M. (2013). Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em Portugal: estudo Pneumobil (1995) e estudo de prevalência de 2002 revisitados. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 19(3), 88–95. <https://doi.org/10.1016/J.RPPNEU.2012.11.005>
- Carvalho, J. C., Barbieri-Figueiredo, M. do C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Andrade, L., Santos, M. R., ... Oliveira, P. (2009). Da investigação à prática de Enfermagem de Família. *Escola Superior de Enfermagem Do Porto - Núcleo de Investigação Em Enfermagem de Família*, 157. Retrieved from https://books.google.com/books/about/Da_investigação_à_prática_de_enferma.html?hl=pt-PT&id=s_cbu8rcTn0C
- Conselho Internacional dos Enfermeiros, & Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica: «Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care»*.
- Costa, A. (2020). DPOC. Retrieved from <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/pneumologia/dpoc/>
- Costa, M., & Almeida, L. (2020). O impacto do apoio familiar na gestão das doenças crónicas. *Revista de Enfermagem Comunitária*, (15(2)), 45–56.
- Costa, R., & Almeida, S. (2020). Gestão segura de medicamentos e eliminação de resíduos farmacêuticos: Implicações para a prática de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (45(2)), 78–92.
- Crema, I. L., & Tilio, R. De. (2021). Sexualidade no envelhecimento: relatos de idosos. *Fractal: Revista*

- de Psicologia*, 33(3), 182–191. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/V33I3/5811>
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches. English Language Teaching* (4º, Vol. 12). Canadian Center of Science and Education. <https://doi.org/10.5539/ELT.V12N5P40>
- Cruz, J., Marques, A., & Figueiredo, D. (2017). Impacts of COPD on family carers and supportive interventions: a narrative review. *Health & Social Care in the Community*, 25(1), 11–25. <https://doi.org/10.1111/HSC.12292>
- de Abreu, W. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais - Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais*. (Formasau, Ed.) (2ª). Coimbra.
- De Sousa, E. S. A. S. (2011). *A Família- Atitudes do enfermeiro de reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Retrieved from <http://portal.esenf.pt>
- Decreto-Lei n.º 103/2023 | Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar., *Diário da República* (2023). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Decreto-Lei n.º 298/2007 | Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que , *Diário da República* (2007). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 73/2017 | Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar, *Diário da República* (2017). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Delors, J., Al-Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremek, B., ... Nanzhao, Z. (2010). *Educação: um tesouro a descobrir, relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI* (destaques). Retrieved from https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_por
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2017). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5º). SAGE Publications. Retrieved from <https://us.sagepub.com/en-us/nam/the-sage-handbook-of-qualitative-research/book242504>
- Despacho n.º 5613/2015 Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde| Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho, *Diário da República* § (2015). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 9390/2021 | Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo

- ao presente despacho, Diário da República § (2021). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2016). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(40), 201-219. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8228>
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19(19), 139–156. <https://doi.org/10.7559/GESTAOEDESENVOLVIMENTO.2011.140>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx> Accessed: 2025-02-19
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2016). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: Análise dos Aces com Oferta de Espirometria Realizada nos Cuidados de Saúde Primários em Integração com a Pneumologia Hospitalar em 2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/analise-dos-aces-com-oferta-de-espirometria-realizada-nos-cuidados-de-saude-primarios-em-integracao-com-a-pneumologia-hospitalar-em-2016-pdf.aspx>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/JAMA.260.12.1743>
- Elsen, I., Althoff, C. R., & Manfrini, G. C. (2001). Saúde da Família: Desafios Teóricos. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 3(2). <https://doi.org/10.5380/FSD.V3I2.5048>
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros | DR, Diário da República § (1998). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1998-70937797>
- Falloon, I. R. H. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2(1), 20. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1525058/>
- Ferrari, R., Tanni, S. E., Lucheta, P. A., Faganello, M. M., do Amaral, R. A. F., & Godoy, I. (2010). Gender differences in predictors of health status in patients with COPD. *Jornal Brasileiro de Pneumologia : Publicacao Oficial Da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisologia*, 36(1), 37–43. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132010000100008>
- Ferreira, A., Silva, P., & Mendes, R. (2018). Educação para a saúde e autogestão da DPOC: Impacto na adesão terapêutica e qualidade de vida. *Jornal de Saúde Comunitária*, 12(1), 33-47
- Ferreira, R., Silva, A., & Marques, P. (2018). Promoção da autonomia em doentes com doenças crónicas:

- estratégias e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3), 789-800
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. (Sabooks Editora, Ed.).
- Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel Enfermagem.
- Figueiredo, M. H., Carne, ;, Grau, F., Andrade, ; Cármén, Santa, L., Monteiro, M. J., & Charepe, Z. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários. *Transferibilidade Do Conhecimento Em Enfermagem de Família*, 55–60. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31852>
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., & Baker, T. B., et al. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
- Frazier, S. C. (2005). Health Outcomes and Polypharmacy in Elderly Individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), 4–9. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20050901-04>
- Gantz, S. B. (1990). Self-care: Perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*, 4(2). Retrieved from https://journals.lww.com/hnpjournal/fulltext/1990/02000/self_care__perspectives_from_six_disciplines.4.aspx
- Giosa, J. L., Holyoke, P., Stolee, P., et al. (2019). *Communication and Family Engagement in Chronic Disease Management: Best Practices and Challenges*. *Journal of Family Health*, 34(2), 89-103
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2021). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *GOLD Reports*
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2023). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2023) *GOLD Reports*
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2024) Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2024) *GOLD Reports* Disponível em: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/02/GOLD-2024_v1.2-11Jan24_WMV.pdf
- Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD) (2018). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2018). *GOLD Reports*. <http://www.goldcopd.com>.
- Guedes, A. da S. M. (2009). Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional. Retrieved from <https://repositorio->

aberto.up.pt/handle/10216/23753

- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. (Lusodidacta, Ed.) (2ª). Lisboa.
- Hasani, A., Chapman, T. H., McCool, D., Smith, R. E., Dilworth, J. P., & Agnew, J. E. (2008). Domiciliary humidification improves lung mucociliary clearance in patients with bronchiectasis. *Chronic Respiratory Disease*, 5(2), 81–86. <https://doi.org/10.1177/1479972307087190>
- Hayes, K. S. (1999). Adding medications in the emergency department: Effect on knowledge of medications in older adults. *Journal of Emergency Nursing*, 25(3), 178–182. [https://doi.org/10.1016/S0099-1767\(99\)70201-1](https://doi.org/10.1016/S0099-1767(99)70201-1)
- Henriques, J. M. D. (2011). Adesão ao regime terapêutico proposto à pessoa com história de EAM: O papel do enfermeiro, 153–153. Retrieved from <http://repositorio.esenfc.pt/?url=TvUxgQ>
- Hoeman, S. P. (2001). Autocuidado e actividades da vida diária . In Lusodidacta (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação Aplicação e Processo* (p. 810).
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). Censos 2021 – Resultados Definitivos Portugal (1st ed.). Instituto Nacional de Estatística – Censos 2021. Disponível em: [Portal do INE](#)
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). *Tábuas de Mortalidade em Portugal*. Disponível em: [Portal do INE](#)
- International Council of Nurses (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- International Council of Nurses. (2011). CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE versão 2 - Tradução Oficial Portuguesa). Lisboa Ordem dos Enfermeiros
- Jackson, C. A., Clatworthy, J., Robinson, A., & Horne, R. (2010). Factors associated with non-adherence to oral medication for inflammatory bowel disease: a systematic review. *The American Journal of Gastroenterology*, 105(3), 525–539. <https://doi.org/10.1038/AJG.2009.685>
- Kaleva, V. (2015). Adherence to medication. *Pediatrriya*, 55(2), 68–69. <https://doi.org/10.1056/nejmra050100>
- Kumar, A., & Patel, R. (2020). Family-centred care in chronic illness management: Recent trends. *Journal of Community Health Nursing*, 37(2), 123-135
- Lancaster, S. (1999). Teorias e Desenvolvimento Familiar. In LUSODIDACTA (Ed.), *Enfermagem Comunitária - Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4º, p. 1232). Lusociência. Retrieved from <https://www.booki.pt/loja/prod/enfermagem-comunitaria-promocao-da-saude-de-grupos-familias-e-individuo/9789728383053/>

- Leonello, V. M., Vieira, M., & Duarte, T. (2018). Competencies for educational actions of Family Health Strategy nurses. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 71(3), 1072–1080. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0390>
- Lima De Gusmão, J., & Mion, D. (2006). Adesão ao tratamento-conceitos. *Rev Bras Hipertens*, 13(1), 23–25.
- Lipson, J. G. ., & Steiger, N. J. . (1996). Self-care nursing in a multicultural context, 352.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Maria, A., & Torres, P. (1999). *Em defesa dos direitos da família*. Lisboa: Rei dos Livros
- Martinez, L., Chen, G., & Rodriguez, P. (2022). Social determinants and health outcomes: Integrative approaches in community health. *International Journal of Public Health*, 67(4), 455-467
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, Nova Iorque
- Menezes, L. (2023). GOLD 2023: o que mudou na DPOC? - Medway. Retrieved February 19, 2025, from <https://www.medway.com.br/conteudos/gold-2023-o-que-mudou-na-dpoc/>
- Ministério da Saúde (2020). *Plano Nacional para as Doenças Respiratórias: Estratégias de Intervenção Multidisciplinar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Ministério da Saúde (2020). *Cuidados integrados na saúde: diretrizes para a atenção primária*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Monteiro, Maria C.D. (2010). *Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar: o início da dependência*. [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 212p. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria%20Clara%20Duarte%20Monteiro.pdf>
- Moraes, R. (2023). GOLD 2023: do ABCD para o ABE e impactos na terapia para o paciente - Portal Afya. Retrieved February 19, 2025, from <https://portal.afya.com.br/pneumologia/gold-2023-do-abcd-para-o-abe-e-impactos-na-terapia-para-o-paciente>
- NANDA. (2003). *Nursing Diagnoses: definitions & classification*. Philadelphia : NANDA International.
- Neunhäuserer, D., Steidle-Kloc, E., Weiss, G., Kaiser, B., Niederseer, D., Hartl, S., ... Niebauer, J.

- (2016). Supplemental Oxygen During High-Intensity Exercise Training in Nonhypoxemic Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The American Journal of Medicine*, 129(11), 1185–1193. <https://doi.org/10.1016/J.AMJMED.2016.06.023>
- Nogueira, Mariana B. (2007). A Família: Conceito E Evolução E Sua Importância. [Em Linha]. Rio de Janeiro: Centro Universitário Jorge Amado, Disponível em <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:5MKXsvP2zh4J:www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/18496-18497-1-PB.pdf>
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-8930-17-8.
- Oliveira, F., Rodrigues, C., & Mendes, J. (2017). Dignidade e autonomia em contextos de cuidados de saúde: uma revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 30(1), 22-29
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. nº122/2011. D.R., II série, nº 35 (18-02-2011), 8648-8653
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - enfermagem de saúde pública e do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - enfermagem de saúde familiar. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Disponível em: [livroci_deontologia_2015_web.pdf](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE. Disponível em: [nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento nº 367/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de saúde familiar. Diário Da República, 2 (124), 17384–17391
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019
- Ordem dos Enfermeiros (2023). Tomada de posição nº 1/2023 da mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de saúde familiar, de 10 de março de 2023
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. (B. : E. C. y Técnicas, Ed.).

- Orem, D. E., & Allen, S. (1983). *Normas prácticas en enfermería*. (Pirámide, Ed.).
- Organização Mundial de Saúde. (2003). Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS. Loures: Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). Autocuidado na gestão das doenças crónicas: Recomendações para a prática clínica. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). Promover a saúde mental e o bem-estar: estratégias para a ação comunitária. Genebra: OMS
- Padilha, J. M. dos S. C. (2013). Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC : um percurso de investigação-ação. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14958>
- Padilha, M. (2006). *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/278961911>
- Pascoal, M. M., & Souza, V. de. (2021). A importância do estágio supervisionado na formação do profissional de enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(6), 536–553. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i6.1408>
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4th ed.). AGE Publications, Inc.
- Pedroso, J., & Branco, P. (2008). Mudam-se os tempos, muda-se a família. As mutações do acesso ao direito e à justiça de família e das crianças em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 53–83. <https://doi.org/10.4000/rccs.619>
- Pedroso, J., Casaleiro, P., & Branco, P. (2012). A odisseia da transformação do Direito da Família (1974-2010): um contributo da Sociologia Política do Direito. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 22, 219–238. Retrieved from <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/1443>
- Petronilho, F. (2007). Preparação do regresso a casa: evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio, 216. Retrieved from <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32305>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Portaria n.º 1368/2007. (18 de 10 de 2007). Aprovação a carteira básica de serviços e os princípios da

carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF). *Diário da República* n.º 201/2007, Série I, pp. 7655 - 7659. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/port/1368/2007/10/18/p/dre/pt/html>

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro da Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série – N.º 184. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família Perspectiva sistémica*. (Edições Afrontamento, Ed.).

Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família : perspectiva sistémica*. (Edições Afrontamento, Ed.) (2º).

Relvas, A. P. (2002). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, M. de R. (2023). *Promoção da literacia para a gestão do regime terapêutico: mais conhecimento, melhor saúde*. Escola Superior de Saúde de Setúbal. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45412>

Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 43(3), 255–264. <https://doi.org/10.1111/J.1547-5069.2011.01404.X>

Rodrigues, L. M. de O. (2014). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4480>

Saiote, E. C. G. (2011). A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos. Retrieved from <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/2613>

Sandri, J. V. de A., & Schmitz, J. (2011). Trajetória da família de portadores de insuficiência renal crônica: desafios e a emergência familiar. *Nursing (Ed. Bras., Impr.)*, 138–143.

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 23–27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4C>

Semblano, C. R. das N. (2009). Rituais familiares e saúde mental: comparação do grau de ritualização em amostras de famílias clínicas e não clínicas. Retrieved from <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/868>

Serviço Nacional de Saúde. (2025). BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – SPMS. Retrieved February 16, 2025, from <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/bi-csp-bilhete-de-identidade-dos-cuidados-de-saude-primarios/>

Silva, J. F. da. (2006). *Quando a vida chegar ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e família*.

- (Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ed.). Loures. Retrieved from <https://biblioteca.esenf.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=4652>
- Silva, M., Costa, J., & Gomes, F. (2021). Evaluating family health interventions: The role of holistic assessment models. *Health Promotion International*, 36(1), 87-99
- Silva, M. F. da, Rozeira, C. H. B., Rozeira, C. F. B., Ferreira, E. O., Machado, J. de S., Santos, A. S. dos, ... Leal, L. M. (2024). Atualizações no diagnóstico e tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 17(4), e5937. <https://doi.org/10.55905/REVCONV.17N.4-028>
- Silva, S. (2003). Adaptação académica, pessoal e social do jovem adulto ao ensino superior : contributos do ambiente familiar e do autoconceito. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/47922>
- Simionato, Mariene A. W.; Oliveira, R. G. (2003). *Funções e Transformações da Família ao Longo da História*. Universidade Estadual de Maringá. Retrieved from www.abpp.com.br/abppprnorte/pdf/a07simionato03.pdf
- Simpson, H. B., Neria, Y., Lewis-Fernández, R., & Schneier, F. R. (2010). Anxiety Disorders: Theory, Research and Clinical Perspectives. Cambridge University Press. August 2010. *Cambridge University Press*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/235971758_Anxiety_Disorders_Theory_Research_and_Clinical_Perspectives_Cambridge_University_Press_August_2010
- Sousa, L., Pereira, A., & Almeida, C. (2021). Capacitação familiar no contexto da doença crónica: Uma abordagem de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar*, 5(1), 45–60.
- Stake, R. E. (2005). *Multiple case study analysis*. *Multiple case study analysis*. Retrieved from <https://www.routledge.com/Multiple-Case-Study-Analysis/Stake/p/book/9781593852481>
- Swift, A. (2022). Being Creative with Resources in Qualitative Research. *The SAGE Handbook of Qualitative Research Design*, 290–306. <https://doi.org/10.4135/9781529770278.N19>
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J., & Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127(12), 1097–1102. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-127-12-199712150-00008>
- Wall, K. (2005). *Famílias em Portugal : percursos, interações, redes sociais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- World Health Organization (WHO). (2017). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Retrieved October 4, 2019, from <https://www.who.int/respiratory/copd/en/>
- World Health Organization (WHO). (2019). Self-care interventions for health: WHO guideline. Geneva:

WHO

World Health Organization (WHO). (1983). *Health Education in Self-Care: possibilities and limitations*. Geneva.

World Health Organization (WHO). (2020). *World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs*. Geneva: World Health Organization

Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias- Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (Editora Roca, Ed.) (5º).

Yin, R. K. (2018). *Case Study Research And Applications: Design and Methods*. (Sage Publications Inc, Ed.).

Apêndices

Apêndice 1 - Planos de Consulta com as Famílias

Primeira Consulta

Objetivos da consulta	Atividades a desenvolver
Apresentação e obtenção de Consentimento Informado	• Apresentação à família (quem sou, o que sou, e o que pretendo); • Explicar o que pretendo com a recolha de dados da família e garantir a confidencialidade dos mesmos (cumprindo todos os preceitos éticos e legais).
Estabelecimento de uma relação terapêutica, empática e de proximidade com a família.	• Promover o diálogo com a família, saber ouvir os seus membros para que seja possível criar uma relação empática, terapêutica e de confiança com os mesmos no decurso da consulta. • Fortalecer essa relação com a família para promover a saúde, prevenir a doença e controlar situações complexas ao longo das consultas subsequentes.
Recolha de Dados	• Colher dados pertinentes para o estudo e estado de saúde da família. ✓ Avaliar dados antropométricos (peso, estatura, perímetro abdominal; ✓ Avaliação da capacidade para a realização dos diferentes autocuidados de cada membro da família; ✓ Outras avaliações (Tensão Arterial, Frequência Cardíaca, Respiratória, Saturação de Oxigénio e temperatura, Glicémia Capilar e Avaliação da Dor (através da Escala de Faces).

Segunda Consulta

Objetivos da consulta	Atividades a desenvolver
Avaliação Familiar: Dimensão Estrutural 1. Composição Familiar (Construção do Genograma) 2. Tipo de Família 3. Família Extensa 4. Sistemas mais Amplos (Construção do Ecomapa)	
Identificar a Composição Familiar	• Construir o Genograma ✓ Questionar o nome e data de nascimento de cada membro das três últimas gerações da família; ✓ Profissões e se estão no ativo ou reformados; ✓ Problemas de saúde e patologias relevantes de cada membro; ✓ Vínculo ou ligação entre cada membro da família; ✓ Se houve ou não alterações na composição familiar nos últimos tempos.
Identificar o Tipo de Família	Questionar sobre quem são os elementos que fazem parte integrante do agregado familiar e a vinculação que se estabelece entre eles.
Identificar a Família Extensa	• Tipo de Contacto (Pessoalmente, Telefónico, Redes Sociais); • Intensidade do Contacto (frequência com que estabelecem esse contacto) • Função das Relações (que tipo de relação tem com esse familiar, é quem apoia emocionalmente, quem aconselha, quem provê ajuda material ou financeira, ...)
Identificar os Sistemas mais Amplos	• Construir o Ecomapa ✓ Instituições de Saúde; ✓ Instituições religiosas (se professa alguma religião e se é praticamente da mesma); ✓ IPSS (se tem contratualizada algum tipo de ajuda e caso tenha qual) ✓ Atividades recreativas (se é habitual praticar ou frequentar alguma associação); ✓ Amigos/Vizinhos (se tem e costuma ter apoio/ajuda deles); ✓ Tipo de vínculo/apoio que recebe de cada uma destas instituições/pessoas.

Objetivos da consulta	Atividades a desenvolver
Avaliação Familiar: Dimensão Estrutural 5. Classe Social (Escala de Graffar Adaptada) 6. Edifício Residencial 7. Sistema de Abastecimento 8. Ambiente Biológico	
Identificar a Classe Social	- Avaliar segundo a Escala de Graffar Adaptada Questionar: ✓ As habilitações literárias dos membros da família; ✓ Se consideram o rendimento familiar auferido suficiente para os encargos mensais. Observar: ✓ Tipo e localização da habitação.
Identificar características do Edifício Residencial	- Observar: ✓ Existência de barreiras arquitetónicas no edifício residencial; ✓ Higiene e arrumação/organização das instalações. - Questionar: ✓ Se existe e de que tipo é o aquecimento do edifício (central, gás ou elétrico); ✓ Se tem abastecimento de gás e de que género é (canalizado ou em botija).
Identificar as características do Sistema de Abastecimento	- Questionar: ✓ Se o abastecimento de água é da rede pública ou privada (no caso de privada saber se é proveniente de furo ou poço e se a água é controlada); ✓ Se o tratamento de resíduos é da rede pública ou se possui fossa séptica.
Identificar características do Ambiente Biológico	- Questionar: ✓ Se tem animal doméstico, e caso exista se este se encontra vacinado e desparasitado. - Observar: ✓ A higiene do animal; ✓ Do local circundante; ✓ Se o animal vive dentro ou fora da habitação.

Terceira Consulta

Objetivos da consulta	Atividades a desenvolver
Avaliação Familiar: Dimensão Desenvolvimento 9. Etapa do Ciclo Vital Familiar 10. Satisfação Conjugal	
Identificar a Etapa do Ciclo Vital Familiar	• Percecionar a etapa do ciclo vital familiar em que se encontra a família em estudo.
Identificar a Satisfação Conjugal	• Relação Dinâmica Questionar: ✓ Se estão satisfeitos sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas; ✓ Se estão satisfeitos com o tempo que estão juntos; ✓ Se estão satisfeitos com a forma como cada um expressa os sentimentos. • Comunicação Questionar: ✓ Se conversam sobre as expectativas e receios de cada um; ✓ Se conseguem chegar a acordo quando discordam de opinião; ✓ Se estão satisfeitos com a forma como falam e discutem os assuntos do dia-a-dia (padrão de comunicação do casal). • Interação Sexual Questionar: ✓ Sobre a satisfação do casal com o padrão de sexualidade; ✓ Sobre o seu conhecimento sobre sexualidade. • Função Sexual Questionar: ✓ Acerca de disfunções sexuais; ✓ O tipo de disfunção (caso existam).

Objetivos da consulta	Atividades a desenvolver
Avaliação Familiar: Dimensão Estrutural 11. Papel Parental	
Identificar Papel Parental	• Conhecimento do Papel Questionar: ✓ Como exercem o papel de pais, uma vez que as filhas já saíram de casa. • Comportamentos de Adesão Questionar: ✓ O que foi mais difícil quando as filhas saíram de casa; ✓ Como se sentem ao tratar as filhas de “adulto-adulto”; ✓ Como é que costumam contatar com as filhas (diariamente/outra periodicidade); ✓ Que tipo de relação estabelecem com os companheiros das filhas (e com os netos caso existam). • Consenso do Papel Questionar: ✓ Se existe consenso entre os membros do casal nas opiniões e na forma de lidar com os filhos. • Conflitos do Papel ✓ Se acham que existe algum conflito entre o papel de pais e filhas; • Saturação do Papel ✓ Se existe saturação do papel que exercem enquanto pais.

Quarta Consulta

Objetivos da consulta	Atividades a desenvolver
Avaliação Familiar: Dimensão Funcional 12. Papel do Prestador de Cuidados	
Identificar o conhecimento do papel do prestador de cuidados	- Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre o autocuidado Higiene Questionar: ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica do banho; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a utilização do fio dentário; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a utilização do fio dentário; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia. - Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre o autocuidado Vestuário Questionar: ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir;
Objetivos da consulta	Atividades a desenvolver
Identificar o conhecimento do papel do prestador de cuidados	✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir. - Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de habilidades sobre o autocuidado Comer Questionar: ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência;

	✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação dos alimentos; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação. • Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de habilidades sobre o autocuidado Beber Questionar: ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos. • Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre o autocuidado Ir do Sanitário Questionar: ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos. • Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre o autocuidado Comportamento Sono – Repouso Questionar: ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso. • Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre o autocuidado Atividade Recreativa Questionar:
Objetivos da consulta	Atividades a desenvolver
Identificar o conhecimento do papel do prestador de cuidados	✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer. • Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre o autocuidado Atividade Física Questionar:

	✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a padrão de exercício adequado; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos. • Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do Regime Terapêutico Questionar: ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso. • Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre Autovigilância Questionar: ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência; - Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/hiperglicemia; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre a vigilância da tensão arterial; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés.
Identificar comportamentos de adesão do prestador de cuidados	• Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de habilidades sobre Autoadministração de Medicamentos Questionar: - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro de medicamentos; ✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro de medicamentos; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos;

	✓ Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos; ✓ Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos.
Identificar comportamentos de adesão do prestador de cuidados	• Questionar se o prestador de cuidados ✓ Estimula a independência do membro da família dependente; ✓ Promove higiene adequada ao membro da família dependente; ✓ Promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente; ✓ Promove a ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente; ✓ A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente; ✓ Promove comportamentos sono – repouso adequado ao membro da família dependente; ✓ Promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente; ✓ Promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente; ✓ Assiste o membro da família dependente na autovigilância.
Identificar se há: Consenso do papel Conflito de papel Saturação do papel	• Questionar se há consenso do papel de prestador de cuidados; se há algum conflito para esse papel e se há saturação do papel de prestador de cuidados.

Quinta Consulta

Objetivos da consulta	Atividades a desenvolver
Avaliação Familiar: Dimensão Funcional Processo Familiar	
- Dados avaliativos referentes ao processo familiar ✓ Aplicar Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe.	
Avaliar Comunicação Familiar	- Comunicação Emocional Questionar: ✓ Quem na família expressa mais os sentimentos; ✓ Se os membros da família estão satisfeitos relativamente ao modo de expressão dos sentimentos; ✓ Se existe aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros; ✓ Qual o impacto que os sentimentos de cada um têm na família. - Comunicação Verbal/ Não Verbal Questionar: ✓ Se todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem; ✓ Se todos na família se expressam claramente quando comunicam. - Comunicação Circular Questionar: ✓ Se os membros estão satisfeitos sobre a forma como se comunica na família; ✓ Qual o impacto que tem na família a forma como cada um se expressa.
Avaliar Coping Familiar	- Solução de Problemas Questionar: ✓ Quem é que na família costuma identificar os problemas e quem tem a iniciativa para os resolver; ✓ Se costumam discutir sobre os problemas na família e se estão satisfeitos com a forma como o fazem; ✓ Se costumam recorrer a ajuda externa para a resolução dos problemas; ✓ Se em problemas anteriores a família teve experiências positivas na resolução dos mesmos.
Papéis Familiares	Interação de papéis Questionar:

Objetivos da consulta	Atividades a desenvolver
Papéis Familiares	✓ Quem desempenha o papel de provedor e se todos concordam com isso ou se existe algum tipo de conflito; ✓ Quem desempenha o papel de gestão financeira e se todos concordam com isso ou se há algum conflito; ✓ Quem desempenha o papel de cuidado doméstico e se todos concordam com isso ou se há algum conflito; ✓ Quem desempenha o papel recreativo e se todos concordam com isso ou se há algum conflito; ✓ Quem desempenha o papel de parente e se todos concordam com isso ou se há algum conflito.
Relação Dinâmica	• Influencia e poder Questionar: ✓ Quem é o membro com maior poder na família e se todos estão satisfeitos com a influência de cada um nos comportamentos dos outros. • Alianças e uniões Questionar: ✓ Se existem alianças entre alguns membros da família e se estão satisfeitos com a forma com que manifestam a união na família.
• Dados avaliativos da Coesão e Adaptabilidade da Família ✓ Avaliar a coesão e adaptabilidade da família, através da Aplicação da Escala FACES II • Dados avaliativos da Funcionalidade da Familiar ✓ Avaliar a percepção que cada membro da família tem relativamente à funcionalidade da família através da Aplicação da Escala de Apgar Familiar de Smilkstein • Dados avaliativos da funcionalidade da família – Crenças Familiares ✓ Perguntar sobre as crenças familiares (religiosas, espirituais, valores, culturais, crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde).	

Apêndice 2 – Ação de Educação para a Saúde: “Ser Saudável com a DPOC”



Introdução

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença que pode afetar todos os segmentos da nossa vida. Quando mal cuidada, ela causa muitas limitações às nossas atividades diárias.

As **maiores causas** da doença são os períodos de exposição aos tabacos, que é a principal causa de incapacidade em pessoas com DPOC e podem também afetar a **qualidade de vida**.

A **prevenção** da doença (evitar DPOC) é, assim, a chave para a saúde. Ela pode ser feita através de algumas ações, de forma simples.

Algumas doenças respiratórias podem ser controladas com o uso de medicamentos, mas a **doença respiratória**, que é a **doença pulmonar crônica**, pode levar algum tempo até se manifestar. Nos primeiros anos, muitas vezes há sintomas sutis, mas, com o tempo, os sintomas se tornam mais evidentes, como, por exemplo, a **tosse**.

Uma boa vida com DPOC significa fazer coisas que você gosta, mantendo o máximo de vida e **compartilhando** momentos de forma a **manter a qualidade de vida**.





Sugestões para reduzir ou evitar a exposição a estes fatores

Poluentes no interior e exterior

- Evitar de fumar e evitar o fumo passivo. Conversar com o enfermeiro de saúde pública, sobre técnicas ou artigos sobre estratégias que podem ajudar a si e a sua casa a deixar de fumar.
- Evitar fontes locais. Tratar as áreas de ventilação.
- Evitar o smog. Se a qualidade do ar não for boa, limite o tempo ao ar livre.
- Evitar produtos químicos tóxicos.

Alérgenos da temperatura

- Quando está frio, vestir roupas quentes e evitar o vento com um casaco.
- Quando está quente:
 - Permanecer num ambiente com ar condicionado.
 - Evitar muito álcool (o álcool pode causar febre).
 - Evitar atividades ao ar livre.
 - Evitar roupas feitas de polímeros de cores vivas e brilhantes.

Sugestões para reduzir ou evitar a exposição a estes fatores

Exercícios

- Se se sentir ansioso e estressado falar com os seus familiares, amigos ou enfermeiros de saúde pública ou que sejam.
- Evitar situações de competição e estressantes.

Infeções respiratórias

- Evitar o contacto próximo com pessoas que estejam com **infeções respiratórias** (tosse, coriza, febre ou gripes). **Evitar as viagens** para áreas com surtos de infeções.
- Tanto o doente como os familiares com quem convive devem **vacinar-se** **contra a gripe** (informar com o seu enfermeiro de família ou médico sobre a vacinação e o plano de vacinação).

Medicação para a DPOC e a importância de fazê-la corretamente

Evitar ou reduzir a exposição a fatores que agravem os seus sintomas respiratórios é apenas uma parte da gestão da doença.



Uma parte muito importante é tomar a **medicação** como prescrito e usar técnicas adequadas.

Os medicamentos são usados a DPOC, mas podem ajudar a aliviar os sintomas respiratórios para que possam sentir-se melhor e também podem melhorar a qualidade de vida.

Quase todos os terapeutas em relação à medicação:

- O nome de cada medicamento (genérico e marca).
- O que faz cada medicamento.
- A dose que deve tomar.
- Quando deve tomar o medicamento.
- Como tomar a medicação de forma adequada.
- Precauções com a medicação e efeitos secundários.



Medicação para tratar a DPOC



Pode ser necessário mais do que um tipo de medicamento para manter os seus sintomas sob controlo. Na DPOC, os broncodilatadores são a principal forma de medicação usada no dia a dia. Também existem outros tipos de medicamentos que podem ser necessários para ajudar a reduzir os sintomas respiratórios.



Broncodilatadores: os medicamentos mais importantes no tratamento da DPOC porque ajudam a abrir as vias aéreas e reduzem a falta de ar no esforço.



Anti-inflamatórios: ajudam a tratar a inflamação das vias aéreas e podem ajudar a prevenir o agravamento dos sintomas respiratórios.



Corticóides: ajudam a tratar infeções e podem ser usados com medicação para a DPOC durante uma recuperação rápida.

Falta de ar na DPOC

Para quem é portador de DPOC, o desafio de respirar pode tornar-se um desafio. Não consegue respirar facilmente, tornando-se difícil fazer as atividades da sua vida. Pode sentir o corpo ao lado do peito ou simplesmente cansado e limitado ao esforço ao fazer as coisas ao longo do dia.



Reduzir a falta de ar é um desafio para quem tem DPOC, mas com o tratamento adequado, é possível controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida.

Ver melhor com a patologia significa aliviar os sintomas tomando a medicação, os cuidados com a respiração e adotando o estilo de vida saudável.

Como Conseguir Ser Saudável com DPOC



Ser Saudável com DPOC

Mesmo que sofra de DPOC pode ser saudável.

Seu peso pode variar devido à doença e a falta de atividade física pode influenciar o peso. Isso é normal.



- Como conseguir:**
- Fazer exercícios aeróbicos intensos (corridão)
 - Exercícios de resistência (levantar pesos ou usar elástico)
 - Exercícios de equilíbrio e coordenação
 - Melhorar o metabolismo através da atividade física regular



Deixar de Fumar

A coisa mais importante que pode fazer para diminuir a evolução da DPOC é deixar de fumar.

Benefícios:

- Melhorar a função respiratória;
- Melhor controlar a respiração crônica, reduzir bronquite, diminuir os sintomas da função pulmonar;
- Melhorar a frequência e a qualidade das funções respiratórias;
- Melhor controlar ataques cardíacos e de vasos.

Fumar é um vício que o sistema detoxifica no corpo, assim a toxina se acumula. Há muitas formas de melhorar as funções do sistema de detoxificação.

Medicamentos:

- Usar alguns medicamentos pode reduzir as possibilidades de sofrer;
- Frituras que podem ajudar a deixar de fumar:
 - ✓ Seque a respiração e a tosse com água, depois de fumar, respire a fumaça;
 - ✓ Inalamos um pouco (após o cigarro) após alguns dias com mais água. Esse medicamento não é usado para ajudar a deixar o sistema de detoxificação e melhorar a tosse.
- Usar um inalador ou inalador de vapor para ajudar a melhorar a tosse e a tosse crônica.



A Ligação entre DPOC e a sua Dieta

A DPOC é uma doença crônica que pode ter consequências na sua saúde.

É importante entender as seguintes situações:

- Falta de ar;
- Fadiga;
- Perda de apetite;
- Sensação de falta de ar;
- Problemas digestivos (por exemplo, gases ou prisão de ventre);
- Exatidão do diagnóstico das doenças respiratórias (exatidão).



Em algumas situações, podem ocorrer problemas de saúde relacionados à sua alimentação, à preparação de refeições ou à falta de tempo. Podem ocorrer para essas situações alternativas, eventualmente para uma refeição diferente. Quando a sua doença piora, pode perder peso e ficar desidratado, mesmo (sem a intenção) o que é comum.

Uma alimentação saudável é uma forma de manter a saúde e a vida. É importante manter a dieta e seguir uma dieta saudável.

A sua dieta pode ajudar a melhorar a sua saúde.

Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

Seu peso corporal deve estar dentro de uma faixa saudável de peso. O peso corporal saudável é uma função regular da vida, por isso a capacidade física, a saúde e a saúde mental.

O peso do corpo pode variar devido à doença e a falta de atividade física. Seu peso corporal saudável é uma função regular da vida, por isso a capacidade física, a saúde e a saúde mental.

Uma dieta equilibrada adaptada às necessidades pode ajudar a perder peso gradualmente. A perda de peso deve ser gradual para manter a saúde geral e a saúde mental.

É importante estar atento ao peso e manter a alimentação saudável da família. Isso ajuda a manter a saúde e a saúde mental.

Atente-se a manter um peso saudável para manter a saúde, melhorar a qualidade de vida e prevenir doenças. Isso ajuda a manter a saúde e a saúde mental.



Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

Para manter o corpo saudável, é importante seguir uma dieta saudável.

Uma pessoa com DPOC pode utilizar até 50% mais de energia do que uma pessoa que não tenha a doença.

Objetivos:

- Manter o peso corporal saudável através de uma dieta equilibrada;
- Manter o peso corporal saudável através de uma dieta equilibrada.

Benefícios:

- Melhorar a energia;
- Melhorar a qualidade de vida;
- Melhorar a capacidade física;
- Melhorar a saúde.



Se quiser perder a tosse, pode fazer: falta de energia, pode fazer a necessidade de comer mais ou aumentar a energia e a quantidade de proteínas na sua dieta.

Se há excesso de peso, é importante fazer a dieta. Se houver excesso de peso, pode ajudar a dieta.

Uma dieta equilibrada pode ajudar a manter o peso e a saúde.

Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada



A qualidade dos alimentos que se escolhe é vital para manter uma boa saúde. O mesmo acontece com a quantidade de comida que se ingere, o que inclui a dieta.

Sei sempre a atenção à quantidade e a qualidade.

Uma boa dieta saudável para fazer a sua dieta saudável com que tenha sempre a dieta saudável e equilibrada.



Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

O prato saudável



- 1/2 porção de vegetal;
- 1/2 porção de carne ou substituto;
- 1/2 porção de hortaliça de cor verde;
- 1/2 porção de hortaliça de cor laranja;
- 1 porção de fruta.

Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

O prato saudável: carne ou substituto



Se o prato deve conter carne ou substituto, porção de uma fonte de proteína, gordura e ferro.

O papel das proteínas:

- Manter a massa muscular (evitar músculos flácidos, e a consequente perda da capacidade pulmonar);
- Promover o bem-estar;
- Saciar até à próxima refeição.

Fontes de proteínas: frango, cordeiro, porco, vitela, peixe, ovos, soja, leguminosas, frutos secos.

Leite e queijos são fontes de proteína que não requerem preparação.

Carne e substitutos (proteínas) devem fazer parte de qualquer refeição, mesmo da pequena almoço.

Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

O prato saudável: hortaliça de cor verde



Se o prato deve conter hortaliça de cor verde:

O papel das hortaliças de cor verde:

- Ingerir fontes ricas de fibra (ajudar a regular o trânsito intestinal);
- Principal fonte de energia do corpo.

Fontes de hortaliça de cor verde: ervas, espinafhe, couve, alface, brócolis, etc.

Os produtos integrais devem ser a primeira escolha para garantir máxima quantidade de fibra e quantidade por uma dieta saudável e saudável.

Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

O prato saudável: fruta e vegetal



Se o prato deve ser composto por vegetal:

Deve conter uma refeição com uma porção de fruta.

O papel da fruta e dos vegetais:

- Fontes de fibra, antioxidantes, vitaminas e minerais.

Preservar variedade de cores, sabores e texturas.

Recomenda-se que se coma pelo menos um vegetal e alguma fruta por dia.

Podem ser cozidos, fritos, congelados, em puré, sucos, em salada, crus, etc.

Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

O prato saudável: lacteína ou substituto



Complete o seu prato adicionando um lacteína ou substituto.

O papel das lacteínas e substitutos:

- Fonte de proteína, gordura, cálcio e vitamina D.

O papel do cálcio e da vitamina D:

- Controlar e manter os ossos saudáveis.

Fontes das lacteínas e substitutos: leite, leite de soja, queijo.

Deveriam ser 2-3 porções por dia (para a lacteína ou substituto), principalmente a partir do leite e do queijo.

Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

Lanches/Merendas (ou seja, snacks)



Os lanches/merendas são perfeitos para fornecer as necessidades de energia, no caso quando se tem fome entre refeições.

Exemplos de lanches/merendas (ou seja, snacks) saudáveis:

- Legumes;
- Queijos;
- Manteiga;
- Frutas com leite, queijo ou iogurte;
- Vegetais crus com queijo;
- Doces integrais com manteiga de amendoim, leite ou queijo;
- Leite com cereais;
- Suplementos nutricionais;
- Leite / Leite de soja.

Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

Hidratação



- A hidratação também tem sido muito negligenciada, que não pode ser negligenciada.
- É importante beber bastante líquido (água, leite, chá de ervas) para **manter a elasticidade e vitalidade** da sua pele.
- Uma boa hidratação vai reduzir também o risco de prisão de ventre.
- Recomenda-se a ingestão de líquidos, preferindo sempre as bebidas naturais.

Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

Uma dieta saudável é uma questão de equilíbrio e variedade

Exemplo de um plano alimentar saudável:

Pequeno-almoço

- 6 colheres de sopa de flocos de aveia ou 2 pãozinhos integrais com leite
- 200ml de leite
- 1 peça de fruta

Almoço da manhã

- 1 xícara de líquido + 3 colheres de sopa de proteína

Almoço

- 1 xícara de líquido
- 10 a 120g de carne ou peixe
- 6 colheres de sopa de arroz ou massa de feijão cozido com 2 colheres de leite ou de óleo de oliva
- 1 colher de sopa de salada de legumes
- 1 peça de fruta



Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

Uma dieta saudável é uma questão de equilíbrio e variedade

Leite

- 1 pão + 170ml de leite

Carne

- 10 a 120g de carne ou peixe
- 6 colheres de sopa de arroz ou massa de feijão cozido com 2 colheres de leite ou de óleo de oliva
- 1 colher de sopa de salada de legumes
- 1 peça de fruta

Óleo

- 1 xícara de líquido + 3 colheres de sopa de proteína



Isso não é apenas um exemplo, podendo ser ajustado de acordo com as necessidades de energia e proteínas de cada um.

Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

Quanto podemos comer de cada coisa?

Proteínas animais	• Alimentos ricos em proteínas animais
Proteínas vegetais	• Alimentos ricos em proteínas vegetais
Carboidratos	• Alimentos ricos em carboidratos
Grãos	• Alimentos ricos em grãos
Óleos	• Alimentos ricos em óleos
Sal	• Alimentos ricos em sal

Seguir uma Dieta Saudável e Equilibrada

Como saber se estou comendo o suficiente?

Sinais

- Aumentando a ingestão de alimentos e a variedade:** Carne, peixe, leite, ovos e legumes (feijão) são exemplos de alimentos que dão mais energia.
- Consumindo alimentos ricos em proteínas:** Alimentos ricos em proteínas dão mais energia, promovem a manutenção e ajudam a manter a força muscular e corporal. Exemplos: carne, peixe, ovos e leite são boas fontes de proteínas.
- Se come proteínas e legumes, aumenta a ingestão de carboidratos:** Isso faz com que você tenha mais energia para se exercitar e, consequentemente, uma dieta mais saudável e que pode ser um efeito secundário de tomar proteínas durante muito tempo. Leite, legumes, grãos, vegetais e frutas são boas fontes de carboidratos.
- Manter a ingestão:** Ajuda a manter os alimentos saudáveis mais tempo e a ingestão de alimentos. Reduzir a ingestão de alimentos, por exemplo, pode ser uma boa opção para manter a ingestão.
- Conter a ingestão em pequenas porções e comer mais vezes:** Pequenas porções de alimentos e sucos de frutas podem ajudar a manter a ingestão de alimentos.
- Manter um plano saudável:** Manter um plano saudável é uma ótima maneira de manter a ingestão de alimentos.



Fazer Exercício Regularmente

Apesar de uma alimentação saudável ser um bom começo, fazer também é importante. Se você não se exercita, não vai obter os benefícios de uma dieta saudável. Fazer exercício regularmente é importante para a saúde física e mental. Manter um nível de atividade física regular pode ajudar a manter um peso saudável e a melhorar a saúde mental.

Exercício

- Melhorar a saúde física e mental.

Benefícios

- Reduz o risco de doenças.
- Ajuda a manter o peso saudável.
- Aumenta a saúde mental e a produtividade.
- Melhora a qualidade do sono.
- Melhora a saúde física e mental.
- Melhora a saúde física e mental.
- Melhora a saúde física e mental.



Exercício físico (corrida, caminhada, natação, ciclismo, etc.) é uma das melhores maneiras de manter a saúde física e mental. Fazer exercício regularmente é importante para a saúde física e mental.

O exercício deve ser feito regularmente e de acordo com as necessidades de cada um. Fazer exercício regularmente é importante para a saúde física e mental.

Onde fazer Exercício

Exercite-se em ambientes agradáveis, adaptados à condição do dia e da noite e à distância a ser percorrida.

- Evitar lugares ambientais que possam agravar os sintomas (poeira, trânsito, frio, humidade elevada, sol forte ou vento forte).
- Evitar atividades no exterior planeadas para uma determinada estação do ano (jardagem na primavera, bicicleta no verão e caminhada no outono e inverno).
- Considerar atividades alternativas, se interior (golf, tênis, bicicleta fixa, natação) que se possam fazer independentemente das condições climáticas.
- Informar-se sobre os programas de exercício disponíveis na sua comunidade. Exercite-se sempre com um profissional, coach, treinador ou especialista de educação física.
- Considerar a possibilidade de se juntar a familiares e amigos no exercício que eles fazem.



Como fazer Exercício

- Exercitar-se **ligeiramente** e **regularmente**. (Se não tiver as condições para se exercitar, não se exercite).
- **Tome a medicação regularmente, como prescrito.** (Como a medicação regularmente ajuda a controlar os sintomas, não se exercite se não estiver sob o efeito da medicação).
- **Use calçado e roupas confortáveis.** (Para evitar lesões e garantir o conforto durante o exercício).
- **Use técnicas respiratórias.** (Use técnicas de respiração – técnicas para controlar a respiração, como a técnica de Buteyko).



Não faça o exercício sem as técnicas de respiração.

Como fazer Exercício

Use a escala de esforço percebido para avaliar o nível de fadiga de ar e a intensidade da fadiga muscular entre 0 e 10.

Escala de esforço percebido	
Intensidade do esforço (nível de fadiga)	
0	Não se exercita
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Muito forte
5	Muito forte
6	Muito forte
7	Muito forte
8	Muito forte
9	Muito forte
10	Muito forte

Consegue fazer o exercício confortavelmente?
 É normal que o exercício seja ligeiramente difícil de ar. Recomendamos que o exercício seja feito com o nível de fadiga de ar e fadiga muscular entre 4 e 6.
 No nível de fadiga de 10, a pessoa não deve ser capaz de continuar a fazer o exercício.

Não ultrapassar o nível 6 da escala. Se for necessário, a intensidade do esforço é demasiado elevada.

Como fazer Exercício

É muito importante aprender a identificar os próprios limites.

Que sintomas normais e anormais podem ocorrer durante o exercício?

Sintomas normais

- Fadiga de ar ligeira a moderada.
- Transpiração.
- Fadiga muscular (nos braços).
- Ligeira dor muscular nos músculos das pernas.

Indica-se para os sintomas normais dos sintomas, a intensidade do exercício pode ser aumentada.

Sintomas anormais

- Dor no peito.
- Dor de cabeça ou tontura.
- Tontura ou vertigem.
- Palpitações.
- Aumento da dificuldade respiratória.
- Dor de cabeça.

Se ocorrerem sintomas anormais, deve interromper o exercício imediatamente e procurar ajuda médica.



Como fazer Exercício

O programa de exercício deve incluir os seguintes tipos:

- Aeróbico.
- Cardiovascular.
- Fortalecimento muscular.
- Flexibilidade e equilíbrio.



Consegue fazer o exercício confortavelmente?

É importante começar com um exercício cardiovascular de baixa intensidade (como caminhada ou bicicleta) que permita ao corpo adaptar-se ao exercício.

Os exercícios cardiovasculares são muito importantes, porque ajudam a aumentar a resistência. Não significa que não se deve fazer o exercício de alta intensidade e a duração da prática de exercício aumentada.

Como fazer Exercício

Alguns exercícios cardiovasculares que se podem fazer:



Não há limites para os exercícios cardiovasculares, que podem ser feitos em qualquer lugar (parque, rua, etc.).

Como fazer Exercício

Exercícios de fortalecimento da musculatura – Tronco

Posição	
	Posição: Deitado de costas com os joelhos dobrados e os pés no chão. Movimento: Levantar o tronco no sentido da cabeça. Resposta:
	Posição: De pé com os pés juntos e os braços estendidos à frente. Movimento: Dobrar os joelhos e inclinar o tronco para trás. Resposta:
	Posição: Deitado de bruços com os braços estendidos à frente. Movimento: Levantar o tronco no sentido da cabeça. Resposta:

Como fazer Exercício

Exercícios de fortalecimento da musculatura – Torção

Posição	
	Posição: De pé com os pés juntos e os braços estendidos à frente. Movimento: Dobrar os joelhos e inclinar o tronco para a direita. Resposta:
	Posição: De pé com os pés juntos e os braços estendidos à frente. Movimento: Dobrar os joelhos e inclinar o tronco para a esquerda. Resposta:

Como fazer Exercício

Exercícios de fortalecimento da musculatura – Membros inferiores

Posição	
	Posição: Sentado em uma cadeira com os pés no chão. Movimento: Levantar o tronco no sentido da cabeça. Resposta:
	Posição: Deitado de costas com os joelhos dobrados e os pés no chão. Movimento: Levantar o tronco no sentido da cabeça. Resposta:
	Posição: Deitado de bruços com os braços estendidos à frente. Movimento: Levantar o tronco no sentido da cabeça. Resposta:

Como fazer Exercício

Exercícios de fortalecimento da musculatura – Membros inferiores

Posição	
	Posição: Deitado de costas com os joelhos dobrados e os pés no chão. Movimento: Levantar o tronco no sentido da cabeça. Resposta:
	Posição: Deitado de lado com os joelhos dobrados e os pés no chão. Movimento: Levantar o tronco no sentido da cabeça. Resposta:

Como fazer Exercício

Exercícios de fortalecimento da musculatura – Membros inferiores

Posição	
	Posição: De pé com os pés juntos e os braços estendidos à frente. Movimento: Dobrar os joelhos e inclinar o tronco para a direita. Resposta:
	Posição: De pé com os pés juntos e os braços estendidos à frente. Movimento: Dobrar os joelhos e inclinar o tronco para a esquerda. Resposta:

Como fazer Exercício

Exercícios de fortalecimento da musculatura – Membros inferiores

Posição	
	Posição: De pé com os pés juntos e os braços estendidos à frente. Movimento: Dobrar os joelhos e inclinar o tronco para a direita. Resposta:
	Posição: De pé com os pés juntos e os braços estendidos à frente. Movimento: Dobrar os joelhos e inclinar o tronco para a esquerda. Resposta:

Como fazer Exercício

Sinais de que o exercício foi bastante eficiente

É natural sentir fadiga ou desconforto durante exercícios de fortalecimento dos músculos. Esse desconforto pode ser sentido em zonas específicas ou ao longo do corpo, após o exercício. Há que ter em conta os seguintes sinais que sugerem que o exercício foi demasiado extenuante:

- Dor aguda nas articulações
- Tonturas ou vertigens durante mais d'1 minuto
- Falta de ar antes (isto é, a respiração deve ficar por instantâneo)

Se se sentir malado que um dos sintomas, deve parar-se temporariamente exercício e consultar o médico/fisioterapeuta de forma.



Como fazer Exercício

Relaxamento, flexibilidade e equilíbrio

Após o exercício, o corpo necessita relaxar. Deve fazer-se alguns alongamentos. Estes exercícios são úteis para a flexibilidade e para o relaxamento. Também também são úteis a prevenção de lesões, dadas como que tal os alongamentos no final do treino, etc.

Orientações gerais

- Adotar uma postura adequada antes de começar os exercícios de alongamento e equilíbrio. De pé ou sentado, deixar o pescoço na vertical e alinhar a cabeça e o tronco como as costas (como se descausasse encostado à parede).
- Para cada alongamento, manter a posição durante cerca de 30-60 segundos. Deve sentir-se um ligeiro desconforto devido ao alongamento, mas não dor. Repetir cada exercício 1-2 vezes.
- Respirar normalmente sem cortar a respiração.
- Cada alongamento deve ser feito com calma e gradualmente, sem forçar.

Trabalhar a flexibilidade torna-se mais fácil.



Como fazer Exercício

Exercícios de flexibilidade – Pescoço

	Pescoço
180°	Posição: Manter as costas direitas e olhar em frente. Movimento: Inclinar a cabeça para um lado, como se quisesse tocar os ombros com a cabeça. Evitando ler e fazer o mesmo para o outro lado.
135°	Posição: Manter as costas direitas e olhar em frente. Movimento: Descair a cabeça e o queixo até ao peito, mantendo os ombros relaxados. Evitando se jogar ao inclinar para trás. Repetir.

Como fazer Exercício

Exercícios de flexibilidade – Tronco

	Tronco
180°	Posição: De pé, com os pés afastados, ligeiramente mais do que a largura dos ombros, as mãos colocadas sobre o peito. Movimento: Inclinar ligeiramente o tronco para um lado. Repetir a posição para o outro.
135°	Posição: De pé com os braços estendidos sobre o peito. Movimento: Virar os ombros e a cabeça na mesma direção, como se estivesse para trás. Repetir.

Como fazer Exercício

Exercícios de flexibilidade – Tornozelos

	Tornozelos
135°	Posição: Sentado numa cadeira com uma perna estendida no chão ou colocada num tapete. Movimento: Inclinar-se ligeiramente para a frente até que os pés toquem o chão. Manter a posição e repetir.

Como fazer Exercício

Exercícios de flexibilidade

	Maneiras
180°	Posição: De pé com os pés afastados, ligeiramente mais do que a largura dos ombros. Movimento: Inclinar o corpo para a frente até sentir um alongamento no peito do pé da frente. Repetir.
135°	Posição: De pé com os pés afastados, ligeiramente mais do que a largura dos ombros. Movimento: Inclinar o corpo para a frente até sentir um alongamento no peito do pé da frente. Repetir.

Como fazer Exercício

Exercícios de Equilíbrio



Como fazer Exercício

Lentidão

Os exercícios lentos e suaves, e de fortalecimento dos músculos dentro um ritmo de forma contínua por cerca de 15 minutos, são bons para a saúde.

Após alguns dias de lentidão, comece a sentir melhor a força e a resistência durante o programa de exercícios.

Uma boa maneira de se manter na lentidão é:

- O programa de exercícios lentos deve ser feito regularmente e com frequência.
- O exercício regular e a lentidão representam a melhor combinação possível.

As pessoas podem sentir a lentidão e a resistência dentro como a saúde física e mental durante todo o tempo.



Ter uma Boa Noite de Sono

O exercício pode também ajudar a relaxar e a dormir melhor. Ter uma boa noite de sono é muito importante quando se tem OPOC. No entanto, algumas pessoas afirmam que a falta de um problema respiratório, além de um sono, também os mantém acordados por causa da lentidão.

Objetivo

- Conseguir um sono de qualidade e reparador.

Benefícios

- Permite a energia diária.
- Melhora a capacidade de pensar e lembrar.
- Melhora a produtividade.



Importante

- Todos os problemas para dormir de vez em quando.
- Não há uma quantidade "certa" de sono.
- Cada pessoa dorme durante um período de tempo que é variável para ela. Se continuar a ter dificuldade em dormir e se sentir cansado durante o dia, fale com o seu médico.



Ter uma Boa Noite de Sono

Dicas para conseguir uma boa noite de sono



- Mantenha uma rotina, mesmo que não tenha nada para fazer. Se possível, tente fazer a mesma coisa todos os dias.
- Faça exercícios. Exercícios lentos e suaves ajudam a relaxar e a dormir melhor.

- Relaxe antes de se deitar. Faça algumas respirações, como um biscoito de água e sal.
- Não use dispositivos eletrônicos antes de se deitar. Dispositivos eletrônicos podem interferir no sono e causar insônia.
- Não tome café, chá ou bebidas com gás antes de se deitar. Todas essas bebidas podem interferir no sono.
- Não use substâncias pesadas. Use roupas leves.
- Mantenha o quarto bem ventilado e fresco.
- Não tome bebidas alcoólicas ou use drogas antes de dormir. Ambas podem interferir no sono e causar insônia.

Vida Sexual Satisfatória

A sexualidade é uma área muito importante na OPOC. O sexo pode ser uma fonte de relaxamento e prazer. Mas algumas pessoas com OPOC têm medo de ter um ataque de falta de ar enquanto fazem sexo, e por isso evitam a sexualidade.

Você tem sexualidade?

A sexualidade é uma parte muito importante da vida de uma pessoa. É uma necessidade do corpo humano, não é uma escolha.

Objetivo

- Ter uma vida sexual saudável e gratificante dentro de uma necessidade do corpo humano.

Benefícios

- Gostar de uma sensação muito boa dentro de uma necessidade do corpo humano.

Uma vida sexual satisfatória não está limitada a relações sexuais. As relações sexuais são uma parte importante da vida de uma pessoa. Mas a sexualidade não é apenas sexo. É uma necessidade do corpo humano, não é uma escolha.

Todos os sentimentos e ideias na sexualidade são: amor, carinho, respeito, prazer e mais.



Vida Sexual Satisfatória

Dicas para conseguir uma vida sexual satisfatória



- Não se preocupar com a falta de ar. Não se preocupar com a falta de ar. Não se preocupar com a falta de ar.
- Não se preocupar com a falta de ar. Não se preocupar com a falta de ar. Não se preocupar com a falta de ar.

- Mantenha uma rotina sexual regular. O sexo deve ser uma necessidade do corpo humano, não é uma escolha.
- Não use dispositivos eletrônicos antes de se deitar. Dispositivos eletrônicos podem interferir no sono e causar insônia.
- Não tome café, chá ou bebidas com gás antes de se deitar. Todas essas bebidas podem interferir no sono.
- Não use substâncias pesadas. Use roupas leves.
- Mantenha o quarto bem ventilado e fresco.
- Não tome bebidas alcoólicas ou use drogas antes de dormir. Ambas podem interferir no sono e causar insônia.

Planear uma Viagem

Val a pena ir viajar e suplementar a viagem de avião?

Pode ocorrer o risco de hipoxemia (níveis baixos de oxigênio no sangue) durante viagens aéreas, se tiver um dos seguintes problemas:

- Doença pulmonar restritiva (DPOC crônica)
- Hipoxemia crônica noturna ou supulta
- Uma oxigenação de DPOC recente

Fale com o seu médico



Planear uma Viagem

Algumas considerações práticas sobre viajar de avião com oxigênio

- Viaje quanto a sua condição for estável
- Talar com antecedência para garantir que terá oxigênio a bordo (geralmente quem os passageiros não podem transportar o seu próprio oxigênio para dentro do avião)
- Verifique se sua bateria está carregada
- Informe seu piloto ou médico sobre a condição de oxigênio a bordo
- Peça ao seu médico que lhe passe uma declaração
- Não se esqueça de trazer a documentação necessária
- Chegue cedo ao aeroporto
- Sempre que possível, vá diretamente para o seu destino
- Para muitos, viajar de avião é especialmente no período de primavera ou verão, de preferência
- Peça um lugar perto do corredor
- Sempre que necessário, verifique com antecedência se terá disponível oxigênio no seu destino final



Cada companhia aérea trabalha de forma diferente. Verifique com a sua companhia aérea a forma de ter oxigênio durante o voo

Planear uma Viagem

Dicas importantes



- O planejamento é a chave para uma boa viagem. Deve procurar aconselhamento junto do seu médico ou do centro de saúde pelo menos 3 semanas antes da data prevista de partida
- Se viajar em viagens de curto ou de longo, leve oxigênio. Terá de levar um na parte da frente do avião. Os lugares de trás podem apresentar riscos
- Não comer demasiado, especialmente alimentos que possam provocar gases, durante os períodos de voo. Terá de evitar alimentos demasiado doces
- Se viajar de avião, leve todos os medicamentos consigo na mala de mão, para o caso de sua bagagem se atrasar ou se perder
- Se viajar sozinho, leve consigo um pouco quando viajar de avião, de carro, autocarro ou comboio. Isso pode ajudar a prevenir que alguém de sangue se ferisse ou se machucasse
- Certifique-se de que tem tudo o que precisa, e não esquecer os seus bilhetes, o dinheiro e o seu ID, é mais possível que tenha uma viagem relaxada

O exercício, a boa alimentação e o tempo despendido com paciência e calma, pode melhorar o bem-estar físico e mental durante o voo DPOC

Espero a sua família a dar-lhe o melhor do seu tempo de vida saudável, para isso não hesite em falar com a família e a qualidade de vida de quem vive com a doença de todos a família



Bibliografia

- O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau L, et al. Canadian Thoracic Society. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease - 2005. Can Respir J 2005;15(Suppl A):12A-65A.
- Celli BR, MacIntyre CR, ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004;23(1):1-65.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. WPA/WHO Workshop Report 2004.
- Rodriguez J, et al. Reduction of Hospital Utilization in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease - A Disease-specific Self-management Intervention. Arch Intern Med 2003;163(15):1681-1685.
- Rodriguez J, Smith S, Reynolds R. Comprehensive Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NC Doctor Inc. 2002.

Obrigada!



Apêndice 3 – Ação de Educação para a Saúde: “DPOC – Prevenir Sintomas e tomar a Medicação”



Introdução

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença que pode afetar todas as regiões da nossa vida. Quando não é tratada adequadamente, pode comprometer nossa qualidade de vida e nossas atividades diárias.

No entanto, se a doença for tratada adequadamente, os sintomas são controlados e a qualidade de vida melhorada.

É possível ter sintomas de DPOC, mas não é doente. Isso é uma condição que pode ser tratada e controlada.

Alguns sintomas de DPOC podem ser tratados e controlados, como tosse, falta de ar, chiado no peito, entre outros. Quando não tratados, podem levar a complicações graves, como pneumonia, enfisema, entre outros.

Se você tem DPOC, siga as recomendações do médico, tome a medicação corretamente e faça o tratamento adequado para manter a sua qualidade de vida.





Sugestões para reduzir ou evitar a exposição a estes fatores

Poluentes no tabaco e pólen

- Evitar de fumar e evitar o fumo passivo. Conversar com a enfermeira ou do(a) médico(a) sobre benefícios ou danos sobre estratégias que podem ajudar a si e a evitar a exposição de fumo.
- Evitar áreas com flores. Trabalhar em áreas bem ventiladas.
- Evitar o ar condicionado ou qualquer tipo de ventilação mecânica.
- Evitar gases de escape de carros.

Alterações da temperatura

- Quando está frio, vestir roupas quentes e cobrir o nariz com um lençol.
- Quando estiver quente:
 - Remoção: não ambiente com ar condicionado.
 - Beber muita água (de 1 a 2 litros por dia).
 - Evitar atividades ao ar livre.
 - Usar roupas leves de preferência de cores claras e frescas.

Sugestões para reduzir ou evitar a exposição a estes fatores

Exercícios

- Se se sentir ansioso e estressado falar com os seus familiares, amigos ou profissionais de saúde sobre o problema.
- Fazer técnicas de relaxação e respiração.

Infecções respiratórias

- Evitar o contato próximo com pessoas que estejam com **infecções respiratórias** como: sinusite, ou gripe. Usar as **máscaras** certas em situações de risco.
- Tanto a doença como as bactérias que podem causar, devem **evitar-se** desde o início com o uso adequado de **higiene** com o uso adequado de **lábios** de **respiração** e **proteção**.

Como funciona a Respiração

A respiração envolve duas fases:

Inspiração e Expiração

Inspiração com DPDC - Inspiração

Inspiração (ocorre no sentido de dentro para fora)

- 1) O diafragma contrai-se (desce), para aumentar o espaço dentro do peito.
- 2) Os músculos do peito e do tórax contraem-se para ajudar o diafragma.
- 3) Como resultado, o ar é puxado para dentro do peito.
- 4) O ar está pronto para ser usado.



Como funciona a Respiração

A respiração envolve duas fases:

Inspiração e Expiração

Expiração com DPDC - Expiração

Expiração (ocorre no sentido de fora para dentro)

- 1) O diafragma relaxa, indo para a posição original, o que reduz o espaço dentro do peito.
- 2) O ar é empurrado para fora do peito.
- 3) Os músculos do tórax relaxam para ajudar a expulso o ar para fora do peito.
- 4) O ar está pronto para ser usado.



Quando se tem DPDC o ar fica aprisionado dentro dos pulmões.

Ar aprisionado

- Devido à obstrução das vias aéreas e do peito, o ar fica aprisionado nos pulmões, não pode ser movido para fora do corpo.

Respiração normal (sem DPDC)

- Como consequência do ar aprisionado, o diafragma tem de trabalhar mais e é necessário o esforço adicional. Para além disso, os músculos do peito e do tórax também têm de trabalhar mais.

Respiração com falta de ar

- Devido ao ar aprisionado nos pulmões, há mais dificuldade em inspirar e fazer a troca de gases.



Reduzir a Falta de Ar

A falta de ar acontece de vez em quando e pode ser evitada. É um dos principais sintomas da DPDC, e isso é importante e insuperável.

É muito importante controlar a falta de ar, para que o doente seja capaz de controlar o doente.

Os cuidados devem ajudar a reduzir o ar aprisionado nos pulmões, da mesma forma que algumas técnicas respiratórias e posturas do corpo.

Se reduzir o ar aprisionado, permite-se que o doente entre nos pulmões mais facilmente, e como resultado há menos falta de ar.

Respiração com Lábios Semicerrados

Objetivo

- Com esta técnica, respira-se lentamente, o que permite liberar mais ar, reduzindo dessa forma menos o apertamento nos pulmões.

Benefícios

- Reduz a frequência respiratória e falta de ar;
- Ajuda a regular o ar perdido respiratório ao final após o exercício;
- Melhora a capacidade de levar a cabo diferentes atividades;
- Aumenta a sensação de conforto sobre a próxima respiração.

Importante

- O fluxo deve entrar na respiração;
- A respiração deve ser prolongada, mas não forçada.



Respiração com Lábios Semicerrados



Passos

1. Inspire lentamente através do seu nariz até sentir que os seus pulmões estão cheios de ar.
2. Semibre no lábio, como se assistisse no trânsito perto a deixar alguém.
3. Exale lentamente mantendo os lábios semicerrados. Autoproteja-se de que leva mais tempo a expirar do que a inspirar. Lembre-se de manter os lábios semicerrados.
4. Não force os seus pulmões a respirar.

Respiração com Lábios Semicerrados – sob esforço

Condição

- Inspirar 1...2...
- Expirar 3... 2... 1...

Situação

- Seja em caso de esforço extremo;
- Inspirar em repouso;
- Sob 3-4 segundos enquanto se inspira e parar para inspirar (respiro por um segundo).

Seja com o corpo sob esforço extremo:

- Inspirar em repouso;
- Sob 3-4 segundos enquanto se inspira e parar para inspirar.

Seja com o corpo sob esforço extremo com o corpo deitada:

- Inspirar em repouso;
- Sob 3-4 segundos enquanto se inspira;
- Sob 2 segundos enquanto se inspira;
- Sob 3-4 segundos enquanto se inspira, etc.



Respiração com Lábios Semicerrados – sob esforço

Condição

- Antes de se levantar um objeto pesado, deve inspirar no peito no ar;
- Antes de se jogar no objeto enquanto se inspira com os lábios semicerrados;
- Usar a respiração por lábios semicerrados, enquanto se carrega o objeto. Repetir o processo quando se precisa o objeto;
- Deixe sempre os pulmões e mantenha as costas direitas.



Posições do Corpo para Reduzir a Falta de Ar

Uma postura incorreta (postura errada) muitas vezes contribui para o aumento da falta de ar, pois o peito não consegue expandir até à sua capacidade total. Alterar a posição do corpo quando se está sentado ou em pé pode ajudar a respirar melhor.

Objetivo

- Analisar os sintomas associados e melhorar a ação do diagnóstico.

Benefícios

- Ajudar a corrigir a postura e a melhorar a respiração;
- Ajudar a reduzir a falta de ar.

Pontos a reter

- Usar a respiração de lábios semicerrados em caso de diferentes posições do corpo;
- Inclinar ligeiramente o peito para a frente, não deslizar a cabeça sobre o diagnóstico, permitindo maior relaxamento.

Posições do Corpo para Reduzir a Falta de Ar

Sentado

- Colocar as costas no chão no chão;
- Inclinar ligeiramente o peito para a frente;
- Apoiar as costas no chão;
- Apoiar o queixo no chão.



Deitado

- Colocar as costas no chão no chão;
- Inclinar ligeiramente o peito para a frente;
- Apoiar os braços no chão;
- Apoiar a cabeça no chão.



Posições do Corpo para Reduzir a Falta de Ar

Definição

- Inclinar ligeiramente o corpo para a frente.
- Apoiar as mãos nas coxas.

Benefícios

- Apoiar os cotovelos numa cadeira.
- Apoiar a cabeça nos antebraços.
- Relaxar o pescoço e os ombros.

Passos

- Apoiar as mãos numa cadeira.
- Ter as "ombros e mãos" enquanto estiver nessas posições, isso pode fazer alguns músculos, associados à respiração, provocando falta de ar se se mantiver a posição durante muito tempo.



SOS num Ataque de Falta de Ar

Se sentir um ataque agudo de falta de ar pode ser angustiante para as pessoas com DPOC. Aprender a manter o calmo durante um ataque pode fazer com que a respiração e a atividade voltem ao normal/tenham mais controlo.

Objetivo

- Normalizar a sua respiração durante um ataque agudo de falta de ar.

Benefícios

- Aprender a controlar a falta de ar.
- Ajudar a reduzir o pânico associado a um ataque.

Pontos a reter

- Ter a certeza de sempre o espaço para normalizar a respiração.



SOS num Ataque de Falta de Ar

Passos

1. Pare e encontre uma posição confortável.
2. Mantenha-se o mais calmo possível.
3. Incline a cabeça ligeiramente para a frente.
4. Relaxe os ombros.
5. Inspire pela boca.
6. Espire pela boca.
7. Inspire e espire tão rápido quanto conseguir.
8. Comece a expirar lentamente sem forçar a expiração. Neste ponto, introduza a respiração com os lábios semiabertos.
9. Respire lentamente.
10. Comece a respirar pelo nariz.
11. Continue a respirar de lábios semiabertos durante pelo menos 5 minutos.



SOS num Ataque de Falta de Ar

Sugestões para amigos familiares

Peça aos seus amigos e familiares que:

- Falem consigo devagar, sejam solidários e se tranquilizem.
- O ajudem a concentrar-se na sua respiração.
- O ajudem de se colocar numa posição que reduza a falta de ar. Isso pode ajudá-lo a respirar mais facilmente.
- O ajudem a tomar a medicação SOS como prescrito no seu Plano de Ação.
- Mantiverem os seus sintomas de perto.
- Peçam ajuda e façam perguntas aos contactos identificados no Plano de Ação.
- O ajudem a encontrar uma forma de ir ao hospital.



Técnicas de Desobstrução das Vias Aéreas

Tosse e expectoração desobstruem as vias aéreas de DPOC...

Quando se tem DPOC, as vias aéreas podem bloquear com expectoração espessa e pegajosa. Isso pode dificultar a respiração, também favorece o aparecimento de infeções.

Tosse é importante porque ajuda a remover a expectoração dos pulmões. Tal como há uma forma correta de respirar, também há uma forma correta de tossir.

A produção de expectoração nos brônquios é uma consequência da inflamação das vias aéreas, inflamação das células respiratórias. Os mecanismos respiratórios incluem um mecanismo de produção de secreções, uma diminuição da função das células que promovem a eliminação da expectoração, e fecho dos pequenos brônquios e a tosse reflexa.

Objetivo

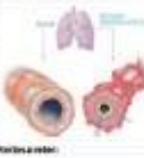
- Mobilizar e remover a expectoração dos pulmões sem causar desconforto.

Benefícios

- Reduzir a falta de ar.
- Melhorar a tosse produtiva.
- Prevenir a tosse seca e irritante.
- Prevenir infeções de respiração associadas.
- Melhorar a qualidade de vida.

Pontos a reter

- Terar tosse em pequenos ataques.
- É importante poupar energia.



Técnicas de Tosse Controlada

Objetivo

- Remover a expectoração dos pulmões sem causar desconforto.

Benefícios

- Prevenir infeções causadas pelo aumento de expectoração nos pulmões.
- Reduzir a falta de ar provocada pelo bloqueio das vias aéreas por expectoração.

Pontos a reter

- Terar tosse em pequenos ataques.
- É importante poupar energia.

Passos

1. Sente-se numa posição confortável.
2. Incline ligeiramente a cabeça para a frente.
3. Coloque ambos os pés firmemente no chão.
4. Inspire profundamente pelo nariz.
5. Tussa duas vezes com a boca ligeiramente aberta. A primeira tosse vai libertar a expectoração. A segunda tosse vai fazer com que esta suba para a sua garganta. Coça para um tempo branco. Verifique a cor da sua expectoração. Se houver uma alteração na cor, siga as recomendações do seu médico. Se houver sangue, fale com o seu médico.
6. Faça uma pausa e repita uma ou duas vezes se não obter resultados imediatos.



Técnica de "Huffing"

Objetivo:

- Melhorar a expectoração dos pulmões com menos esforço;
- Prolongar energia;
- Reduzir tosse/esforço causados por um aumento da expectoração nos pulmões.

Benefícios:

- Conservar a energia, ajudando a renovar a expectoração com uma técnica suave;
- Prevenir tosse/esforço causados por um aumento da expectoração nos pulmões.

Passos:

1. Sente-se numa posição confortável;
2. Inclina ligeiramente a cabeça para a frente;
3. Coloque ambos os pés firmemente no chão;
4. Inspire profundamente pelo nariz;
5. Faça expirações curtas, com a boca aberta, como se estivesse a tentar embalar uma janelas;
6. Repita uma ou duas vezes.

"Ciclo Ativo de Respiração" – Técnica

Esta técnica é uma combinação de várias técnicas que tornam a desobstrução das vias aéreas mais eficaz. Os objetivos desta técnica são utilizar e expirar a expiração.

Utiliza-se em várias fases:

- Respiração controlada;
- Respirações lentas e profundas;
- Técnica de "Huffing" (breve controlada, também denominada "huffing").

```

graph TD
    1[1. Fase de inspiração controlada] --> 2[2. Fase de expiração lenta e profunda]
    2 --> 3[3. Fase de expiração curta e rápida]
    3 --> 4[4. Fase de inspiração controlada]
    4 --> 1
  
```

"Ciclo Ativo de Respiração" – Técnica

Passos:

1. Sente-se numa posição confortável, antes e depois da sessão;
2. Respiração controlada: contemple uma das mãos no tórax. Respire no seu ritmo até se sentir relaxado e pronto para passar para as fases mais ativas do ciclo (20-30 segundos). Deve sentir a sua mão a mover enquanto respira. Use o nariz como inspiração para tornar a respiração mais confortável;
3. De seguida, faça 14 respirações lentas e profundas com a língua, de ponta, contra a respiração por 3 segundos após cada respiração. Repita as etapas 2 e 3 uma vez;
4. Termine com a respiração controlada;
5. Continue com a técnica "huffing";
6. A técnica de "huffing" pode ser realizada 1 a 2 vezes, conforme necessário, no final de cada ciclo ativo.

• A técnica de fase controlada também pode ser usada se o ritmo de "huffing" for difícil ou se se sentir mais confortável.

Medicação para a DPOC e importância de fazê-la corretamente

Tratar os sintomas e melhorar a função que aguentam os seus pulmões respiratórios é apenas uma parte da gestão da doença.

Uma parte muito importante é tomar a medicação como prescrita e usar técnicas adequadas.

Os medicamentos são cruciais para a DPOC, pois podem ajudar a aliviar os sintomas respiratórios para que possam sentir-se melhor e melhorar a sua qualidade de vida.

O que deve ter em conta em relação à medicação:

- O nome de cada medicamento que está a tomar;
- Onde se encontra o medicamento;
- A dose que deve tomar;
- Quando deve tomar o medicamento;
- Como tomar a medicação de forma adequada;
- Porquê/tem com a medicação é efetiva, secundária.

Medicação para tratar a DPOC

Pode ser necessário tomar do que um tipo de medicamento para manter as vias respiratórias abertas. Na DPOC, os broncodilatadores são a principal forma de medicação usada no dia-a-dia. Todavia, existem outros tipos de medicamentos que podem ser necessários para ajudar a reduzir os sintomas respiratórios.

Broncodilatadores: os medicamentos mais importantes no tratamento da DPOC porque ajudam a abrir as vias aéreas e reduzem a falta de ar no longo prazo.

Anti-inflamatórios: ajudam a tratar a inflamação das vias aéreas e podem ajudar a prevenir o agravamento dos sintomas respiratórios.

Estabilizantes: ajudam a tratar tosse/esforço e podem ser usados com medicação para a DPOC durante uma exacerbção.

Broncodilatadores

São os medicamentos mais importantes no tratamento da DPOC. Abrem as vias aéreas e previnem a falta de ar.

Existem vários tipos de broncodilatadores:

1. **Anticolinérgicos**
 - Ação rápida
 - Ação prolongada
2. **Beta₂ agonistas**
 - Ação rápida
 - Ação prolongada
3. **Combinação de broncodilatadores**
 - Ação rápida
 - Ação prolongada

Broncodilatadores

Anticolinérgicos de ação rápida

- Facilitam a respiração ao abrir as vias aéreas instantaneamente;
- Normalmente, tomados de forma regular, várias vezes ao dia;
- Para alguns doentes com DPOC, podem ser usados conforme o plano terapêutico.

Anticolinérgicos de ação prolongada

- Indicados para o tratamento de manutenção do DPOC;
- Reduzem a falta de ar, as exacerbações e melhoram a qualidade de vida;
- Facilitam a respiração ao abrir as vias aéreas instantaneamente;
- Tomados regularmente.



Broncodilatadores

Beta₂ – Agonistas de ação rápida

- Medicamentos SCS, usados quando necessário;
- Aliviam as vias aéreas instantaneamente.

Beta₂ – Agonistas de ação prolongada

- Indicados para o tratamento de manutenção do DPOC;
- Reduzem a falta de ar, as exacerbações e melhoram a qualidade de vida;
- Aliviam as vias aéreas durante 12-24 horas;
- Não devem ser usados para substituir medicamentos SCS.



Broncodilatadores

Combinação de broncodilatadores de ação rápida

- Efeito da combinação de anticolinérgicos de ação rápida e beta₂ agonistas de ação rápida:
- Medicação SCS, usada instantaneamente as vias aéreas;
- Para alguns doentes com DPOC, pode ser usado quando necessário;
- Pode também ser tomado regularmente, até 4 vezes por dia, mas sempre com o acompanhamento do seu médico.

Combinação de broncodilatadores de ação prolongada

- Efeito da combinação de anticolinérgicos de ação prolongada e beta₂ agonistas de ação prolongada:
- Aliviam as vias aéreas durante 24h;
- Indicados no tratamento de manutenção do DPOC;
- Prevêm a falta de ar e a exacerbação;
- Reduzem a falta de ar, as exacerbações e melhoram a qualidade de vida;
- Tomados regularmente, 1 a 2 vezes por dia;
- Não devem ser usados para a medicação SCS.



Anti-inflamatórios

Os anti-inflamatórios reduzem certos tipos de inflamação nos pulmões. Existem várias formas de anti-inflamatórios.

Corticosteróides orais (para prevenção)

- Ajuda a tratar exacerbações, mas habitualmente sendo não recomendados para tratamento de manutenção.

Corticosteróides inaláveis

No DPOC, os corticosteróides inaláveis podem ajudar os doentes em combinação com broncodilatadores.

Combinações de beta₂ – Agonistas de ação prolongada com corticosteróides inaláveis

- Efeito da combinação:
 - Reduz a inflamação e o edema das vias aéreas;
 - Alivia as vias aéreas;
- Trata as exacerbações (menos frequentes);
- Pode também ser usado em alguns doentes para aliviar mais as vias aéreas;
- Não são recomendados como medicação SCS.



Anti-inflamatórios

Inibidores de fosfolipase A2 (PLA2)

- Estes medicamentos previnem uma menor inflamação dos pulmões e ajudam a parar o resfriamento das vias aéreas que ocorre com o DPOC;
- Podem também ser usados em combinação com broncodilatadores inaláveis;
- Podem diminuir a falta de ar;
- Devem ser tomados por via oral (comprimido de forma regular);
- Não devem ser usados como medicação SCS.

A. Inibidores de fosfolipase A2 – como os Zileuton

- Podem interagir com a comida e outros medicamentos;
- Pode ser necessário fazer análises ao sangue para controlar a quantidade de medicação no corpo.

B. Inibidores PLA2 – como o Roflumilast

- Não usados em doentes com um histórico de exacerbações frequentes;
- Podem ter efeitos secundários graves que não são controlados com a medicação inalada. É preciso ir um médico quando for necessário.



Medicação para tratar exacerbações

Anti-inflamatórios orais (corticosteróides)

- Estes medicamentos reduzem a inflamação nos pulmões;
- Ajudam a prevenir por períodos curtos. Só se usa quando os sintomas se agravam (exacerbação);
- Normalmente prescrito de forma permanente.

Antibióticos

- São usados no tratamento de infeções respiratórias (sinusite, bronquite infecciosa, pneumonia, etc.);
- O tratamento tem de ser feito regularmente como prescrito.



A importância de usar a Técnica de Inalação Adequada

De forma a funcionar, a nebulização para a DPOC deve ter capacidade de chegar aos pulmões. É por isso que a utilização adequada dos dispositivos de inalação é essencial para prevenir e gerir as crises (ataques, exacerbações, etc.).

A maioria dos doentes tem dificuldade em usar certos dispositivos de inalação e manter uma boa técnica de inalação. Aprender a melhor técnica de inalação pode ser difícil, mas deve ser feito.

Se se usar qualquer dos inaladores de forma incorreta, o medicamento pode não chegar às vias aéreas como é esperado, e a terapia pode ser menos eficaz.

O profissional de saúde (farmacêutico ou enfermeiro) deve verificar a técnica de inalação com o doente antes da consulta.



Dispositivos de Inalação




Dispositivos de Inalação

Os dispositivos que fornecem a nebulização classificam-se em três categorias:

1. O inalador documentado (MDI) e a câmara expansora

Com um MDI (frequentemente chamado inalador), a nebulização é liberada precisamente no momento que libertamos o jato/jato de nebulização numa única pressão rápida.

Quando se usa um MDI, é necessário coordenar a inalação com a liberação do inalador.

O uso de uma câmara expansora é altamente recomendado para os que:

- Aumentar a quantidade de nebulização que chega aos pulmões e
- Diminuir a quantidade de nebulização que fica na boca e garganta, o que pode reduzir alguns dos efeitos secundários do medicamento (palidez, náusea, ressecamento da boca).

Dispositivos de Inalação

Os dispositivos que fornecem a nebulização classificam-se em três categorias:

2. Os inaladores de pó seco (DPI)

Estes dispositivos libertam nebulização em pó nos pulmões quando inspira a nebulização da inalação com a libertação de nebulização de libertação simplificada.

Alguns destes dispositivos são concebidos para serem usados com uma técnica de inalação para se obter uma técnica, enquanto outros dispositivos são concebidos para serem usados com uma técnica de inalação.

Dispositivos de Inalação

Os dispositivos que fornecem a nebulização classificam-se em três categorias:

3. Inaladores de libertação (DPI)

Este é um inalador sem propulsor. Liberta a nebulização lenta e continuamente, dependendo da velocidade com que se faz a inalação para os pulmões. A nebulização é depositada como uma neblina, que é expandida muito tempo depois de ser feita, o que simplifica a coordenação da atuação do inalador com a inalação.

Dispositivos de Inalação

Inalador documentado

Técnica

1. Verificar a técnica;
2. Agitar o dispositivo 5-6 vezes de cima para baixo (para misturar bem o conteúdo);
3. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás e expirar normalmente;
4. Colocar cuidadosamente o bocal entre os dentes e pressionar os lábios;
5. Começar a respirar lentamente através da boca. Pressionar o inalador para sair e continuar a respirar lentamente (apenas uma vez para libertar uma dose de nebulização);
6. Continuar a respirar lenta e profundamente até que os seus pulmões estejam cheios;
7. Sustentar a respiração durante 4 a 10 segundos, para que a nebulização tenha tempo de se ativar nos seus pulmões;
8. Se outra dose for necessária, esperar um minuto entre inalações e repetir os passos 2 a 7;
9. Colocar a tampa protetora.

Dispositivos de Inalação

Inalador dosimetrado



Manutenção e Limpeza

- Limpar o recipiente, longe do fogo e a recipientes de plástico, sempre inalador, mergulhando-o em água morna com sabão. Deixar secando em local ventilado antes de usá-lo.
- O inalador deve ser mantido a temperatura ambiente, longe de fontes de calor ou frio. No caso de exposição ao frio, esfregar o inalador entre as mãos até ficar morno para usá-lo.

Dispositivos de Inalação

Inalador dosimetrado com câmara expansora

Técnicas

1. Retirar a tampa;
2. Agitar o dispositivo 5-6 vezes a fim de agitar o conteúdo, mantendo o inalador na vertical;
3. Inclinar ligeiramente o inalador para trás e expirar normalmente;
4. Colocar cuidadosamente o bocal da câmara expansora sobre os dentes a cerca de 2 dedos;
5. Posicionar o inalador sobre os dentes;
6. Inalar lenta e profundamente pela boca;
7. Manter a inspiração 10-15 segundos antes de expirar durante 6 a 10 segundos.

Depois de expirar normalmente:

- Técnica de inalar gradual: se tem dificuldade em respirar profundamente de uma vez ou em manter a inspiração durante muito tempo, inspire e expira lentamente com o expansor, 5-6 vezes seguidas.
- Se precisar de mais uma dose, expira 1 minuto antes de inalar, e repita os passos 2-7.
- Coloque a tampa protetora.

Dispositivos de Inalação

Inalador dosimetrado com câmara expansora



Manutenção e Limpeza

- Limpar a câmara expansora antes da primeira utilização e uma vez por semana depois disso, de acordo com as instruções do fabricante, para evitar a acumulação de resíduos do medicamento do seu dispositivo próximo aos dentes.
- Se a sua câmara expansora for lavada, deixe-a de se secar até a estar seca antes de usá-la.
- O dispositivo deve ser substituído ao atingir o vencimento.
- Mantenha a câmara expansora em local seguro para garantir que esteja disponível caso se precisar.

Dispositivos de Inalação

Breehaler®/Aerolizer®

Técnicas

1. Retirar a tampa;
2. Alisar o dispositivo de inalação, segurar firmemente na base do inalador e inclinar o bocal para cima o dispositivo de inalação;
3. Preparar a câmara;
4. Inclinar o dispositivo corretamente e colocar na câmara;
5. Posicionar o dispositivo de inalação. Deve estar no eixo "Alinhar";
6. Puxar a câmara. Não pressione os botões de fixação de fora para não quebrar o dispositivo;
7. Usar até completamente o conteúdo;
8. Inserir. Não se apoiar no bocal.

Dispositivos de Inalação

Breehaler®/Aerolizer®

Técnicas

9. Colocar o inalador na boca e pressionar o botão. Firmemente à volta do bocal. Inalar rápido e regularmente, até profundamente quanto possível;
10. Não: Inalar rápido expira pelo dispositivo de inalação, a câmara que dentro da câmara e deve respirar um pouco;
11. Manter a inspiração durante pelo menos 10-15 segundos ou enquanto for confortável enquanto respira o inalador da boca. Depois, expira;
12. Retornar a câmara para o eixo central, renovar a câmara antes com frequência, inspire e deixe a boca fechar o dispositivo de inalação e respirar a tampa;
13. Repita a dose. Não: Colocar o inalador na boca de novo se não se apoiar a intensidade de quando antes a primeira dose.

Dispositivos de Inalação

Breehaler®



Manutenção e Limpeza

- Nunca lave o inalador com água. Mantenha sempre o inalador e as válvulas no estado seco.
- Use sempre o novo inalador que vem com a sua nova embalagem de medicamento (boca do inalador deve ser substituída uma vez por mês).
- Não guarde as válvulas no inalador. As válvulas devem ser trocadas caso as válvulas não funcionarem adequadamente antes de usá-las.

Dispositivos de Inalação

Dêixa®

Nome:

1. **Aberto:** Para abrir o inalador, segure a parte de fora do recipiente e coloque o protetor da tampa sobre os pontos. Empurre o pino para fora até onde for possível, até ouvir um clique.
2. **Respire:** Segure o inalador com o bocal na sua direção. Incline a cabeça até onde for possível, até ouvir o clique. O seu inalador está agora pronto a usar.
3. **Expire:** Segure o inalador fora da boca. Expire completamente até onde for confortável. Também ou, nunca expire para o inalador.
4. **Inspire:** Depois de respirar, coloque o bocal na boca, sobre os lábios e inspire profundamente através da boca até que uma respiração esteja completa. Retire o inalador da boca. Inspire a respiração durante 5-10 segundos, ou enquanto for confortável. Expire lentamente.
5. **Fechar:** Para fechar o inalador, coloque o protetor e deslize-o para trás até ouvir um clique. A cabeça está agora automaticamente preparada para a próxima utilização. O contador no inalador indica quantas doses ainda tem.

Dispositivos de Inalação

Dêixa®



Manutenção e Limpeza

- O dispositivo tem um contador de doses que fica do o número de doses restantes. Para saber quando foram atingidas as doses ainda deve, os sintomas seguem a ser visto.
- Cada dose é automaticamente medida e totalmente protegida. O Dêixa não requer manutenção nem recalibração.

Dispositivos de Inalação

Eliquis®

Nome:

1. **Preparar:**
 - a) Quando retirar o inalador da caixa, certifique-se de que o bocal está fechado.
 - b) Mantenha a caixa fechada até estar preparado para fazer uma dose.
 - c) Quando estiver pronto, deslize a cobertura para o lado, até ouvir um clique.
 - d) O contador das doses mostrará agora o número das doses. Pode pronto a usar uma dose.
2. **Inalar:**
 - a) Inspire através o inalador fora da boca, inspire o inalador que contém, incline-se, nunca expire para o seu inalador.
 - b) Coloque o bocal sobre os lábios e cubra-os firmemente. Não despegue a tampa de ar sobre os dentes.
 - c) Respire uma vez, inspire e profundamente. Inspire a respiração durante 5-10 segundos ou enquanto for confortável.
 - d) Retire o inalador da boca. Expire lentamente.
3. **Fechar:**
 - a) Deslize a tampa para cima até onde se for para tapar o bocal.

Dispositivos de Inalação

Eliquis®



Manutenção e Limpeza

- Um novo inalador tem exatamente 10 doses. Por a montagem de cada vez que abre a tampa. Se não a fechar a tampa do seu inalador para evitar o desperdício, perderá a dose.
- Quando tiver menos de 10 doses, avise o contador de doses está a zero, para lembrar que tem de fazer a próxima dose. Quando o contador chega a zero, a tampa fecha, o inalador está vazio.

Dispositivos de Inalação

Genual®

Nome:

1. Retire a tampa protetora apertando ligeiramente as setas nas setas em cada um dos lados e puxe para fora.
2. Segure o inalador na horizontal com o bocal virado para si e o bocal virado para cima.
3. Posicione o bocal virado para cima e para a esquerda. O seu modo de uso é correto que o seu medicamento está pronto para ser inalado.
4. Expire fora do inalador.
5. Coloque os lábios cuidados à volta do bocal e inspire com força e profundamente pela boca. O inalador avisa que inalei e automaticamente emitido um clique. Continue a respirar enquanto depois de ouvir o clique, para ter a certeza de ter inalado a dose completa.
6. Retire o inalador da boca e incline a respiração durante 5-10 segundos ou enquanto for confortável, depois expire lentamente.
7. Avise-se de que o seu 2 de controlo ficou vermelho. Isto confirma que inalei a sua dose totalmente.
8. Recolha a tampa protetora pressionando a seta e bocal.

Dispositivos de Inalação

Genual®

Nome:



Dispositivos de Inalação

Genus®

Manutenção e Limpeza

- Quando uma luz vermelha aparece no indicador de dose, quer dizer que está a aproximar-se da sua última dose e deve substituir um novo inalador.
- Quando é (isto) aparece no topo do indicador de dose, deve substituir a caixa de doses que ainda estão no inalador.
- Quando a última dose tiver sido preparado para inalação, o botão verde não vai regressar à sua posição superior, ficando travado numa posição redutida. Apesar do botão verde estar travado, a sua última dose ainda pode ser inalada. Depois disso, o inalador não pode ser usado novamente e deve começar a usar um novo inalador.
- Não precisa de limpar o seu inalador. Nunca use água para limpar o inalador, uma vez que isso pode danificar o seu medicamento.

Dispositivos de Inalação

HandiHaler®

Instruções

1. Para libertar o tampão do pó, pressione o botão de fundo verde completamente.
2. Abra a tampa do pó completamente passando a para cima, depois abra o bocal passando o para cima.
3. Imediatamente antes do uso, retire a película de alumínio até que uma cápsula esteja completamente visível. Retire uma cápsula da cápsula (pelo espaço livre de que uma cápsula do fundo).
4. Coloque a cápsula na câmara central.
5. Prehe o bocal com a forma até sentir um clique, deixando a tampa do pó aberta.
6. Segure o inalador com o bocal para cima e pressione o botão verde completamente de uma vez, e liberte.
7. Respirar completamente. Nunca inspire para o bocal.

Dispositivos de Inalação

HandiHaler®

Instruções

6. Segure o inalador pela base cilíndrica. Não toque a entrada de ar livre e inalador à base e cerca os olhos à volta do bocal. Mantenha a cabeça numa posição direita e inspire lenta e profundamente sua dose completa e sentir um clipe a cápsula a abrir. Inspire até que os seus pulmões estejam cheios, depois mantenha a respiração durante 5-10 segundos no espaço for confortável e em equilíbrio entre o inalador da base. Continue a respirar normalmente.
8. Para assegurar a inalação completa dos conteúdos da cápsula, deve repetir os passos 7 e 8 mais uma vez.
10. Abra o bocal novamente. Retire a cápsula usada e descartá-la. Não toque nas cápsulas usadas. Se tiver problemas nas mãos, assegure-se de que as lavar cuidadosamente.
11. Prehe o bocal e a tampa do pó para garantir.

Dispositivos de Inalação

HandiHaler®



Manutenção e Limpeza

- É importante limpar o inalador uma vez por mês, da seguinte forma. Abra a tampa do pó e o bocal, abra a base levantando o botão de fundo, passe o inalador por água corrente para remover todo o pó, seque completamente o inalador durante 24 horas e secar ao ar.
- Para informação adicional, consulte por favor a página de informação ao Consumidor (parte B) do Manual do Produto.

Dispositivos de Inalação

Turbohaler®

Instruções

1. Desapeire a tampa e insira-a. Pode sentir choques. É normal, é o sinal do agente de nebulização, não da nebulização.
2. Segure o inalador na vertical, rode o manipulador de cor até ao máximo que conseguir na mesma direção (para a esquerda ou para a direita, não interessa para qual lado o lado próximo), depois rode-o novamente até ao máximo na direção contrária. Não segure no bocal enquanto rode. O clipe que vai ouvir, faz parte do processo. O inalador está agora pronto a usar.
3. Inspire com a boca fora do bocal. Depois, coloque cuidadosamente o bocal entre os dentes.
4. cerre os olhos à volta do bocal. Inspire profundamente e com força. Retire o inalador da sua boca e sustenha a respiração durante 5 a 10 segundos no espaço for confortável. Se precisar de mais do que uma dose, repita o processo. Quando tiver tomado a quantidade prescrita das doses de manutenção, lave a boca com água e não a engula.

Dispositivos de Inalação

Turbohaler®



Manutenção e Limpeza

- Limpe a parte de trás do bocal uma vez por semana com um pano seco. Nunca use água ou outro líquido quando limpar o bocal. Se entrar líquido no inalador, este pode não funcionar corretamente.
- Recolha sempre a tampa após cada utilização.

Dispositivos de Inalação

Respirator®

Técnica:

1. Segure o inalador na horizontal com a tampa fechada;
2. Afine a tampa até ouvir um clique;
3. Abra a tampa de plástico completamente;
4. Inspire devagar e segurando o orifício do inalador, coloque o bocal cuidadosamente entre os dentes. Certe-se de obter o contato bocal sem cobrir a saída de ar;
5. Enquanto inspira devagar e profundamente, pressione o botão de liberação da dose e continue a inspirar devagar;
6. Retire o inalador da boca e suspire a expiração durante 5-10 segundos ou enquanto for confortável;
7. Recoloque a tampa de plástico.

Dispositivos de Inalação

Respirator®



Dispositivos de Inalação

Respirator®

Observações e Cuidados

- Inspeccionar antes de fazer a primeira dose, o Respirator precisa de ser montado e preparado adequadamente. Para as seguintes doses, que o ajuste ou seja as instruções incluídas na embalagem do inalador.
- Para preparar o inalador para a primeira utilização, segure o orifício com a tampa fechada. Entre o bocal e a tampa há um pequeno orifício de escape de ar. Abra a tampa de plástico completamente. Aferte o inalador para o orifício, pressione o botão de liberação da dose e faça a tampa. Respirar mais devagar do que antes de fazer a dose e depois fazer uma pausa para assegurar que o inalador está preparado para a primeira utilização.
- Se o inalador não for usado corretamente, há uma chance de não obter uma dose para o orifício. Quando o inalador não é usado após a primeira utilização, mesmo que ainda esteja selado, deve ser substituído.
- Quando o produto estiver na área ventral de uso, não é necessário para o orifício. É mais eficaz que antes de uma nova preparação do inalador. Quando o indicador de dose for atingido, a fim de evitar ventilação, o inalador estará vazio e deverá substituí-lo imediatamente.

Dispositivos de Inalação

Spiramax®

Técnica:

1. Segure o inalador na posição vertical e abra a tampa de uso normal, para baixo. Coloque um clique. Inclua mais um clique, de novo para baixo, com outro clique e vir a peça lateral;
2. Faça uma inspiração forçada, tanto quanto possível, procurando não respirar para dentro do inalador;
3. Leve o inalador à boca, e faça uma inspiração rápida, forte e sustentada, até sentir os pulmões cheios;
4. Retire o inalador da boca;
5. Suspire a expiração e faça uma pausa durante cerca de 6-10 segundos;
6. Inspire o ar que tem nos pulmões de forma lenta e confortável;
7. Feche a tampa e guarde o inalador num local seguro onde não chegue a atenção de crianças;
8. Faça a higiene bucal.

Dispositivos de Inalação

Easyhaler®

Técnica:

1. Coloque o aparelho na posição vertical;
2. Retire a tampa que cobre o bocal;
3. Agite o aparelho algumas vezes;
4. Pressione a tampa mais alta com o dedo;
5. Inspire lenta e profundamente de forma a não sugar para o aparelho;
6. Aproxime o bocal e mantenha na boca, apertando os lábios e segurando de seguida, rápida, forte e sustentadamente, até sentir os pulmões cheios;
7. Retire o inalador da boca mantendo a fechada;
8. Suspire a expiração durante um intervalo de tempo de 5-10 segundos;
9. Inspire lentamente;
10. Coloque a peça lateral. Quando o aparelho

Dispositivos de Inalação

Pumpin®

Técnica:

1. Afine a tampa para o orifício do aparelho;
2. Ajuste a distância (breve, abafado e para trás. Vai ouvir um clique quando ela estiver completamente aberta;
3. Feche a distância (breve, abafado e para trás. Vai ouvir um clique quando ela estiver completamente aberta;
4. Inspire rápido e ar que tem nos pulmões enquanto sugar para dentro do aparelho;
5. Leve o bocal e inspire forte, rápida e sustentadamente até sentir os pulmões cheios;
6. Retire o aparelho da boca e suspire a expiração por um período de 5-10 segundos;
7. Inspire confortavelmente, por breves e não o fazer para dentro do aparelho;
8. Feche a tampa e guarde o inalador num local seguro onde não chegue a atenção de crianças;
9. Nunca se esqueça de fazer a higiene bucal, incluindo a após cada utilização. Se o orifício ficar com o cheiro de ar e se sentir desconfortável;
10. Nunca se esqueça de conferir as doses que ainda estão disponíveis.

Dispositivos de Inalação

Os que melhoram os dispositivos de inalação:



- Os medicamentos podem ajudar a aliviar os seus sintomas e a melhorar a sua qualidade de vida.
- Inalação de ar seco ou outros medicamentos a tomar os medicamentos como prescritos.
- Medicamentos para a DPOC: Não se esqueça de seguir as instruções para funcionar. Não se esqueça de usar a técnica de inalação correctamente.

Ter a técnica de inalação adequada é importante. Verifique pessoalmente a sua técnica com a ajuda do seu farmacêutico/farmacêutica.

Obrigada!



Bibliografia

- O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau L, et al. Canadian Thoracic Society. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease - 2005. *Can Respir J* 2006;13(Suppl 6):13A-33A.
- Cell R, Mackay W. ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Respir J* 2006;13(4):452-46.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. WHO/WHO Workshop Report 2006.
- Bourbeau L, et al. Reduction of Hospital Utilization in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease - A Disease-specific Self-management Intervention. *Arch Intern Med* 2005;165:188-195.
- Bourbeau L, Nadeau S, Borgek S. Comprehensive Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. BC Doctor Inc. 2000.



Apêndice 4 – Projeto de Melhoria Contínua de Qualidade: “A capacitação da família para gerir a DPOC”.

Projeto de Melhoria Contínua de Qualidade “A capacitação da família para gerir a DPOC”.

Data de Início: novembro de 2024

Data de Conclusão: abril 2025

Enquadramento

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) constitui a quarta causa de morte a nível mundial.

Na Europa serão cerca de treze milhões, a nível mundial sessenta e quatro milhões (segundo dados da Organização Mundial de Saúde) e em 2030 a doença passará a ser a terceira causa de morte.

Apesar de ser uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade em Portugal, a prevalência da DPOC no país está subvalorizada estimando-se em um milhão e meio o número de afetados, isto é, cerca de 14,2 por cento dos portugueses.

A DPOC é responsável por uma elevada frequência de consultas médicas e serviços de urgência, e está na origem de quase 8000 internamentos anuais frequentemente prolongados, de uma mortalidade aproximada de 3000 doentes e de uma despesa de saúde, em custos diretos e indiretos, muito relevante. Tais factos fazem da DPOC um dos problemas de saúde pública de maior magnitude.

É uma patologia comum, que pode ser prevenida e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e pela limitação crónica ao fluxo de ar, não totalmente reversível, associada a uma resposta inflamatória anormal à inalação de partículas ou gases nocivos. A obstrução crónica ao fluxo de ar ocorre devido a uma associação de inflamação nas pequenas vias aéreas (bronquiolite respiratória) e destruição parenquimatosa (enfisema). Os sintomas têm início insidioso, são persistentes, pioram com exercício, e tendem a aumentar em frequência e intensidade ao longo do tempo, com episódios de agravamento.

Para além do diagnóstico, a espirometria é fundamental no seguimento dos doentes com DPOC pelo seu valor prognóstico. A gravidade da obstrução do fluxo aéreo é estratificada

de acordo com o valor de volume expiratório máximo no primeiro segundo (VEMS), que deverá, segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD), ser avaliado anualmente. Este valor correlaciona-se de forma significativa com a probabilidade de exacerbações, hospitalizações e risco de morte. Após a estratificação da gravidade, é possível fazer a gestão individualizada do doente com DPOC através do ajuste e seleção das medidas terapêuticas e eventual referenciação aos cuidados de saúde secundários.

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2010) considera que o seguimento dos doentes com DPOC deve ser feita pelo menos, uma consulta anual para os doentes com DPOC menos graves e melhor controlados, e, pelo menos, uma semestral para os doentes com doença mais grave. Por sua vez, a função pulmonar deve ser avaliada anualmente e os sintomas em cada consulta.

Este documento aplica-se a todos as famílias da USF Távora, que têm um membro com doença crónica DPOC (R95 ICPC-2), para que lhe sejam prestados cuidados de enfermagem, visando a capacitação da família.

DIAGNÓSTICO:

A DPOC deve ser considerada em utentes com fatores de risco com sintomas respiratórios crónicos. Considerar utentes fumadores, ex-fumadores ou com histórico de exposição ocupacional ou ambiental a agentes nocivos. São estes os elementos clínicos e funcionais para o diagnóstico de DPOC:

Sintomas respiratórios crônicos

- Tosse
- Expectoração
- Sibilância
- Dispneia
- Respiração ofegante
- Sensação de Opressão torácica

Fatores de risco

- Idade superior a 40 anos.
- Externos: Tabagismo ou inalação de gases irritantes ou de material em partículas no ambiente ocupacional ou domiciliar, como fumo de lareiras/fogões a lenha.
- Genéticos: deficiência de alfa-1 antitripsina.
- História familiar de DPOC
- Fatores relacionados à infância: baixo peso ao nascer, infecções respiratórias na infância, entre outros.

Função Pulmonar

- Distúrbio Ventilatório Obstrutivo
- Espirometria: relação VEF1/CV inferior a 0,7 pós-broncodilatador

DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA:

No decurso da prática clínica, observa-se que na USF existem 46 utentes com IPC – 2, perfazendo um total de 45 famílias com esta patologia. No ficheiro de doentes adstritos à Enfermeira de Família existe um total de 11 famílias, das quais 4 assumem o papel de prestadores cuidados na gestão da DPOC.

A grande maioria dos doentes com DPOC desta Unidade de Saúde Familiar e suas famílias (USF) não apresentava um registo de consulta de enfermagem nesta área, o que foi considerado pela equipa uma área de intervenção e melhoria contínua prioritária.

O que se pode verificar pelo indicador: Proporção de utentes com DPOC e idade igual ou superior a 40 anos, a quem foi realizada consulta de vigilância de DPOC no último ano: 62,16%.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

Inclusão:

- Famílias com potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade;
- Famílias que assumam o papel de prestadores de cuidados;

- Haver consentimento informado para a intervenção.

Exclusão:

- Ser independente na autogestão da DPOC,
- Recusa da intervenção.

DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS E DA FORMA COMO VÃO SER ATINGIDOS:

- O objetivo principal deste trabalho é capacitar e desenvolver competências de autogestão em famílias com membros com DPOC, através de um programa de melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Assegurar que 80% das famílias com membro com DPOC dependente têm intervenções de enfermagem na gestão do regime terapêutico;
- Assegurar que 80% das famílias com membro com DPOC seja capaz de gerir o stress e a ansiedade;
- Garantir que 50% das famílias com membro com DPOC dependente tenham um plano de cuidados de enfermagem personalizado.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM A LEVAR A CABO:

- Estabelecer uma boa relação empática com o utente e obter o consentimento informado para a intervenção;
- Verificar a abertura do programa no SClínico de doenças respiratórias e saúde familiar, bem como foco/diagnósticos de enfermagem associados/ dirigidos à família e doente.
- Em consulta de enfermagem programada, ter em conta a:
 - ✓ Avaliação dos sintomas através da escala de dispneia mMRC (Anexo 1) ou do teste CAT (Anexo 2);
 - ✓ Avaliação do peso, altura e índice de massa corporal;
 - ✓ Avaliação da saturação periférica de oxigénio;
 - ✓ Identificação e caracterização das agudizações;
 - ✓ Identificação e caracterização de exposições a fatores de risco (tabagismo, poluição atmosférica ou doméstica);

- ✓ Se/quando aplicável, aconselhamento e orientação para cessação tabágica e precaver outros fatores de risco;
- ✓ Avaliação da adesão às intervenções terapêuticas;
- ✓ Revisão da técnica inalatória;
- ✓ Revisão e aconselhamento quanto à prática de atividade física;
- ✓ Avaliação da necessidade de reabilitação respiratória e orientação para programas adequados, quando recomendado e disponível (ECCI para reabilitação respiratória);
- ✓ Capacitação para o autocontrolo de sintomas, nomeadamente dispneia e fadiga;
- ✓ Elaboração e partilha de plano de ação escrito;
- ✓ Avaliação da necessidade de cuidados paliativos, e encaminhamento para serviço diferenciado se aplicável;
- ✓ Revisão da vacinação e prescrição se necessário.

ATIVIDADES DE ENFERMAGEM FAMILIAR NA GESTÃO DA DPOC:

Avaliar:

- Edifício residencial (exposição a fatores de risco ambientais;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica inalatória;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de padrão alimentar adequado;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de sono e repouso;
- Saturação/ consenso/ conflito do papel de prestador de cuidados.

Instruir:

- O prestador de cuidados sobre técnica inalatória;
- O prestador de cuidados sobre regime terapêutico;
- O prestador de cuidados sobre prevenção de complicações.

Treinar:

- O prestador de cuidados sobre técnica inalatória.

Promover:

- Comunicação expressiva das emoções;
- Estratégias de coping para o papel.

Ensinar:

- Sobre riscos ambientais no edifício residencial.

Motivar:

- O prestador de cuidados a assistir o membro da família dependente na autovigilância;
- Para a redefinição dos papéis pelos membros da família.

DEFINIÇÃO DE SUCESSO PARA ESTE PROJETO

A dimensão da qualidade estudada é a efetividade da redução de episódios de exacerbação da doença e da respetiva adequação técnico-científica. Assim, os dados recolhidos destinam-se à produção de indicadores epidemiológicos, de estrutura, de processo e resultados.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

Taxa de Incidência da DPOC

Fórmula: $(\text{N}^\circ \text{ de novos utentes com DPOC}) / (\text{N}^\circ \text{ total de utentes na USF}) \times 100$

Taxa de Prevalência de DPOC

Fórmula: $(\text{N}^\circ \text{ de utentes com DPOC com idade } \geq 40 \text{ anos}) / (\text{N}^\circ \text{ total de utentes inscritas na USF com idade } \geq 40 \text{ anos}) \times 100$

Indicadores de Estrutura

% de famílias com membros dependentes com DPOC que beneficiaram de avaliação familiar

Fórmula: $(\text{N}^\circ \text{ de famílias com membros dependentes com DPOC que beneficiaram de avaliação familiar}) / (\text{N}^\circ \text{ de famílias com membro dependente com DPOC}) \times 100$

% de famílias com membros dependentes com DPOC que beneficiaram de avaliação do regime terapêutico

Fórmula: (Nº de famílias com membros dependentes com DPOC que beneficiaram de avaliação do regime terapêutico) / (Nº de famílias com membro dependente com DPOC) x 100

% de famílias com membros dependentes com DPOC que beneficiaram de avaliação do stress e da ansiedade

Fórmula: (Nº de famílias com membros dependentes com DPOC que beneficiaram de avaliação do stress e ansiedade) / (Nº de famílias com membro dependente com DPOC) x 100

% de famílias com membros dependentes com DPOC e diagnóstico de enfermagem adequado

Fórmula: (Nº de famílias com membros dependentes com DPOC e diagnóstico de enfermagem adequado) / (Nº de famílias com membros dependentes com DPOC) x100

Indicadores de processo

% de famílias com membros dependentes com DPOC e regime terapêutico comprometido alvo de intervenção de enfermagem

Fórmula: (Nº de famílias com membros com DPOC e regime terapêutico comprometido e intervenção de enfermagem) / (Nº de famílias com membros com DPOC e regime terapêutico comprometido) x 100

% de famílias com membros dependentes com DPOC e stress e ansiedade presentes

Fórmula: (Nº de famílias com membros com DPOC e stress e ansiedade presentes com intervenções de enfermagem) / (Nº de famílias com membros com DPOC e stress e ansiedade presentes) x 100

% de famílias com membros dependentes com DPOC com planos de cuidados

Fórmula: (Nº de famílias com membros dependentes com DPOC e com planos de cuidados) / (Nº de famílias com membros dependentes com DPOC) x 100

% de famílias com registo de intervenções adequado ao nível dos diagnósticos de enfermagem

Fórmula: (Nº famílias com membros dependentes com DPOC com registo de intervenções de enfermagem adequado aos diagnósticos de enfermagem) / (Nº de famílias com membros dependentes com DPOC) x100

Indicadores de Resultados

Taxa de efetividade na intervenção das famílias com membros dependentes com DPOC com regime terapêutico não comprometido:

Fórmula: (Nº de famílias com membros com DPOC e regime terapêutico comprometido e intervenção de enfermagem, com alteração do diagnóstico de enfermagem para regime terapêutico não comprometido) / (Nº de famílias com membros com DPOC e regime terapêutico comprometido) x 100

Taxa de efetividade na intervenção das famílias com membros dependentes com DPOC com stress e ansiedade presentes não presentes:

Fórmula: (Nº de famílias com membros com DPOC e stress e ansiedade presentes com intervenções de enfermagem, com alteração do diagnóstico de enfermagem para stress e ansiedade não presentes) / (Nº de famílias com membros com DPOC e stress e ansiedade presentes) x 100

Calendário das atividades do projeto

	2014		2025			
Ações/Atividades	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Divulgação do projeto à equipa e parceiros						
Consentimento Informado						
Avaliar a Família						
Planear as intervenções						
Intervenção na família						
Avaliação e Divulgação dos resultados obtidos						
Redefinição perante os resultados obtidos						
Relatório final						

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS (2024). Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização. Código SIARS 2021.436.01. Proporção DPOC $\geq$ 40A, c/ cons. vigil. DPOC 1ª. Acedido em: <https://sdm.min-saude.pt/Bi.aspx?id=436&clusters=S>

ACSS (2024). Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização. Código SIARS 2021.437.01. Proporção asma $\geq$ 18A, c/ cons. vigil. asma 1ª. Acedido em: <https://sdm.min-saude.pt/Bi.aspx?id=437&clusters=S>

Direção Geral de Saúde (2009). Circular informativa nº40ª/DSPCD: Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na DPOC. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2017). Orientação nº010/2017 Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma.. Lisboa:

Direção Geral de Saúde (2019). Norma Clínica nº.005/2019, Diagnóstico e tratamento da DPOC no adulto. Lisboa: DGS.

Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) 2024. Pocket guide to copd diagnosis, management and prevention. Acedido em: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>

Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) 2024. Global strategy for prevention, diagnosis and management of copd. Acedido em: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>.

Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) 2024. Gold teaching slide set. Acedido em: <https://goldcopd.org/gold-teaching-slide-set/>

Padilha, J. (2013). Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC : um percurso de investigação-ação. Acedido em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14958>

SDM (2024). Os códigos CIPE de [diagnóstico de enfermagem] nem de [intervenção de enfermagem] específicos de vigilância em doenças respiratórias. Acedido em: https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=121#C006.10

Guião para a organização de projetos de melhoria de qualidade dos cuidados de enfermagem. OE

Padrões de qualidade do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar e competências – ordem

MDAIF

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire)

Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
GRAU 0 Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. <i>"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</i>	☐
GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</i>	☐
GRAU 2 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. <i>"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</i>	☐
GRAU 3 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos".</i>	☐
GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>"Estou sem fôlego para sair de casa".</i>	☐

Anexo 2- COPD Assessment Test™– CAT

Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™– CAT)

Este questionário irá ajudá-lo a si e ao seu profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) está a ter no seu bem estar e no seu quotidiano. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por si e pelo seu profissional de saúde para ajudar a melhorar a gestão da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descreve presentemente. Certifique-se **que selecciona** apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz

0	X	1	2	3	4	5
---	----------	---	---	---	---	---

 Estou muito triste

		PONTUAÇÃO							
Nunca tenho tosse	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Estou sempre a tossir	☐
0	1	2	3	4	5				
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	O meu peito está cheio de expectoração (catarro)	☐
0	1	2	3	4	5				
Não sinto nenhum aperto no peito	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Sinto um grande aperto no peito	☐
0	1	2	3	4	5				
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	☐
0	1	2	3	4	5				
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	☐
0	1	2	3	4	5				
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	☐
0	1	2	3	4	5				
Durmo bem /profundamente	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Não durmo bem /profundamente devido à minha doença pulmonar	☐
0	1	2	3	4	5				
Tenho muita energia	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Não tenho nenhuma energia	☐
0	1	2	3	4	5				

PONTUAÇÃO TOTAL

--	--

O Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logótipo CAT é uma marca comercial do grupo de empresas GlaxoSmithKline.

© 2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

Anexo 3 - Códigos CIPE específicos de vigilância em doenças respiratórias**TIPO DE CÓDIGO: FENÓMENO**

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
	1A.1.1.2.2.1.1.9.1.	Comportamento de Adesão
	1A.1.1.1.1.2.	Dispneia
	1A.1.1.1.1.2.1.	Dispneia Funcional
	1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5.	Gestão do Regime Terapêutico
	1A.1.1.2.1.1.9.2.1.	Intolerância à actividade
	1A.1.1.1.1.4.	Limpeza das Vias Aéreas

TIPO DE CÓDIGO: DIAGNÓSTICO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
8014041	1B.1.1.	Adesão ao regime de exercício
8014039	1B.1.1.	Adesão ao regime dietético
8014037	1B.1.1.	Adesão ao regime medicamentoso
8014034	1B.1.1.	Adesão ao regime terapêutico
8014047	1B.1.1.1.	Baixa adesão ao regime medicamentoso
8013115	1B.1.1.	Capacidade da mãe e(ou) do pai para otimizar a respiração

8013123	1B.1.1.	Capacidade da mãe e(ou) do pai para promover a limpeza das vias aéreas
8013112	1B.1.1.	Capacidade do prestador de cuidados para otimizar a respiração
8013057	1B.1.1.	Capacidade do prestador de cuidados para otimizar a respiração
8013122	1B.1.1.	Capacidade do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas
8014072	1B.1.1.	Capacidade para gerir o regime de exercício
8014074	1B.1.1.	Capacidade para gerir o regime dietético
8014070	1B.1.1.	Capacidade para gerir o regime medicamentoso
8002985	1B.1.1.	Capacidade para otimizar a respiração
8013108	1B.1.1.	Capacidade para otimizar a respiração
8013120	1B.1.1.	Capacidade para promover a limpeza das vias aéreas
8014277	1B.1.1.	Conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico
8014278	1B.34.1.	Conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico, melhorado
8013119	1B.1.1.	Conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover limpeza das vias aéreas
8013105	1B.1.1.	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre dispneia
8014063	1B.1.1.	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime terapêutico
8013118	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas
8013102	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia

8013055	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de dispneia funcional
8014058	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
8013116	1B.1.1.	Conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas
8014032	1B.1.1.	Conhecimento para promover comportamento de adesão
8013628	1B.1.1.	Conhecimento sobre conservação de energia
8013098	1B.1.1.	Conhecimento sobre dispneia
8002987	1B.1.1.	Conhecimento sobre prevenção de dispneia funcional
8014215	1B.1.1.	Conhecimento sobre regime de exercício
8014221	1B.1.1.	Conhecimento sobre regime dietético
8014050	1B.1.1.	Conhecimento sobre regime medicamentoso
8013095	1B.1.1.	Dispneia
8002053	1B.1.1.	Dispneia funcional
8000316	1B.33.1.	Gestão do regime terapêutico comprometida
8013995	1B.1.1.	Intolerância à actividade
8013876	1B.33.1.2.	Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau moderado
8002060	1B.33.1.1.	Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau reduzido
8013877	1B.33.1.3.	limpeza das vias aéreas comprometido, em grau elevado
8014042	1B.1.2.	Não adesão ao regime de exercício

8014040	1B.1.2.	Não adesão ao regime dietético
8014035	1B.1.2.	Não adesão ao regime terapêutico
8013113	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para otimizar a respiração
8001655	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para promover a limpeza das vias aéreas
8013110	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para otimizar a respiração
8013056	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para otimizar a respiração
8014027	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício
8002015	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético
8014069	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso
8013106	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para otimizar a respiração
8002986	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para otimizar a respiração
8002814	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para promover a limpeza das vias aéreas
8001653	1G.2.	Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas
8001857	1G.2.	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas
8013054	1G.2.	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de dispneia funcional

8014223	1G.2.	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético
8014279	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico
8001812	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover limpeza das vias aéreas
8013103	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre dispneia
8014062	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime terapêutico
8013100	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia
8014057	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
8003000	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas
8014033	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão
8000327	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre conservação de energia
8013096	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispneia
8002988	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de dispneia funcional
8014217	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício
8002150	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso

8013094	1B.1.2.	Sem dispneia
8002054	1B.1.2.	Sem dispneia funcional
8000317	1B.33.2.	Sem gestão do regime terapêutico comprometida
8013996	1B.1.2.	Sem intolerância à actividade
8002061	1B.33.2.	Sem limpeza das vias aéreas comprometida
8014073	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício
8014075	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético
8014071	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso
8013994	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para otimizar a respiração
8013109	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para otimizar a respiração
8013121	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para promover a limpeza das vias aéreas
8014222	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético
8013117	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas
8014048	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão
8013997	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre conservação de energia
8013099	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre dispneia

8013084	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de dispneia funcional
8014216	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício
8014049	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso

Propriedades aerodinâmicas das partículas do fármaco

As partículas dos aerossóis depositam-se de modo diferente ao longo das vias aéreas.

- Partículas com tamanho >10µm depositam-se principalmente na boca e orofaringe;
- Partículas entre 5µm e 10µm depositam-se na zona de transição da orofaringe para as vias aéreas inferiores;
- Partículas com diâmetro < 5µm podem ir até alvéolos, mas, estas, localizadas, em maior quantidade, para fins terapêuticos.



Erros Críticos

Não usar previamente	Não elevar o pesoço
Fluxo inspiratório inadequado	Não sustentar a respiração
Não inalar o número de doses prescritas	Não preparar/alterar constantemente o dispositivo

BRUNO, J. A. 1995

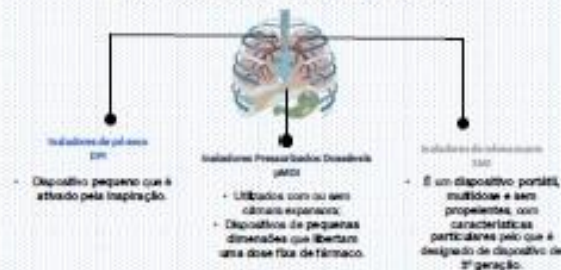
Ata treinar-se nessa necessidade de ensino educativo por parte do enfermeiro, no treino e monitorização contínua do doente respiratório relativamente:

- À execução de técnicas inalatórias específicas de cada dispositivo;
- Manutenimento correto do mesmo (preparação de dose, atuação de dose, inspiração, armazenamento, orden de administração dos dispositivos em função do fármaco que recebem).

Assim, o próprio profissional de saúde deve ser conhecedor da técnica inalatória correta, bem como, do manuseamento correto de cada dispositivo.



Tipos de dispositivos inalatórios



Dispositivos de pó seco (DPI) unidose



Dispositivos de pó seco (DPI) unidose

O fármaco apresenta-se em forma de cápsula que é perfurada. É necessário neste tipo de dispositivo, preparar a dose antes da inalação.

1. Abir o sistema em posição vertical e introduzir a cápsula (não é necessário agitar).
2. Apertar com força o perfurador.
3. Respirar profundamente mantendo o inalador afastado da boca.
4. Colocar o local nos lábios.
5. Inalar de forma rápida e vigorosamente.
6. Retirar o inalador da sua boca e sustentar a respiração durante 10 segundos.
7. Se for mais que um puff, aguardar 30 segundos e 1 minuto.

Tudo a seguir é de pressão. São recomendações de cuidados de inalação:

- Visualização de cápsula verde após a inalação;
- Retirar a tampa durante a inalação o que confirma inalação correta;
- Quebrar a cápsula a todo o momento durante a inalação.

Atenção importante:

- Não perfurar a cápsula;
- Perfurar mais que uma vez a cápsula;
- Manter as mãos limpas pressionando durante a inalação;
- Quebrar sem tempo.

Recomendações importantes:

- Lavar a cavidade orofaríngea com água se for conveniente;
- Proceder à higienização do local com um pano seco após cada utilização.



Dispositivos de pó seco (DPI) multidose

O fármaco encontra-se armazenado num reservatório com múltiplas doses e possuem contador de doses.

1. Abre a câmara em posição vertical (isto é necessário agitar).
2. A base tem a forma de uma dentada. Retira a primeira parte a dentada e coloca para a esquerda. Restará um disco (The holder).
3. Expelir profundamente inspirando o inalador afastado da boca.
4. Colocar o disco na base.
5. Inspira da forma rápida e vigorosa.
6. Retirar o inalador da sua boca e manter a expiração durante 10 segundos.
7. Se for mais que um puff, aguardar 30 seg a 1 minuto.

Dicas importantes:

- Não respirar a seco, o que compromete a eficácia.
- Não expirar antes da inalação.
- Não respirar a pouco de 10 segundos.
- Quando sem tempo.

Recomendações importantes:

- Ler a cartilha cuidadosa, com diagrama para se ter compreensão.
- Presença a higienização do inalador com água e sabão após cada utilização.



Inaladores pressurizados doseáveis (pMDI)

1. O disco deve estar em posição vertical.
2. Retira a tampa e agita o inalador (na posição vertical).
3. Colocar o inalador na posição vertical.
4. Iniciar lentamente a inalação para não.
5. Retirar uma expiração lenta.
6. Colocar o disco na base, fechando os olhos e a língua para baixo.
7. Comover o inalador lentamente antes o pMDI.
8. Retirar a expiração durante 10 segundos.
9. Se for mais que um puff, aguardar 30 segundos a 1 minuto.

Dicas importantes:

- Não respirar a seco.
- Não expirar o inalador antes da inalação.
- Não respirar a pouco de 10 segundos.
- Não respirar a pouco de 10 segundos a 1 minuto para uma segunda inalação.

Recomendações importantes:

- Ler a cartilha cuidadosa, com diagrama para se ter compreensão.
- Presença a higienização do inalador com água e sabão após cada utilização.



Câmara expansora com pMDI

As câmaras expansoras minimizam o problema da sincronização exigida entre a ativação do pMDI e a inalação.

1. O disco deve estar em posição vertical.
2. Retira a tampa e agita o inalador (na posição vertical).
3. Colocar o inalador na posição vertical e colocar o disco na esquerda.
4. Retirar uma expiração lenta.
5. Colocar o disco na base, fechando os olhos e a língua para baixo.
6. Ativar o pMDI (no final da expiração).
7. Manter lenta e profundamente.
8. Retirar a expiração durante 10 segundos.
9. Se for mais que um puff, retirar da boca e aguardar pelo menos 30 segundos, agitar novamente o pMDI.

Dicas importantes:

- Não expirar antes da inalação e retirar da boca.
- O disco de inalação após a ativação do pMDI.
- A inalação deve ser feita com a câmara expansora.
- Manter o disco na base após inalação com compreensão.

Recomendações importantes:

- Ler a cartilha cuidadosa, com diagrama para se ter compreensão.

Câmara expansora quando utilizar?

- Dificuldade na coordenação nálio/orofário
- Não tolerar inalatória com pMDI
- O fluxo inalatório do doente é muito baixo (bombar, doentes graves), ou em crise
- Quando há necessidade de administração de fármacos por inalação
- Quando há necessidade de uso de máscara



Câmara expansora com pMDI

Higiene da câmara expansora

Higiene da máscara facial

A lavagem deve ser efetuada uma vez por sessão

- 1 Deverá ser demonstrada ao doente, quando possível.
- 2 Passar a câmara expansora por água quente.
- 3 Colocar a câmara expansora por água quente e detergente suave durante 15 minutos.
- 4 Passar por água limpa.
- 5 Secar e deixar secar ao ar ambiente sem limpar.

A lavagem deve ser efetuada após cada utilização

- 1 Deve ser lavada com água quente e detergente.
- 2 Passar com a ajuda de um pano.
- 3 No caso de utilização de máscara, limpar com um lenço de papel.

Inaladores de névoa suave SMI



- 1 Segurar o inalador na posição vertical. Com a tampa de proteção fechada, para evitar a perda acidental da dose. De seguida, retirar a tampa transparente na direção das setas vermelhas, até ouvir um clique.
- 2 Respirar lentamente e profundamente.
- 3 Segurar o inalador na boca e inspirar a névoa. Enquanto se inspira, manter a tampa transparente pressionada o tempo de duração da dose e continuar a inspirar lentamente a névoa que emerge.
- 4 Segurar a respiração durante 10 segundos.
- 5 Se for mais que um puff, aguardar 10 segundos a 2 minutos.

Recomendações importantes:

- Lavar a câmara bucal com água limpa e fria imediatamente.
- Proceder à higienização do inalador com um pano seco após cada utilização.

Outras recomendações:

- Agitar.
- Não expirar dentro do inalador.
- Respirar na direção do inalador.

Indicador de qualidade de utilização	Indicador de qualidade de utilização	Indicador de qualidade de utilização	Indicador de qualidade de utilização	Indicador de qualidade de utilização	Indicador de qualidade de utilização
Segurança	Segurança	Segurança	Segurança	Segurança	Segurança
• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.
• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.
• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.	• Evitar a utilização de dispositivos de nebulização em crianças com asma grave ou em crise.

Figura 1. Recomendações importantes à utilização de dispositivos de nebulização de névoa suave (SMI).

A reter:



A técnica correta é essencial para o sucesso da terapia respiratória.

A escolha da técnica inalatória deve ser baseada em todas as oportunidades.

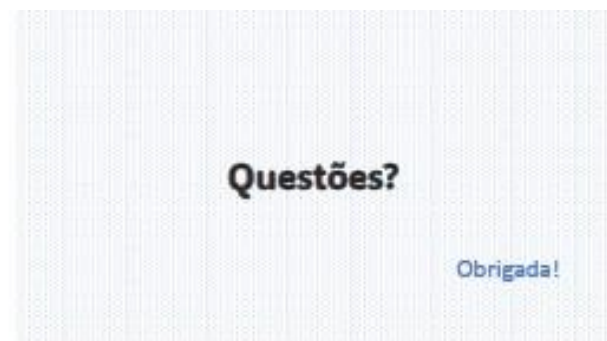
Adaptar a técnica/dispositivo ao doente e não esperar que o doente se adapte.

Consulta em 3 passos:



- 01 Não há possibilidade de controlo apenas com consultas espaçadas.
- 02 É fundamental realizar consultas programadas de Doenças Respiratórias.
- 03 Há períodos críticos para os doentes, com o potencial de exacerbação.

Uma consulta presencial prévia a esses períodos é uma estratégia simples, eficaz e eficiente.



Referências Bibliográficas

Aguiar, B., Gomes, A., Mendes, C., Ferreira, B., Duarte, J., Almeida, A., Barroso, M. (2017). Dispositivos inalatórios: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 24 (3) 8-16.

Becken, A., Gomes, B. (2017). Tudo o que deve saber sobre o asma. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. https://www.sociedade.pt/pt/publicacoes/asmato_tudo_o_que_deve_saber_sobre_o_asma_2017.pdf

Costa, M. (2016). Dispositivos inalatórios: Das Injeções Subcutâneas. Dispositivos inalatórios, Técnicas inalatórias, Eros inalatórias. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. https://www.sociedade.pt/pt/publicacoes/asmato_tudo_o_que_deve_saber_sobre_o_asma_2017.pdf

Elia, E. (2017). Preparar a consulta em 3 passos. 3 passos. <https://www.google.com/search?q=dispositivos+inalatorios+3+passos>



Anexos

Anexo 1 - Questionário de Dispneia (modified MRC Dyspnea Questionnaire)

NORMA DGS

005/2019 de 26 de agosto
Diagnóstico e Tratamento da DPOC no Adulto

ANEXO I
Questionário de Dispneia
(modified MRC Dyspnea Questionnaire)*



Assinale com uma cruz (assim ☐), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
GRAU 0 Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. <i>"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".</i>	☐
GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".</i>	☐
GRAU 2 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. <i>"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".</i>	☐
GRAU 3 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos".</i>	☐
GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>"Estou sem fôlego para sair de casa".</i>	☐

Anexo 2 – COPD Assessment Test™– CAT



O seu nome: _____

Data de hoje: _____

Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™– CAT)

Este questionário irá ajudá-lo a si e ao seu profissional de saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) está a ter no seu bem estar e no seu quotidiano. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por si e pelo seu profissional de saúde para ajudar a melhorar a gestão da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descreve presentemente. Certifique-se **que selecciona** apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz

0	1	2	3	4	5
			X		

 Estou muito triste

			PONTUAÇÃO												
Nunca tenho tosse	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Estou sempre a tossir	☐
0	1	2	3	4	5										
Não tenho nenhuma expectoração (catamo) no peito	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							O meu peito está cheio de expectoração (catamo)	☐
0	1	2	3	4	5										
Não sinto nenhum aperto no peito	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Sinto um grande aperto no peito	☐
0	1	2	3	4	5										
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	☐
0	1	2	3	4	5										
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	☐
0	1	2	3	4	5										
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	☐
0	1	2	3	4	5										
Durmo bem /profundamente	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Não durmo bem /profundamente devido à minha doença pulmonar	☐
0	1	2	3	4	5										
Tenho muita energia	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	0	1	2	3	4	5							Não tenho nenhuma energia	☐
0	1	2	3	4	5										

PONTUAÇÃO TOTAL

--	--

O Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logótipo CAT é uma marca comercial do grupo de empresas GlaxoSmithKline.

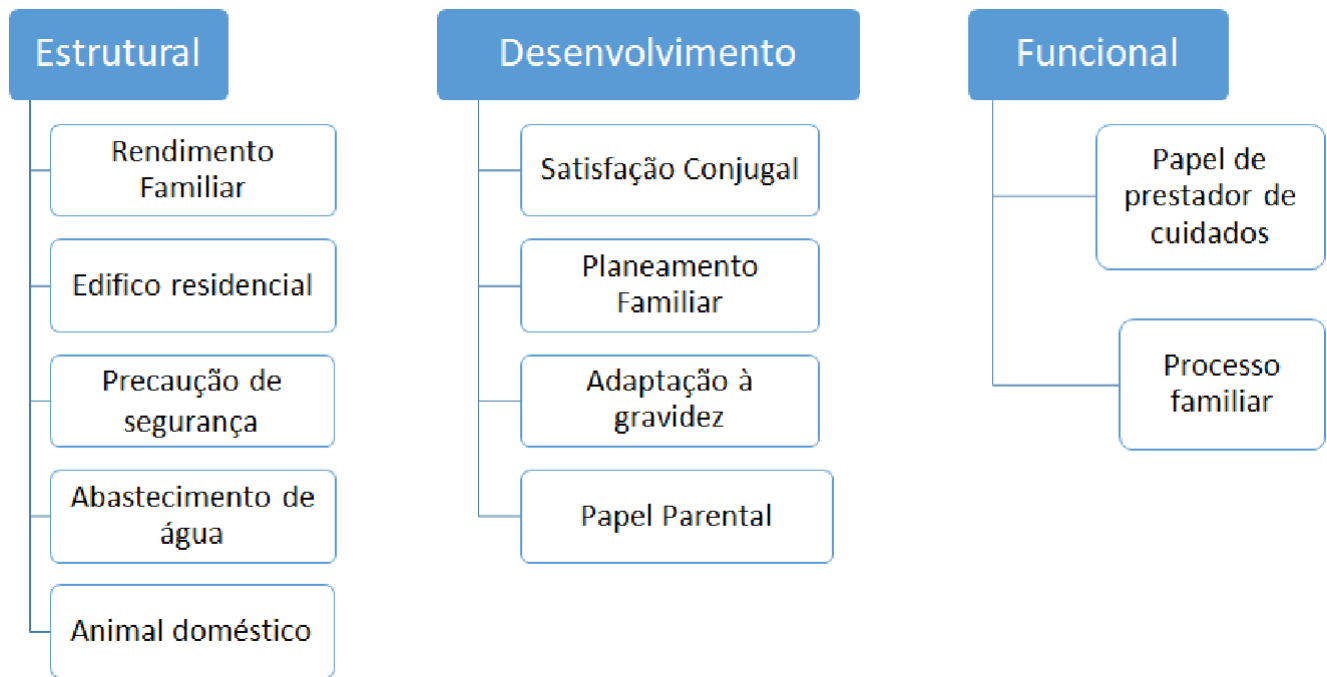
© 2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

Anexo 3 – Versão Reduzida da Matriz Operativa do MDAIF

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



A- DIMENSÃO ESTRUTURAL

Dado avaliativo: Composição da Família (Genograma)

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Dado avaliativo: Tipo de Família <i>(eliminar o que não se adequa)</i>			
Família nuclear		Coabitação	
Família reconstruída		Família Institucional	
Família monoparental		Comuna	
Monoparental liderada pelo homem		Unipessoal	
Monoparental liderada pela mulher		Alargada	
Outro <i>(especificar)</i>			

Dado avaliativo: Família Extensa	
	Nome(s) <i>(igual ao assinalado no genograma)</i>
Tipo	
Pessoal	
Telefónico	
Carta/e-mail	
Outro:	
Intensidade de contacto	
Semanal	
Quinzenal	
Mensal	
Outro:	
Função das relações	
Companhia social	
Apoio emocional	
Guia cognitivo e conselhos	
Regulação social	
Ajuda material e de serviço	

Dado avaliativo: Sistemas Mais Amplos (Ecomapa)

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	Trabalho	Escola	Inst.Saude	Religião	IPSS	Lazer/ Cultura	Amigos	Outros
Vínculo forte								
Vínculo intramédio								
Vínculo fraco								

Dado avaliativo: Classe social

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Critérios relativos ao **Tipo de Habitação**

(eliminar o que não se adequa)

Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além da essencial (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com dumótica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

Grau 2 - – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos) + Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/eletricidade + escassa ventilação + luz natural

Grau 5- + Barraca Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exíguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/eletricidade + sem ventilação + sem luz natural

Focos/ Áreas De Atenção

Foco	A.1- Rendimento Familiar
Atividade Diagnóstica Avaliar Rendimento Familiar	(colocar resultados/dados) - Origem do rendimento familiar (ORF) (Escala de Graffar) [(no caso de ORF superior a 3) ou (no caso de ORF igual ou inferior a 3 e enfermeiro considere que deve ser avaliado)] ↓ - Conhecimento e capacidade <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <i>(eliminar o que não se adequa)</i> <i>(colocar texto livre, se adequado)</i>
Critérios diagnósticos	<u>Rendimento Familiar Insuficiente</u> se a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no <u>grau 4 ou grau 5</u> ou Conhecimento e capacidade sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares <u>Não Demonstrado</u> em qualquer nível da ORF
Diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente / Rendimento Familiar Não Insuficiente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Rendimento Familiar Insuficiente

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
	Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social) Promover a gestão do rendimento familiar
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)		Data
(Especificar as atividades de avaliação)		(colocar resultados/dados)
Diagnóstico		Rendimento Familiar Insuficiente / Não Insuficiente (eliminar o que não se adequa)
Foco	A.2- Edifício Residencial	
Atividade Diagnóstica Avaliar Edifício Residencial	(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado) - Tipo de Habitação (TH) (Escala de Graffar) - Conhecimento <u>Demonstrado / Não Demonstrado</u> sobre riscos de edifício (no caso de TH 4 ou 5) - Higiene da Habitação Presente/Não Presente - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre governo da casa (no caso de Higiene da Habitação Não Presente) - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre riscos de deficiente higiene habitacional (no caso de Higiene da Habitação Não Presente)	
Critérios diagnósticos	<u>Edifício residencial Não Seguro</u> se: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 e Conhecimento sobre riscos de edifício residencial Não demonstrado. <u>Edifício residencial negligenciado</u> Se Higiene da Habitação NÃO e/ou (Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado)	
Diagnóstico	Edifício residencial Seguro / Edifício residencial Não Seguro / Edifício residencial Não Negligenciado / Edifício residencial Negligenciado (eliminar o que não se adequa)	



Se Edifício Residencial Negligenciado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Requerer serviço social (técnica de serviço social)	
	Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia)	
	Orientar a família para serviços sociais	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI)</u> (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)		Data
(Especificar as atividades de avaliação)		(colocar resultados/dados)



Se Edifício Residencial Não Seguro

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro	
	Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional	
	Promover governo da casa	
	Reforçar o governo da casa	
	Instruir a família sobre governo da casa	
	Motivar a família para governo da casa	
	Requerer serviços sociais	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI)</u> (Se adequado)		
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)		Data
(Especificar as atividades de avaliação)		(colocar resultados/dados)
Diagnóstico	Edifício residencial Negligenciado / Edifício residencial Não Negligenciado (eliminar o que não se adequa)	

Foco	A.3- Precaução de Segurança
Atividade Diagnóstica Avaliar Precaução de Segurança	<i>(colocar resultados/dados)</i> <i>(eliminar o que não se adequa)</i> <i>(colocar texto livre, se adequado)</i> - Existência / Ausência de <u>Barreiras arquitetônicas</u> Se Existência especificar: - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas - Existência / Ausência de <u>Aquecimento</u> Se Existência, especificar: <u>tipo de aquecimento</u> (central, lareira, ar condicionado, etc.) e <u>conhecimento</u> sobre utilização de equipamento. Se Não tiver conhecimento, especificar <i>(colocar texto livre)</i> - Existência / Ausência de <u>Abastecimento de gás</u> Se Existência, especificar: <u>tipo de abastecimento</u> (canalizado ou botija) e <u>conhecimento</u> sobre utilização de abastecimento de gás. Se Não tiver conhecimento, especificar <i>(colocar texto livre)</i>
CrITÉRIOS diagnÓsticos	<u>Precaução de Segurança Não Demonstrada</u> , se: (Existência de Barreiras arquitetônicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas) e/ou (Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento) e/ou (Abastecimento de gás e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de abastecimento de gás)
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Precaução de Segurança Não Demonstrada

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
	Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre utilização de equipamento de gás
	Ensinar sobre utilização de equipamento elétrico
	Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento
	Negociar sobre utilização de equipamento de gás
	Negociar sobre utilização de equipamento elétrico
	Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas
	Orientar para serviços da comunidade
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)
Diagnóstico	Precaução de Segurança Demonstrada / Precaução de Segurança Não Demonstrada (eliminar o que não se adequa)

Foco	A.4- Abastecimento de Água
Atividade Diagnóstica Avaliar Abastecimento de Água	(colocar resultados/dados) (eliminar o que não se adequa) (colocar texto livre, se adequado) - Existência / Ausência de Abastecimento de água (colocar texto livre, caso não tenha abastecimento de água) Se Existência, especificar: tipo de abastecimento de água (rede pública, rede privada ou mista). Se rede privada ou mista, especificar (furo, poço, ...) - No caso de rede privada ou rede mista: - Utilização / Não utilização da água da rede privada para consumo humano - No caso da utilização da água da rede privada para consumo humano: - Com / Sem Controlo da qualidade da água - No caso de não ser efetuado o controlo da qualidade da água: - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre o controlo da qualidade - Conhecimento Demonstrado / Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Crítérios diagnósticos	Abastecimento de Água Não Adequado , se: (Utilização da água de rede privada para consumo humano e NÃO é efetuado o controlo da qualidade da água) e [(Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade) ou (Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água)]
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado (eliminar o que não se adequa)



Se Abastecimento de Água Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água
	Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
	Orientar para serviços de controlo da qualidade da água
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Abastecimento de Água Adequado / Abastecimento de Água Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	A.5- Animal doméstico
Atividade Diagnóstica Avaliar Animal Doméstico	<i>(colocar resultados/dados)</i> <i>(eliminar o que não se adequa)</i> - Existência / Ausência de <u>Animal doméstico</u> <i>(especificar espécie/raça)</i> - Existência / Ausência de Vacinação - <u>Se Ausência de vacinação</u> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - Existência / Ausência de Desparasitação - <u>Se ausência de desparasitação</u> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> • Conhecimento Demonstrado / Não demonstrado sobre serviços da comunidade <i>(colocar texto livre, se não demonstrado)</i> - <u>Outros dados:</u> <i>(colocar texto livre: higiene do animal, higiene do local circundante, entre outros dados)</i>
Critérios diagnósticos	Animal doméstico negligenciado, se: [(Animal não vacinado) e (Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)] e/ou [(<u>Animal não desparasitado</u>) e/ou (Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade)]
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Animal Doméstico Negligenciado

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses)
	Orientar para serviços da comunidade
	Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico
	Motivar para vacinação do animal doméstico
	Motivar para desparasitação do animal doméstico
	Supervisionar vacinação do animal

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividades que concretizam as intervenções (ACI):

Fundamentação (ACI) *(Se adequado)*

Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i> <i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	Data <i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Animal doméstico Não Negligenciado / Animal doméstico negligenciado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

B- DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

Dado avaliativo: Etapa do ciclo vital familiar (Relvas)	
Formação do casal	
Família com filhos pequenos	
Família com filhos na escola	
Família com filhos adolescentes	
Família com filhos adultos	

Foco	B.1- Satisfação conjugal	
Dimensão	B.1.1- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.1- Satisfação / Não Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	
<u>Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.2- Satisfação / Não Satisfação do casal com o tempo que estão juntos	
<u>Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</u>	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.1.3- Satisfação / Não satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	
<u>Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	<u>Relação dinâmica disfuncional</u> se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Relação dinâmica Não Disfuncional / Relação dinâmica Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.1.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.1- O casal conversa / não conversa sobre as expectativas e receios de cada um	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.2- O casal consegue / não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião	
<u>O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião</u>	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.2.3- Satisfação / Não satisfação com o padrão de comunicação do casal	
<u>Satisfação com o padrão de comunicação do casal</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Item 3: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não <u>ou</u> Itens 1; 2.; 3: Não	
Subdiagnóstico	Comunicação Não eficaz / Comunicação eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.1.3- Interação Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Satisfação / Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade	
<u>Satisfação do casal com o padrão de sexualidade</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre sexualidade	
<u>Conhecimento do casal sobre sexualidade</u>	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Critérios diagnósticos	Interação Sexual Não Adequada se: Item 1: Não <u>ou</u> Itens 1; 2: Não	
Subdiagnóstico	Interação Sexual Adequada / Interação Sexual Não Adequada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.1.3- Função Sexual	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.1- Existência / Ausência de Disfunções Sexuais	
<u>Disfunções Sexuais</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.1.3.2- Conhecimento / Não conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	
<u>Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação Sexual Comprometida Se: Item 1: Sim <u>ou</u> Item 1: Sim e Item 2: Não	
Subdiagnóstico	Relação Sexual Comprometida / Relação Sexual Não Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Foco	B.1. Satisfação Conjugal
Critérios diagnósticos	Satisfação Conjugal Não Mantida se: • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interação Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida
Diagnóstico:	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida por Relação dinâmica disfuncional / Comunicação Não Eficaz / Interação Sexual Não Adequada / Relação Sexual Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Satisfação Conjugal Não Mantida

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas
	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover a comunicação do casal
	Planear rituais familiares

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	Motivar para atividades em conjunto
	Ensinar sobre sexualidade
	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais
	Orientar para serviços médicos
	Orientar para terapia familiar
	Orientar para serviços (psicologia)
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Satisfação Conjugal Mantida / Satisfação Conjugal Não Mantida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.2- Planeamento Familiar	
Dimensão	B.2.1- Fertilidade	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.1.1- O casal planeia / não planeia ter filhos ou mais filhos	
<u>O casal planeia ter filhos/ mais filhos</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.1.2- Alterações / Sem alterações na fertilidade do casal	
<u>Alterações na fertilidade do casal</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.1.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos de fertilização artificial	
<u>Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade</u>	B.2.1.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Fertilidade Comprometida se: O casal deseja ter filhos e tem alterações na fertilidade e/ou um dos itens seguintes se situar no Não demonstrado	
Subdiagnóstico	Fertilidade comprometida / Fertilidade Não Comprometida <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.2- Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional</u>	B.221.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre consulta pré-concepcional	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	B.2.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação dos cônjuge (s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.2.3- Uso de Contracetivo	
Atividade Diagnóstica do item <u>Uso de Contracetivo</u>	B.2.3.1- Uso / Não uso de Contracetivo <i>Se Uso qual?</i>	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
	B.2.3.2- Não interrupção / Interrupção do uso de contraceptivo	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Interrupção do uso de contracetivo</u>	Se interrupção, o motivo e quando?	
	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Satisfação com o contracetivo adotado</u>	B.2.3.3- Satisfação / Não Satisfação com o contracetivo adotado	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre métodos contracetivos</u>	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre métodos contracetivos	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência</u>	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre contraceção de emergência	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre uso de contracetivos</u>	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre uso de contracetivos	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Uso de contracetivo Não adequado Se: Uso de contracetivo e Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Uso de contracetivos adequado / Não adequado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.2.4- Conhecimento sobre Reprodução	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher</u>	B.2.4.1- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre o ciclo sexual da mulher	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino</u>	B.2.4.2- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino <i>Se interrupção, o motivo e quando?</i>	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino</u>	B.2.4.3- Conhecimento demonstrado / não demonstrado sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez</u>	B.2.3.4- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre fecundação e gravidez	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes</u>	B.2.3.5- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.2.3.6- Conhecimento demonstrado / não demonstrado do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado se: Um dos itens se situar no Não	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Reprodução demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.2- Planeamento familiar
Critérios diagnósticos	Planeamento Familiar Ineficaz • Se Fertilidade Comprometida e/ou; • Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado e/ou; • Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado • Se o casal tem uso de contraceptivo e uso de contraceptivo não adequado e/ou; • Conhecimento sobre reprodução não demonstrado
Diagnóstico:	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz por Fertilidade Comprometida / Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado / Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado / Se o casal tem uso de contraceptivo e este não adequado / Conhecimento sobre reprodução não demonstrado (eliminar o que não se adequa)



Se Planeamento Familiar Ineficaz

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos
	Ensinar/ Instruir o casal sobre contraceção de emergência
	Orientar Antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência
	Ensinar/ Instruir/ Treinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado
	Motivar para o uso do contraceptivo
	Providenciar contraceptivo
	Providenciar material de leitura
	Informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional
	Ensinar o casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino
	Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino
	Ensinar o casal sobre fecundação e gravidez
	Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada
	Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes
	Orientar o casal para serviços médicos
	Informar o casal sobre métodos de fertilização artificial
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)
Diagnóstico	Planeamento Familiar Eficaz / Ineficaz (eliminar o que não se adequa)

Foco	B.3- Adaptação à Gravidez	
Dimensão	B.3.1- Conhecimento	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da gravidez.	
<u>Conhecimento do casal sobre direitos sociais da gravidez</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre direitos sociais da maternidade /paternidade.	
<u>Conhecimento do casal sobre direitos sociais da maternidade /paternidade.</u>	Atividade diagnóstica e resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez.	
<u>Conhecimento do casal sobre as etapas da adaptação à gravidez.</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as alterações fisiológicas na gravidez.	
<u>Conhecimento sobre as alterações fisiológicas na gravidez.</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre novo ciclo vital</u>	B.3.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre novo ciclo vital.	
	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre vigilância de saúde na gravidez</u>	B.3.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde na gravidez.	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre curso de preparação para o parto.</u>	B.3.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre curso de preparação para o parto.	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre desenvolvimento fetal</u>	B.3.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre desenvolvimento fetal.	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento sobre o processo psicológico associado ao puerpério</u>	B.3.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre o processo psicológico associado ao puerpério.	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item 	B.3.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre vigilância de saúde do recém-nascido.	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>Conhecimento sobre vigilância de saúde do recém-nascido.</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre enxoval da mãe e do bebê.	
<u>Conhecimento sobre enxoval da mãe e do bebê</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre prevenção de acidentes do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre alimentação do recém-nascido.	
<u>Conhecimento sobre alimentação do recém-nascido.</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento Não demonstrado Se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento sobre Adaptação à gravidez demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.2- Comunicação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.1- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à gravidez	
<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.3.2.2- O casal partilha / não partilha receios e expectativas associadas à parentalidade	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Atividade Diagnóstica do item <u>Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais</u>	Fundamentação	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comunicação Não eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comunicação eficaz / não eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.3.3- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item <u>A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia</u>	B.3.3.1- A grávida/ casal é assídua (o) / não é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto</u>	B.3.3.2- O casal está / não está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé</u>	B.3.3.3- O casal está / não está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamentos de adesão Não Demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Subdiagnóstico	Comportamentos de adesão demonstrado / não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
-----------------------	--

Foco	B.3. Adaptação à gravidez
Crítérios diagnósticos	Adaptação à Gravidez Não Adequada Se: • Conhecimento Não demonstrado e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Comportamentos de adesão Não Demonstrado
Diagnóstico:	• Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada por Conhecimento Não demonstrado / Comunicação Não Eficaz / Comportamentos de adesão Não Demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Resultados Desejados	<i>(colocar texto livre)</i>
Intervenções sugeridas <i>(el... Se Adaptação à Gravidez Não Adequada</i>	Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez
	Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade
	Informar o casal sobre etapas de adaptação á gravidez
	Informar o casal sobre alterações fisiológicas na gravidez
	Ensinar o casal sobre a nova etapa do ciclo vital
	Informar/ orientar o casal sobre curso de preparação para o parto
	Informar o casal sobre vigilância de saúde na gravidez
	Ensinar o casal sobre desenvolvimento fetal
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
	Informar o casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido
	Informar o casal sobre enxoval da mãe e do bebê
	Ensinar o casal sobre cuidados de higiene ao recém-nascido
	Ensinar o casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre alimentação do recém-nascido
	Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
	Orientar para serviços de saúde
	Facilitar o suporte familiar
	Promover a comunicação expressiva das emoções
	Promover a comunicação do casal
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Diagnóstico	Adaptação à Gravidez Adequada / Não Adequada <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
-------------	--

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)	
Dimensão	B.4.1- Conhecimento do papel (recém-nascido)	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.2- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical</u>	Atividade diagnóstica e resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento materno	
<u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.4- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre aleitamento artificial	
	Atividade diagnóstica e resultados	Resultados

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido</u>	B.4.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre choro do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido</u>	B.4.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica</u>	B.4.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre perda de peso fisiológica	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u>	B.4.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.10- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.12- Aprendizagem / Sem aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	
<u>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a vigilância de saúde	
<u>Conhecimento dos pais sobre a vigilância de saúde</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre características do recém-nascido	
<u>Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido</u>	B.4.1.15- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre competências do recém-nascido	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação</u>	B.4.1.16- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (recém-nascido) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (recém-nascido) Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	B.4.2- Conhecimento do papel (de recém-nascido até à infância escolar)	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</u>	B.4.2.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais vigilância de saúde/vacinação	
<u>Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
<u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))		(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre processo de vinculação		
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.2.15-Conhecimento demonstrado / Não dos pais sobre a importância de regras estruturantes		
<u>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Critérios diagnósticos	Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO		
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)		
Dimensão	B.4.3- Comportamentos de adesão		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança		
<u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança		
<u>Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</u>	B.4.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem uma higiene adequada à criança</u>	B.4.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança</u>	B.4.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança</u>	B.4.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a socialização da criança</u>	B.4.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</u>	B.4.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>emocional da criança</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas	
<u>Os pais definem regras entre subsistemas</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança	
<u>Os pais interagem positivamente com a criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (de recém-nascido até á infância escolar) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (de recém-nascido até á infância escolar) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.4.4 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.4-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.4.5 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.5-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.4.6 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.4.6- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)

Foco	B.4- Papel parental - Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)
Crítérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	• Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado / Comportamentos de adesão Não demonstrado / • Consenso do papel Não / Conflito do papel Sim / Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	(Recém-nascido) Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical Ensinar os pais sobre aleitamento materno Instruir/ Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno Ensinar os pais sobre aleitamento artificial Instruir/ treinar os pais sobre técnica de aleitamento artificial Ensinar os pais sobre características das dejeções do recém-nascido Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre posicionamento do recém-nascido Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido Ensinar os pais sobre vigilância de saúde Ensinar os pais sobre características do recém-nascido Ensinar os pais sobre competências do recém-nascido Ensinar os pais sobre processo de vinculação (De recém-nascido até à infância escolar) Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança Motivar os pais para higiene adequada à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado á criança

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança Motivar os pais para a socialização da criança Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Orientar para serviços sociais Orientar para serviços comunitários
	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>	
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Foco	B.5- Papel parental - Família com filhos na escola (da infância escolar ao início da adolescência)	
Dimensão	B.5.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	
<u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</u>	B.5.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</u>	B.5.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre higiene oral</u>	B.5.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre higiene oral	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</u>	B.5.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de cárie dentária	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</u>	B.5.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item B.5.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança		

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
<u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação	
<u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre socialização	
<u>Conhecimento dos pais sobre socialização</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.12- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento infantil	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.13- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	
<u>Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento</u>	Atividade diagnóstica	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>cognitivo, psicossexual e social</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.1.14- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre importância de regras estruturantes	
<u>Conhecimento dos pais sobre importância de regras estruturantes</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Crítérios diagnósticos	Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento do papel (da infância escolar ao início da adolescência) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.2- Adaptação da família à escola	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.1- Reorganização funcional para adaptação aos novos horários	
<u>Reorganização funcional para adaptação aos novos horários</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.2- Criação de espaço para a criança estudar	
<u>Criação de espaço para a criança estudar</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.3- Participação dos pais nas atividades de estudo da criança	
<u>Participação dos pais nas atividades de estudo da criança</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.2.4- Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))		(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Promoção da socialização/autonomia da criança</u>	B.5.2.5- Promoção da socialização/autonomia da criança		
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Crítérios diagnósticos	Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Não Eficaz se: Um dos itens se situar no NÃO		
Subdiagnóstico	Adaptação da família à escola (da infância escolar ao início da adolescência) Eficaz / Não Eficaz (eliminar o que não se adequa)		
Dimensão	B.5.3- Comportamentos de Adesão		
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</u>	B.5.3.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança		
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</u>	B.5.3.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na vacinação da criança		
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</u>	B.5.3.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada à criança		
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
	Fundamentação		
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de higiene adequada à criança		
	Atividade diagnóstica	Resultados	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>Os pais promovem uma higiene adequada à criança</u>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	<i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item	Fundamentação	
	B.5.3.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de exercício adequado à criança	
<u>Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de um padrão de atividades de lazer adequado à criança	
<u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização da criança	
<u>Os pais promovem a socialização da criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	
<u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.9-Comportamentos de adesão / Não dos pais na definição de regras entre os subsistemas	
<u>Os pais definem regras entre subsistemas</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.3.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com a criança	
	Atividade diagnóstica	Resultados

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>Os pais interagem positivamente com a criança</u>	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (da infância escolar ao início da adolescência) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.4 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.4-Consenso SIM/ NÃO	
<u>Consenso do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.5 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.5-Conflito SIM/ NÃO	
<u>Conflito do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.5.6 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.5.6- Saturação SIM/ NÃO	
<u>Saturação do papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.5- Papel parental - Família com filhos pequenos (da infância escolar ao início da adolescência)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Adaptação da família à escola Não Eficaz e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	• Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado / Adaptação da família à escola Não Eficaz /Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes
	Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários Advogar criação de espaço para a criança estudar Motivar os pais para a participação nas atividades de estudo da criança Motivar os pais para a participação nas reuniões e atividades escolares Promover a socialização/autonomia da criança
	Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança Motivar os pais para higiene adequada à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado á criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança Motivar os pais para a socialização da criança Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Orientar para serviços sociais Orientar para serviços comunitários
	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) <i>(Se adequado)</i>	
Avaliação de resultados das intervenções	Data

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

(repetir conforme necessário)	
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)
Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado (eliminar o que não se adequa)

Foco	B.6- Papel parental - Família com filhos na escola (da adolescência até ao início da idade adulta)	
Dimensão	B.6.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente</u>	B.6.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente</u>	B.6.1.2- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente</u>	B.6.1.3- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente</u>	B.6.1.4- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</u>	B.6.1.5- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de higiene oral	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente</u>	B.6.1.6- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente</u>	B.6.1.7- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</u>	B.6.1.8- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre prevenção de acidentes	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente</u>	B.6.1.9- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	<u>Fundamentação</u>	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência</u>	B.6.1.10- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes</u>	B.6.1.11- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado dos pais sobre a importância de regras estruturantes	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
SubdiagnÓstico	Conhecimento do papel (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.2- Comportamentos de adesão	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente</u>	B.6.2.1-Comportamentos de adesão / Não dos pais na realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente</u>	B.6.2.2-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da ingestão nutricional adequada ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente</u>	B.6.2.3-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de atividades de lazer adequado ao adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente</u>	B.6.2.4-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da socialização/autonomia do adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais definem regras entre os subsistemas</u>	B.6.2.5-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção de regras entre subsistemas	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais promovem a interação com o grupo de amigos</u>	B.6.2.6-Comportamentos de adesão / Não dos pais na promoção da interação com o grupo de amigos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais discutem com o adolescente o seu projeto de vida</u>	B.6.2.7-Comportamentos de adesão / Não dos pais na discussão com o adolescente sobre o seu projeto de vida	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião</u>	B.6.2.8-Comportamentos de adesão / Não dos pais na partilha de dúvidas e experiências do adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente</u>	B.6.2.9-Comportamentos de adesão / Não da família sobre aceitação do padrão de comportamento social do adolescente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente</u>	B.6.2.10-Comportamentos de adesão / Não dos pais na estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente	
	Atividade diagnóstica	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
Atividade Diagnóstica do item <u>Os pais interagem positivamente com o adolescente</u>	B.6.2.11-Comportamentos de adesão / Não dos pais na interação positiva com o adolescente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Critérios diagnósticos	Comportamento de adesão (da adolescência até ao início da idade adulta) Não demonstrado se: Um dos itens se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamento de adesão (da adolescência até ao início da idade adulta) Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.3 Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Consenso do papel</u>	B.6.3-Consenso SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.4 Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conflito do papel</u>	B.6.4-Conflito SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.6.5 Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Saturação do papel</u>	B.6.5- Saturação SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.6- Papel parental - Família com filhos pequenos (da adolescência até ao início da idade adulta)
Critérios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	• Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado /

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim (eliminar o que não se adequa)
--	---

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente
 Se Papel Parental Não Adequado	s sobre padrão de higiene adequado ao adolescente s sobre padrão de higiene oral s sobre padrão de exercício adequado ao adolescente Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturante
	Motivar os pais para as consultas de vigilância do adolescente Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada ao adolescente Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de amigo Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente Promover a comunicação familiar Elogiar as forças da família e dos indivíduos
	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redifinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	
Avaliação de resultados das intervenções (repetir conforme necessário)	Data
(Especificar as atividades de avaliação)	(colocar resultados/dados)

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Diagnóstico	Papel Parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>
-------------	--

Foco	B.7- Papel parental - Família com filhos adultos	
Dimensão	B.7.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.1.1- Conhecimento demonstrado / Não demonstrado sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental	
<u>Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Dimensão	B.7.2- Comportamentos de adesão (Adaptação da Família à saída dos filhos de casa)	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.1- Redefinição demonstrada / não demonstrada das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	
Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.2- Inclusão / Exclusão na família dos parentes por afinidade e netos	
<u>Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.3- Satisfação / Insatisfação com o contacto mantido	
<u>Satisfação com o contacto mantido</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	B.7.2.5- Satisfação / Insatisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	
<u>Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Dimensão	B.7.3 – Consenso do papel	
	B.7.3- Existência / Não existência de consenso do papel	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Consenso do Papel</u>	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.7.4 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conflitos do Papel</u>	B.7.4- Existência / Não existência de conflitos de papel	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	B.7.5 – Consenso do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Saturação do Papel</u>	B.7.5- Existência / Não existência de saturação do papel	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	

Foco	B.7- Papel Parental (Família com adultos)
Crterios diagnósticos	Papel parental não adequado se: • Conhecimento do papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	• Papel parental não adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Papel Parental Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)	
<u>Papel parental não adequado por Conhecimento do papel não demonstrado e/ou Comportamentos de adesão não demonstrado</u>	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Facilitar a comunicação familiar	
	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	
<u>Consenso Não</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	Avaliar as dimensões não consensuais de papel	
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
<u>Conflito SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar as dimensões conflituais no papel	
	Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família	
	Promover o envolvimento da família alargada	
<u>Saturação SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções	
	Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)	
	Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel	
	Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	
	Promover o envolvimento da família alargada	
<u>Atividades que concretizam as intervenções (ACI):</u>		
<u>Fundamentação (ACI)</u> <i>(Se adequado)</i>		
Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data	
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>	
Diagnóstico	Papel parental Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

C- DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente <i>(eliminar o que não se adequa)</i>							
SIM							
NÃO							
Dados avaliativos se membro da família dependente SIM <i>(eliminar se não se adequa)</i>							
Autocuidados	Dependência		Prestador de Cuidados (PC)				
	Sim	Não	Membro da família	Membro da família extensa	Vizinho	Auxiliar de saúde	Outros (especificar)
Autocuidado Higiene							
Autocuidado Vestuário							
Autocuidado Comer							
Autocuidado Beber							
Autocuidado Ir ao sanitário							
Autocuidado Comportamento sono-reposo							
Autocuidado Atividade de lazer							
Autocuidado Atividade Física							
Gestão do regime terapêutico							
Autovigilância							
Autoadministração de medicamentos							
Se o prestador de cuidados não for membro da família:				Instruído ou iletrado			
				Profissão			
				Contacto			

Dados avaliativos se membro da família dependente SIM		
Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene	SIM	NÃO
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes		
Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir		
Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono-reposo		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso		
Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés		
Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos		

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos		

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados	
Dimensão	C.1.1- Conhecimento do papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene</u>	C.1.1.1- Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados Demonstrado / Não demonstrado sobre Autocuidado Higiene	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre o Autocuidado Vestuário</u>	C.1.1.2- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Vestuário	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre o Autocuidado Comer</u>	C.1.1.3- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades de cuidados Demonstrada/ Não Demonstrada sobre o Autocuidado Comer	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber</u>	C.1.1.4- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Beber	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário</u>	C.1.1.5- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Ir ao sanitário	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo</u>	C.1.1.6- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Comportamentos sono-reposo	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa</u>	C.1.1.7- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade recreativa	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física</u>	C.1.1.8- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autocuidado Atividade física	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do Regime terapêutico</u>	C.1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados Demonstrado/ Não Demonstrado sobre Gestão do Regime terapêutico	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância</u>	C.1.1.10- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autovigilância	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos</u>	C.1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrada/ Não Demonstrada sobre Autoadministração de medicamentos	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Conhecimento/ Aprendizagem de Habilidades Demonstrado / Não demonstrado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.1.2- Comportamentos de Adesão	
Atividade Diagnóstica do item <u>Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente</u>	C.1.2.1- Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra estimular a independência do membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente</u>	C.1.2.2- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Higiene adequada ao membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de cuidados promove a</u>	C.1.2.3- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

<u>utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente</u>	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.4- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove a Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.5- A família Demonstra/ Não demonstra ter adquirido equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente	
<u>A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.6- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.1.2.7- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente	
<u>O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente</u>	C.1.2.8- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância</u>	C.1.2.9- O Prestador de cuidados Demonstra/ Não Demonstra assistir o membro da família dependente na autovigilância	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Comportamentos de Adesão Não Demonstrado se: Um dos itens de “dados de caracterização” se situar no NÃO	
Subdiagnóstico	Comportamentos de Adesão Demonstrado / Não demonstrado (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.3- Consenso do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Consenso do papel</u>	C.1.3.1-Consenso SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Consenso do Papel SIM/NÃO (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.4- Conflito do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Conflito do papel</u>	C.1.4.1-Conflito SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
Subdiagnóstico	Conflito do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.1.5- Saturação do Papel	
Atividade Diagnóstica do item <u>Saturação do papel</u>	C.1.5.1- Saturação SIM/ NÃO	
	Atividade diagnóstica	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

	(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	
Subdiagnóstico	Saturação do Papel Sim/Não (eliminar o que não se adequa)	

Foco	C.1- Papel Prestador de Cuidados
Crítérios diagnósticos	Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se: • Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel Não e/ou conflito do papel Sim e/ou Saturação do papel Sim
Diagnóstico:	• Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por Conhecimento do papel Não demonstrado/ Comportamentos de adesão Não demonstrado / Consenso do papel Não / conflito do papel Sim /Saturação do papel Sim <i>(eliminar o que não se adequa)</i>



Se Papel Prestador de Cuidados Não Adequado

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre a Técnica do Banho Instruir PC sobre a Técnica do Banho Treinar PC sobre a Técnica do Banho Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem dos dentes Instruir PC sobre a técnica de lavagem dos dentes Treinar PC sobre a Técnica de Lavagem dos dentes Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário Instruir PC sobre a utilização do fio dentário Treinar PC sobre a utilização do fio dentário Ensinar PC sobre a periodicidade da lavagem dos dentes Ensinar PC sobre higiene do cabelo Instruir PC sobre higiene do cabelo Treinar PC sobre a higiene do cabelo Ensinar PC sobre a técnica de fanerotomia Instruir PC sobre técnica de fanerotomia Treinar PC sobre a técnica de fanerotomia Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada Promover a comunicação expressiva das emoções Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação) Promover estratégias de coping para o papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família Promover o envolvimento da família alargada

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividades que concretizam as intervenções (ACI):

Fundamentação (ACI) *(Se adequado)*

Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Papel Prestador de Cuidados Adequado / Não Adequado <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe		
N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		
150-200: Menor probabilidade de incidência doenças		
200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica		
> 300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.		

DADOS AVALIATIVOS REFERENTES AO PROCESSO FAMILIAR		
Comunicação Emocional		
Quem na família expressa mais os sentimentos?		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
	FAVORÁVEL	NÃO FAVORÁVEL
Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família (<i>Se NÃO FAVORÁVEL, especificar</i>)		
Comunicação Verbal/ Não Verbal		
	SIM	NÃO
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem		
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros		
Comunicação Circular		
	SIM	NÃO
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família		
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa		
Coping Familiar		
Solução de Problemas		
1. Quem na família expressa mais os sentimentos?		
2. Quem tem a iniciativa para resolver os problemas?		
	SIM	NÃO
3. Existe discussão sobre os problemas na família		
4. Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas (<i>Se NÃO, especificar</i>)		
5. A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		
6. Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas (<i>Se SIM, especificar</i>)		
Papéis Familiares		

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Interações de Papéis na Família		
1. Quem desempenha Papel Provedor?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
2. Quem desempenha Papel de gestão financeira?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
3. Quem desempenha Papel Cuidado Doméstico?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
4. Quem desempenha Papel Recreativo?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
5. Quem desempenha Papel de Parente?		
	SIM	NÃO
Consenso do Papel <i>(Se NÃO, especificar)</i>		
Conflitos do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Saturação do Papel <i>(Se SIM, especificar)</i>		
Relação Dinâmica		
Influência e Poder		
Quem é o membro com maior poder na família?		
	SIM	NÃO
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros		
Alianças e Uniões		
	SIM	NÃO
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros		
Os membros a família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião		

DADOS AVALIATIVOS DA COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA						
FACES II						
Versão Portuguesa de Otília Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)						
N.º		Quase Nunca (1)	De vez em quando (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.					
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

Nota: Os itens sombreados têm cotação inversa (-)

Coesão familiar	
-----------------	--

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazer		Score
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30	
Adaptabilidade familiar																	
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões		Score		Score total
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)			
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24			

Fonte: Adaptado de Fernandes (1995)

Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família (Coesão+Adaptabilidade)/2	
8	80 74	Muito ligada	8	70 65	Muito flexível	8	Equilibrada
7	73 71		7	65 55		7	
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Intermédia
3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35	Desmembrada	2	39 30	Rígida	2	Extrema
1	34 15		1	29 15		1	

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – PERCEÇÃO DOS MEMBROS					
Apgar Familiar De Smilkstein					
APGAR	Quase sempre (2 pts)	Algumas vezes (1 pt)	Quase nunca (0 pts)		
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.					
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.					
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.					
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.					
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.					
TOTAL:					
7 a 10		4 a 6		0 a 3	
Família altamente funcional		Família com moderada disfunção		Família com disfunção acentuada	
Resultado	Membros da família				
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Família altamente funcional					

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Família com moderada disfunção					
Família com disfunção acentuada					

DADOS AVALIATIVOS DA FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA – CRENÇAS FAMILIARES	
Religiosas	
Espirituais	
Valores	
Culturais	
Intervenção dos profissionais de saúde	

Foco	C.2- Processo Familiar	
Dimensão	C.2.1- Comunicação Familiar	
Atividade Diagnóstica do item <u>Comunicação Emocional</u>	C.2.1.1- Comunicação Emocional Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Comunicação Verbal/ Não Verbal</u>	C.2.1.2- Comunicação Verbal/ Não Verbal Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Atividade Diagnóstica do item <u>Comunicação Circular</u>	C.2.1.3- Comunicação Circular Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))	Resultados (colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))
	<u>Fundamentação</u>	
Critérios diagnósticos	Comunicação Familiar Não Eficaz se: Um dos itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)	
Subdiagnóstico	Comunicação Familiar Eficaz/ Não Eficaz (eliminar o que não se adequa)	
Dimensão	C.2.2- Coping Familiar	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Atividade Diagnóstica do item <u>Solução de Problemas</u>	C.2.2.1- Solução de problemas Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Coping Familiar Não Eficaz se: Não existe(m) algum(ns) membro(s) da família que identifica(m) os problemas e toma(m) iniciativa para os resolver e os outros itens (2, 3, 4, 5, 6) se situam no NÃO	
Subdiagnóstico	Coping Familiar Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.3- Interação de Papéis Familiares	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel provedor</u>	C.2.3.1- Papel provedor Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel gestão financeira</u>	C.2.3.2- Papel gestão financeira Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Cuidado Doméstico</u>	C.2.3.3- Papel Cuidado Doméstico Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel Recreativo</u>	C.2.3.4- Papel Recreativo Eficaz/ Não Eficaz	
	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
	C.2.3.5- Papel de Parente Eficaz/ Não Eficaz	
Atividade Diagnóstica do item <u>Papel de Parente</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Critérios diagnósticos	Interação de Papéis Não Eficaz se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ ou 5: Consenso do Papel NÃO e/ ou Saturação do Ppel SIM Interação de Papéis Familiares Conflitual se: Nos itens 1, 2, 3, 4 e/ou 5: Conflito do Papel SIM	
Subdiagnóstico	Interação de Papéis Eficaz/ Não Eficaz <i>(eliminar o que não se adequa)</i> Interação de Papéis Conflitual/ Não Conflitual <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	
Dimensão	C.2.4- Relação Dinâmica	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.1- Influência e Poder Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Influência e Poder</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.2- Alianças e Uniões Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Alianças e Uniões</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.3- Coesão e Adaptabilidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Coesão e Adaptabilidade da Família</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Atividade Diagnóstica do item	C.2.4.4- Funcionalidade da Família Não Disfuncional/ Disfuncional	
<u>Funcionalidade da Família</u>	Atividade diagnóstica <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>	Resultados <i>(colocar texto livre para as atividades, narrativas e a identificação do(s) cônjuge(s))</i>
	Fundamentação	
Critérios diagnósticos	Relação Dinâmica Disfuncional se: A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamento dos outros (Influência e Poder) e/ou Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou APGAR familiar de pelo menos um dos membros <3 (família com disfunção acentuada)	
Subdiagnóstico	Relação Dinâmica Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Foco	C.2- Processo Familiar
Crítérios diagnósticos	Processo Familiar Disfuncional se: • Comunicação Não Eficaz e/ou • Coping Familiar Não Eficaz e/ou • Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou • Relação Dinâmica Disfuncional
Diagnóstico:	• Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz e/ou Coping Familiar Não Eficaz e/ou Interação de Papéis Não Eficaz/ Conflitual e/ou Relação Dinâmica Disfuncional (eliminar o que não se adequa)



Se Processo Familiar Disfuncional

Resultados Desejados	(colocar texto livre)
Intervenções Sugeridas (eliminar o que não se adequa)	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Planejar rituais familiares Otimizar padrão de assertividade Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Colaborar na identificação dos papéis familiares Avaliar as dimensões não consensuais do papel Avaliar saturação do papel Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) Requerer Serviço Social Promover estratégias de coping para o papel Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia) Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Avaliar os conflitos do Papel Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) Requerer Serviço Social Promover estratégias de coping para o papel Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia) Otimizar padrão de ligação Promover a comunicação expressiva das emoções Promover o envolvimento da família Otimizar a comunicação na família Otimizar padrão de ligação
Atividades que concretizam as intervenções (ACI):	
Fundamentação (ACI) (Se adequado)	

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Avaliação de resultados das intervenções <i>(repetir conforme necessário)</i>	Data
<i>(Especificar as atividades de avaliação)</i>	<i>(colocar resultados/dados)</i>
Diagnóstico	Processo Familiar Não Disfuncional/ Disfuncional <i>(eliminar o que não se adequa)</i>

Adaptado de Figueiredo (2012)

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

Anexo 4 – Autorização da ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

Pedido de autorização ao Diretor de Serviço para realização de investigação

Ex.mo Diretor do Serviço de:

USF Távora, Sernancelhe

Nome do Investigador Principal:

Catarina Inês Costa Afonso e Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Título da Investigação:

Family2Care – Projeto de intervenção comunitária, dirigido a famílias através da mobilização do Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar (MDAIF)

Pretendendo realizar a investigação em epígrafe no Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, solicito, a V. Ex. cia, a emissão da declaração abaixo indicada.

Para ser presente à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, declaro que o Serviço que dirijo reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço, com a qual concordo.

Sernancelhe, 21 de Agosto

Com os melhores cumprimentos

Sernancelhe, 21 / 8 / 24

O Diretor de Serviço

ARS Norte - ACES Douro Sul II
D. G. S. P. de Sernancelhe
Tipografia da Calçada
3640-224 Sernancelhe
Tel. 254 550 000 - Fax 254 550 009

Profissional Elo de Ligação

(para investigadores que não pertençam ao CHTMAD)

Nome do Investigador principal:

Catarina Inês Costa Afonso e Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Instituição a que pertence o Investigador Principal:

Escola Superior de Saúde de Santarém do Instituto Politécnico de Santarém e Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Título da Investigação:

Family2Care – Projeto de intervenção comunitária, dirigido a famílias através da mobilização do Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar (MDAIF)

Serviço onde pretende realizar a Investigação:

USF Távora, Sernancelhe

Profissional de saúde que fará a ligação do investigador com os doentes, seus familiares ou processos:

Nome:

Vera Lúcia Moreira Massa Coimbra

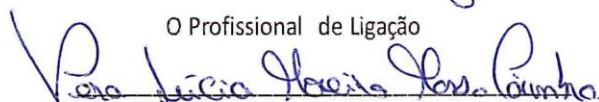
Função:

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária

Sernancelhe, 20 de agosto de 2024

O Profissional de Ligação

O Investigador Principal



Nota informativa sobre o profissional de ligação

O Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro (CHTMAD), além da investigação efetuada pelos seus profissionais, recebe pedidos de investigação de entidades que lhe são exteriores.

Neste contexto, é fundamental salvaguardar os direitos dos doentes e a confidencialidade dos seus dados pessoais, de forma a que os mesmos não possam ser revelados sem o seu consentimento.

O Profissional de Saúde Elo de Ligação é um profissional de saúde do CHTMAD conhecedor, pelas suas funções assistenciais, dos dados pessoais do(s) doente(s) e que aceita assumir a responsabilidade de fazer a ligação entre o utente e o Investigador externo ao CHTMAD.

A este profissional compete efetuar o contacto prévio com o doente e informá-lo do interesse do investigador em contactá-lo, para o convidar a participar no estudo; dos direitos que lhe pertencem para, livremente, aceitar ou recusar este contacto do investigador, sem que dessa decisão decorra qualquer prejuízo para a assistência a que tem direito; de que será, enquanto "profissional de ligação", o garante do respeito pela confidencialidade de todos os seus dados que, constantes do processo clínico, nada tenham a ver com o estudo em causa.

Só depois desta anuência do doente é que será possível o investigador aceder à entrevista com o doente e iniciar toda a dinâmica inerente ao processo que conduzirá a um eventual consentimento do doente a participar no estudo.

Anexo 5 – Consentimento Informado das Famílias em Estudo

Family2Care – Projeto de intervenção comunitária, dirigido a famílias através da mobilização do Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar (MDAIF)

(documento adicional ao consentimento informado)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

A Equipa de investigadores responsáveis: Catarina Afonso, Maria Isabel Bica Costa, Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, Cláudia Margarida Correia Balula Chaves, Maria Henriqueta Figueiredo e Maria Odete Pereira Amaral.

A Equipa de investigadores colaboradores: estudantes do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, área Enfermagem Saúde Familiar (CMEC-ESF).

O objetivo do estudo é analisar o processo de cuidados de enfermagem à família, tendo como base a matriz operativa do MDAIF, identificando ganhos em saúde.

Incluem-se no projeto famílias inscritas nas unidades funcionais de saúde, Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões. Tipo de amostragem: seleção intencional das famílias, efetuada pelo enfermeiro Tutor dos estudantes do CMEC-ESF.

Depois de identificadas as famílias, os potenciais participantes serão contactados via telefónica e será feito o convite pelo enfermeiro de família à sua participação e sendo, seguidamente, concretizado o consentimento informado.

No que se refere à colheita de dados, esta será realizada no âmbito das consultas realizadas pelos estudantes, com supervisão dos tutores.

O presente documento estabelece as condições e o âmbito da participação neste projeto de investigação:

1. A participação neste estudo prevê o acompanhamento de famílias no âmbito das consultas de enfermagem realizadas pelos estudantes, com supervisão dos tutores.

2. A participação neste estudo é absolutamente voluntária, podendo os participantes a qualquer momento, suspender a sua participação quer de uma forma temporária quer de uma forma definitiva.
3. A identidade dos participantes e todas as informações recolhidas no decurso da participação serão mantidas na mais estrita confidencialidade, registadas num ficheiro ao qual apenas terá acesso a equipa de investigadores.
5. As informações serão utilizadas somente no contexto do estudo e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a confidencialidade a privacidade dos seus dados pessoais.
6. Serão utilizados pseudónimos para todos os nomes e locais referenciados, assim como omitidos quaisquer detalhes que possam permitir a identificação dos participantes e das pessoas locais a que ele(a) se refere.
7. São esperadas respostas às necessidades identificadas nas famílias, através da consciencialização e mobilização de recursos familiares com tradução em ganhos em saúde para as famílias.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português)

Enfermagem de nível familiar e gestão terapêutica da DRC
Capacidade da família na abordagem do Responderito

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo)

[Redacted Signature]

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tem intenção realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 23/ Setembro/ 2024

Assinatura do participante no projeto:

[Redacted Signature]

O Investigador responsável:

Nome: Eunice Nogueira de Seixas

Assinatura:

[Signature]

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português)

Enfrentagem de crises familiares e gestão terapêutica do DPC
Capacitação da família na Autoridade da Região Oeste

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) [Redacted]

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 23/ Setembro / 2024

Assinatura do participante no projeto: [Redacted]

O Investigador responsável:

Nome: Eunice Nogueira de Seixas

Assinatura: [Signature]

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português)

Enfermagem de Apoio Familiar e Gestão Terapêutica da IPAC
capacitação da família na Autocuidado da Pessoa Idosa

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) _____

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 23 / Setembro / 2024

Assinatura do participante no projeto: _____

O Investigador responsável:

Nome: Eunice Nogueira de Seixas

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português)

Enfermagem de Saúde Familiar e Gestão Terapêutica de DRC: Capacitação da família no Ambulatório da RBCO de São Paulo

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo)

[Redacted Signature]

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 27/ Setembro / 2024

Assinatura do participante no projeto: [Redacted Signature]

O Investigador responsável:

Nome: Eunice Nogueira de Seixas

Assinatura:

[Handwritten Signature]

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português)

Enfermagem de Saúde Familiar e Gestão Terapêutica de
Dor: Capacidade de família na Atendimento de Estes Doentes

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) _____

_____,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 27 / Setembro / 2024

Assinatura do participante no projeto: _____

O Investigador responsável:

Nome: Eunice Nogueira de Seixas

Assinatura:

E. Seixas

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português)

Enfrentando o luto familiar e Gestão Tempária do PDC
Capacitação da família no Autismo do Aluno Pente

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo)

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomel conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

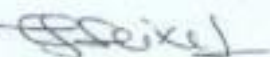
Data: 7 / outubro / 2024

Assinatura do participante no projeto:

O Investigador responsável:

Nome: Eunice Nogueira de Seixas

Assinatura:



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português)

Eufemização de luto familiar e Gestão Terapêutica da Dor
Capacidade da família no Atendimento de Pronto Socorro

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) [assinatura]

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 7 / outubro / 2024

Assinatura do participante no projeto: [assinatura]

O Investigador responsável:

Nome: Eunice Nogueira de Seixas

Assinatura: [assinatura]

Anexo 6 – Certificado da Formação “Gestão de Conflitos”



USF TÁVORA

CERTIFICAÇÃO DE FORMADOR EM AÇÃO DE FORMAÇÃO INTERNA

Certifica-se que **Éunice Nogueira**, Enfermeira estagiária na USF Távora, ULS Trás-os-Montes e Alto Douro, foi formadora na formação **Gestão de conflitos**, com a duração de 1 hora, decorrida em **2024/12/06**.

Os principais assuntos focados foram:

- Aprofundamento de conhecimentos sobre tipos de conflito na organização, estratégias de mediação e comunicação.
- Prática de competências.

Sernancelhe, 02/02/2025

Assinado por: **RODRIGO MANUEL CRANJA DE JESUS LIMA**
 N.º de Identificação: 11776773
 Data: 2025.02.02 11:20:29 -0000

Coordenador
 (Avelino Costa)

USF TÁVORA
 Avenida da Colónia, Sernancelhe
 524003003 | usf-tavora@trm.dsa.gov.pt | 251 491 06 21

