

Consulta de Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nos Cuidados de Saúde Primários: Capacitação da família para a gestão da doença

Liliana Marisa Ramos Clemente



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Consulta de Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nos Cuidados de Saúde Primários: Capacitação da família para a gestão da doença

Liliana Marisa Ramos Clemente

**Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de
Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final**

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem
de Saúde Familiar, 1ª edição

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Ana
Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Agosto, 2025

“A enfermagem diferencia-se dos outros serviços humanos pela forma como ela se centra nos seres humanos”.
Dorothea Orem

Agradecimentos

Ao terminar este trabalho tenho que agradecer a um conjunto de pessoas cujo apoio e disponibilidade tornaram possível esta realização.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, pelo apoio, paciência e compreensão que fizeram parte da conduta nas orientações deste trabalho.

Às famílias, que aceitaram participar neste estudo, pela forma carinhosa com que me receberam em sua casa.

À minha família, meus melhores amigos, que sempre me apoiaram e incentivaram.

A todos os que me apoiaram nesta etapa da minha vida, muito obrigada.

Resumo

Introdução: A asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) são doenças respiratórias crónicas com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas afetadas e das suas famílias. Requerem uma abordagem centrada na pessoa e no seu contexto familiar. A capacitação familiar nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é fundamental para o autocuidado, adesão terapêutica e prevenção de agudizações (Pantelyat-Kamath & Smith, 2025).

Objetivo: Avaliar as famílias com elemento portador de DPOC e/ou asma; capacitar a família para a gestão da doença e analisar o impacto na melhoria da condição de saúde nas mesmas.

Metodologia: Estudo de caso múltiplo de três famílias com um elemento com DPOC, integrado no projeto de investigação Family2Care. Recolha de dados realizada com recurso à matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, realizando-se, num primeiro momento, a avaliação familiar, seguida do planeamento das intervenções de enfermagem e a operacionalização das mesmas. Foram utilizadas a Escala de Apgar Familiar de Smilkstein e a Escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II).

Resultados: A avaliação de três famílias permitiu identificar a presença de desafios associados à gestão da DPOC por parte de um dos seus membros. Foi possível estabelecer diagnósticos de enfermagem centrados nas necessidades específicas de cada família, nomeadamente ao nível da sobrecarga do cuidador, gestão ineficaz do regime terapêutico e défices na literacia em saúde. As intervenções de enfermagem, planeadas e implementadas com base nos diagnósticos formulados, tiveram como foco a capacitação da família para a gestão da doença, a promoção de estratégias de *coping*, e o reforço da coesão e funcionalidade familiar. Observou-se uma melhoria na comunicação entre os membros da família, maior envolvimento no autocuidado do ente querido e uma perceção positiva relativamente ao controlo da doença. Deste modo, verificaram-se ganhos em saúde significativos, nomeadamente na literacia em saúde, na eficácia da gestão do regime terapêutico e na qualidade de vida percebida pela família, respondendo-se assim aos objetivos propostos de avaliação, capacitação e melhoria da condição de saúde.

Conclusão: O estudo confirma a necessidade de se maximizar a capacitação das famílias de pessoas com DPOC, a gestão adequada dos sintomas e considerar as complexas e profundas questões psicológicas e sociais que a doença acarreta e as suas famílias enfrentam, o que torna viável a Consulta de Asma e DPOC nos Cuidados de Saúde Primários.

Passavas-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Asma; Cuidados de Saúde Primários; Enfermagem de Saúde Familiar.

Abstract

Introduction: Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) are chronic respiratory conditions with a significant impact on the quality of life of affected individuals and their families. These diseases require a person-centered approach that considers the family context. Empowering families within Primary Health Care (PHC) is essential for promoting self-care, therapeutic adherence, and preventing exacerbations (Pantelyat-Kamath & Smith, 2025).

Objective: To assess families with a member diagnosed with COPD and/or asthma; to empower the family in disease management; and to analyze the impact on improving their health condition.

Methodology: A multiple case study involving three families with a member diagnosed with COPD, integrated into the Family2Care research project. Data collection was carried out using the operational matrix of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention. Initially, a family assessment was conducted, followed by the planning and implementation of nursing interventions. The Smilkstein Family APGAR Scale and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II) were applied.

Results: The assessment of the three families identified challenges related to the management of COPD by one of their members. Nursing diagnoses were established based on the specific needs of each family, particularly caregiver burden, ineffective management of the therapeutic regimen, and deficits in health literacy. The nursing interventions, designed and implemented according to these diagnoses, focused on empowering families in disease management, promoting coping strategies, and strengthening family cohesion and functioning. Improvements were observed in family communication, greater involvement in the self-care of the ill member, and a positive perception of disease control. Consequently, significant health gains were achieved, particularly in health literacy, therapeutic regimen management, and perceived family quality of life, thus meeting the proposed objectives of assessment, empowerment, and health improvement.

Conclusion: The study confirms the importance of maximizing family empowerment in managing COPD, ensuring appropriate symptom management, and addressing the complex psychological and social issues that the disease imposes on both patients and their families. This highlights the relevance of Asthma and COPD Consultations within Primary Health Care settings.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Asthma; Primary Health Care; Family Health Nursing.

Sumário

Lista de Ilustrações	15
Lista de quadros	17
Lista de Siglas	19
Introdução	19
1. Caracterização do contexto da prática clínica especializada	23
1.1. Contextualização do estágio.....	23
2. Estudo de investigação – “Consulta de asma Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nos Cuidados de Saúde Primários: Capacitação da família para a gestão da doença”	27
2.1. Enquadramento teórico	27
2.2 Metodologia.....	35
2.3. Resultados	37
2.3.1 Avaliação das Famílias.....	38
2.3.2 Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.....	50
2.4. Discussão dos resultados.....	51
3. Desenvolvimento de Competências na Prática Clínica Especializada	57
3.1. Desenvolvimento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista	58
3.2. Desenvolvimento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.	62
4. Considerações finais	73
Referências bibliográficas	75
Anexos	85
Anexo I	87

Lista de Ilustrações

Figura 1 Pirâmide Etária dos cidadãos inscritos nos CSP	24
Figura 2 Representação das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação ..	24
Figura 3 Família Marques – Genograma	44
Figura 4 Família Marques - Ecomapa.....	45
Figura 5 Família Antunes – Genograma.....	49
Figura 6 Família Antunes –Ecopama	51
Figura 7 Família Amorim – Genograma.....	53
Figura 8 Família Amorim – Ecomapa	54

Lista de quadros

Quadro 1. Carteira básica de serviços básicos da USF.....	24
---	----

Lista de Siglas

AVD – Atividades da Vida Diária

BI- Bilhete de Identidade

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

FACES II – Escala de Avaliação de Adaptabilidade e Coesão Familiar II

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

As doenças respiratórias crónicas (DRC) são doenças das vias respiratórias e de outras estruturas do pulmão e contam-se entre as principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial. Algumas das DRC mais comuns são a asma, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e as doenças pulmonares profissionais. Estas entidades patológicas contribuem de forma importante para o aumento do peso das doenças não transmissíveis (DNT) a nível mundial (Soriano et al., 2020). Em Portugal, em janeiro de 2024, cerca de 145 mil utentes possuíam DPOC como problema ativo, equivalente a 2,6% da população acima dos 40 anos, no entanto, num estudo conduzido na região de Lisboa, estima-se que até 14,2% das pessoas com mais de 40 anos possam possuir esta doença (*Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lisbon, Portugal, 2024*).

Em 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou uma lista das 10 doenças mais mortais a nível mundial, que inclui: DPOC, infeções do trato respiratório inferior e cancro da traqueia, dos brônquios e do pulmão. A DPOC, a terceira doença mais mortal a nível mundial, é responsável por 6% de todas as mortes. Em 2019, registaram-se aproximadamente 2,2 milhões de casos de cancro da traqueia, dos brônquios e do pulmão em todo o mundo, afetando 1,52 milhões de homens e 737 000 mulheres, o que representa um aumento de 23,3% em relação a 2010 (Ebrahimi et al., 2021). As patologias crónicas e graves das vias respiratórias têm causado um enorme encargo de saúde aos países de todo o mundo, afetando grandemente a qualidade de vida dos doentes e tornando-se uma das principais doenças que assolam a humanidade. Assim, é urgente encontrar meios eficientes e económicos para a prevenção e reabilitação da DRC e compensar os défices na sua prevenção e controlo (Soriano et al., 2020; Ebrahimi et al., 2021).

Segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR, 2020, Fundação Portuguesa do Pulmão, 2023, p. 3), “as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial e em Portugal”. Neste sentido, a mesma entidade reforça que o

desenvolvimento de políticas de saúde adequadas, com estratégias de prevenção e tratamento ajustadas à realidade, exige um diagnóstico preciso da situação. A padronização da informação recolhida, com definição adequada das diferentes patologias é essencial para uma melhor quantificação do problema, sua monitorização e planeamento (ONDR, 2020, p. 3).

É incontestável que as doenças respiratórias constituem “uma elevada carga de doença na população portuguesa” (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020, p. 3). Assim, ainda em conformidade com o mesmo organismo, é necessário um esforço conjunto para um rigoroso planeamento em saúde e uma análise cuidada das necessidades das pessoas afetadas e seus cuidadores informais/família, “articulada com a gestão de doença e planeamento nos diferentes níveis de cuidados” (p. 5).

As DRC, como a asma e a DPOC, têm um impacto profundo na dinâmica familiar. A presença de um familiar com uma patologia crónica exige adaptações constantes nas rotinas diárias, redistribuição de papéis e responsabilidades, e pode gerar sobrecarga física e emocional, especialmente nos familiares cuidadores (Pantelyat-Kamath & Smith, 2025). Estas alterações afetam a organização familiar, a tomada de decisões e a forma como os membros se relacionam entre si, exigindo uma maior cooperação e resiliência. Além disso, a necessidade de acompanhamento contínuo e a imprevisibilidade de agudizações podem provocar tensão e ansiedade no seio familiar, comprometendo o bem-estar coletivo. Assim, as DRC não afetam apenas a pessoa em si, mas toda a dinâmica familiar, tornando essencial uma abordagem de cuidados centrada na família, que valorize o seu papel e promova a sua capacitação para lidar com os desafios da doença (Pantelyat-Kamath & Smith, 2025).

Neste contexto, a prática de enfermagem assume um papel central, baseada numa relação interpessoal entre o enfermeiro, a família e o seu contexto sociocultural. Essa interação deve considerar as condições ambientais, os valores, as crenças e as culturas familiares, respeitando os princípios humanistas da liberdade e dignidade humana (Henriques & Santos, 2019; Frade et al., 2021). De acordo com Pantelyat-Kamath e Smith (2025), o apoio familiar adequado influencia positivamente a adesão terapêutica e a qualidade de vida de pessoas com DPOC, reforçando a importância da intervenção de enfermagem centrada na capacitação da família como unidade de cuidado.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEEC-ESF) estabelece no decorrer do seu exercício profissional, uma relação de parceria efetiva com as famílias, apresentando um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica com esta de modo a maximizar os seus resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, OE, Regulamento nº 428/2018). Neste sentido, deve apresentar as seguintes competências específicas: a) “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”; e b) “Lidera e

colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar “(OE, Regulamento nº 428/2018, Artigo 3º, p. 19355).

A prestação de cuidados à família enquanto alvo central dos cuidados, abrangendo todos os seus elementos ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, constitui uma competência essencial do EEEC-ESF (OE, Regulamento nº 428/2018). Neste sentido, este profissional assume um papel ativo na capacitação da família como um todo e dos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições, considerando sempre a família como unidade de cuidados (OE, Regulamento nº 428/2018). O papel fundamental das famílias nos cuidados de saúde levou ao desenvolvimento de políticas de saúde focadas na sua integração nesse processo, promovendo, assim, a manutenção da saúde familiar. Em Portugal, o reconhecimento da importância da família nos cuidados de saúde culminou na definição e regulamentação das competências específicas do EEEC-ESF, o que reforça a necessidade de contar com profissionais devidamente formados para intervir no cuidado às famílias (Silva et al., 2013).

A prática baseada em evidência na EEEC-ESF pressupõe a utilização de modelos teóricos e instrumentos de avaliação que permitam um estudo aprofundado da família, com o intuito de qualificar a intervenção e apoiar a família nos seus processos de transição e adaptação às mudanças (Figueiredo, 2012). No desenvolvimento de práticas centradas na família, enquanto destinatária dos cuidados de enfermagem no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, destaca-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como ferramenta essencial. Este modelo, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros desde 2011 como referência na ESF, assenta numa abordagem colaborativa e terapêutica, promovendo a coevolução na relação entre o enfermeiro e a família. A análise das suas três dimensões, estrutural, de desenvolvimento e funcional, permite a identificação de necessidades e a definição de propostas interventivas ajustadas, contribuindo para o fortalecimento da autonomia familiar na resolução dos seus próprios problemas (Figueiredo, 2012).

O trabalho desenvolvido no âmbito do estágio envolveu uma abordagem colaborativa com as famílias, com especial foco naquelas que possuíam um familiar com DPOC e/ou asma, elegíveis para a Consulta da doença Respiratória na USF. Este tema foi escolhido após discussão com a equipa de enfermagem, tendo sido identificado como um indicador para a melhoria dos cuidados de saúde, na unidade. Esta problemática surgiu como prioritária em sede de reunião com a Enfermeira Tutora, por assumir uma relevância indelével no âmbito da prática colaborativa de ESF. A prevalência de doenças respiratórias

crónicas, como a DPOC e a asma, tem vindo a aumentar de forma significativa, refletindo um grande impacto na saúde dos utentes e na família. No contexto da *USF*, é comum observar-se um elevado número de utentes com estas condições, o que coloca desafios na gestão adequada e eficaz dessas doenças.

A definição do tema do estudo realizado durante o período de estágio deve-se ao facto de trabalhar num Serviço de Pneumologia, cujo contacto diário com famílias de pessoas com DPOC e/ou Asma terem défice de acompanhamento, sendo acompanhados apenas pelo médico família. As pessoas com doença respiratória crónica são internadas e acompanhadas num serviço de pneumologia, apenas quando há gravidade. As doenças do sistema respiratório estão na origem de um elevado número de casos agudos e crónicos, representam uma das principais razões pelas quais as pessoas procuram família equipa de saúde familiar e são responsáveis por uma quantidade significativa de internamentos hospitalares.

Com base nestes pressupostos forma delineados como objetivos: Avaliar as famílias com elemento portador de DPOC e/ou asma; capacitar a família para a gestão da doença e analisar o impacto na melhoria da condição de saúde nas mesmas.

Este trabalho insere-se no Projeto Family2Care e para dar cumprimento aos objetivos propostos foram avaliadas três famílias com membro portador de DPOC e/ou Asma, tendo por base a matriz do MDAIF.

Este relatório está organizado de forma a refletir as diferentes dimensões da prática clínica especializada e da componente de investigação desenvolvida. No Capítulo 1, procede-se à Caracterização do contexto da prática clínica especializada, com especial destaque para a contextualização do estágio realizado. O Capítulo 2 é dedicado ao Estudo de Investigação, intitulado "*Consulta de asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nos Cuidados de Saúde Primários: Capacitação da família para a gestão da doença*". Este capítulo encontra-se dividido em enquadramento teórico, metodologia, apresentação dos resultados e discussão dos mesmos. O Capítulo 3 aborda o Desenvolvimento de Atividades na Prática Clínica Especializada, evidenciando as competências adquiridas enquanto enfermeiro especialista, com enfoque particular na área da Enfermagem de Saúde Familiar. O relatório termina com as Considerações Finais, seguidas das Referências Bibliográficas e dos Anexos, que complementam e sustentam os conteúdos apresentados ao longo do documento.

1. Caracterização do contexto da prática clínica especializada

Neste capítulo descrevo e analiso o meu percurso de aprendizagem ao longo da Unidade Curricular – opção 6: estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF) com Relatório, começando por caracterizar o contexto de estágio, ou seja, da prática especializada,

1.1. Contextualização do estágio

A USF, onde foi realizado o estágio, é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada na ULS Dão-Lafões, respeitando os pressupostos do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, sendo uma USF modelo B, com uma “Equipa multiprofissional adequada à dimensão da população a abranger e ajustada às especificidades das respostas em proximidade e do território onde a população reside” (Artigo 6.º, Portaria n.º 454-A/2023 p. 4).

No Manual de Acolhimento (2023) verificamos que esta unidade iniciou atividade em agosto de 2016, modelo B, apresentando como lema “Juntos Conseguimos”, o que representa a união que motivou o início deste projeto e que continua a ser o foco da equipa. O seu símbolo tem uma “cruz” que expressa colocar a saúde como elemento fulcral do bem-estar de um indivíduo; “oito pétalas” que representam os três princípios centrais nas quais assenta a filosofia da unidade: os profissionais, os elementos em formação e a população.

A USF em questão integra-se num Centro de Saúde de Viseu e possui uma área de atuação que abrange diversas freguesias, procurando dar resposta às necessidades de cuidados de saúde da população da sua zona de influência. A estrutura interna geral rege-se pela legislação e pelas orientações elaboradas pela missão para os cuidados de saúde primários como exposto no artigo 11º do Decreto-Lei 298/2007, de 22 agosto. É constituída pelo Conselho geral, Conselho técnico e Coordenação da USF e o conteúdo funcional inerente a cada um está expresso no regulamento interno da USF. A equipa de saúde familiar está organizada em micro equipas (médico de família, enfermeiro de família e

secretário clínico) e centram a sua atividade para a lista de utentes/famílias que têm atribuído, por forma a obter ganhos em saúde concretos, passíveis de ser traduzidos em indicadores.

De acordo com o seu Regulamento Interno (2023, p. 7), a missão da USF consiste na prestação de cuidados de saúde globais, personalizados e humanizados, dirigidos ao indivíduo, à família e à comunidade, tendo em consideração os determinantes económicos, sociais, políticos e ambientais em constante transformação. A equipa desta unidade propõe-se construir um sistema de prestação de cuidados de saúde que seja equitativo, racional e acessível a todos os utentes. A sua visão assenta na integração global dos cuidados, orientada por princípios de qualidade, segurança e eficiência, tendo como finalidade a satisfação dos utentes e dos profissionais, bem como a promoção da saúde e da qualidade de vida da população que serve. Os valores que norteiam a atuação da equipa incluem a competência técnico-científica, a disponibilidade e flexibilidade, a universalidade e o humanismo, a cooperação inter e transdisciplinar, a equidade e a justiça, a qualidade e segurança, a ética e o respeito, bem como a transparência e a responsabilidade.

Assim, para dar cumprimento à sua missão e visão, a USF tem uma equipa constituída por quatro médicos, quatro enfermeiros e cinco assistentes técnicos.

Relativamente à equipa de enfermeiros existem: três especialistas em Enfermagem Comunitária com o grau de mestre; um especialista em Enfermagem Comunitária na vertente de saúde pública; uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e outra especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Caracterização dos utentes da USF

De acordo com o Bilhete de Identidade - CSP (BI – CSP) em setembro de 2024, a USF tinha 10.293 utentes inscritos, todos com médico de família e enfermeiro família, atribuídos e organizados por agregado familiar.

A análise da pirâmide etária revela um predomínio de utentes no grupo etário dos 45-49 anos. A estrutura demográfica apresenta uma base estreita, com acentuada redução no número de crianças com menos de um ano, contrastando com um alargamento nas faixas etárias centrais e superiores. Estes dados sugerem uma baixa taxa de natalidade e uma reduzida taxa de renovação populacional, associadas a uma elevada esperança média de vida. Verifica-se, assim, uma predominância de utentes em idade adulta, em ambos os sexos (cf. Figura 1).

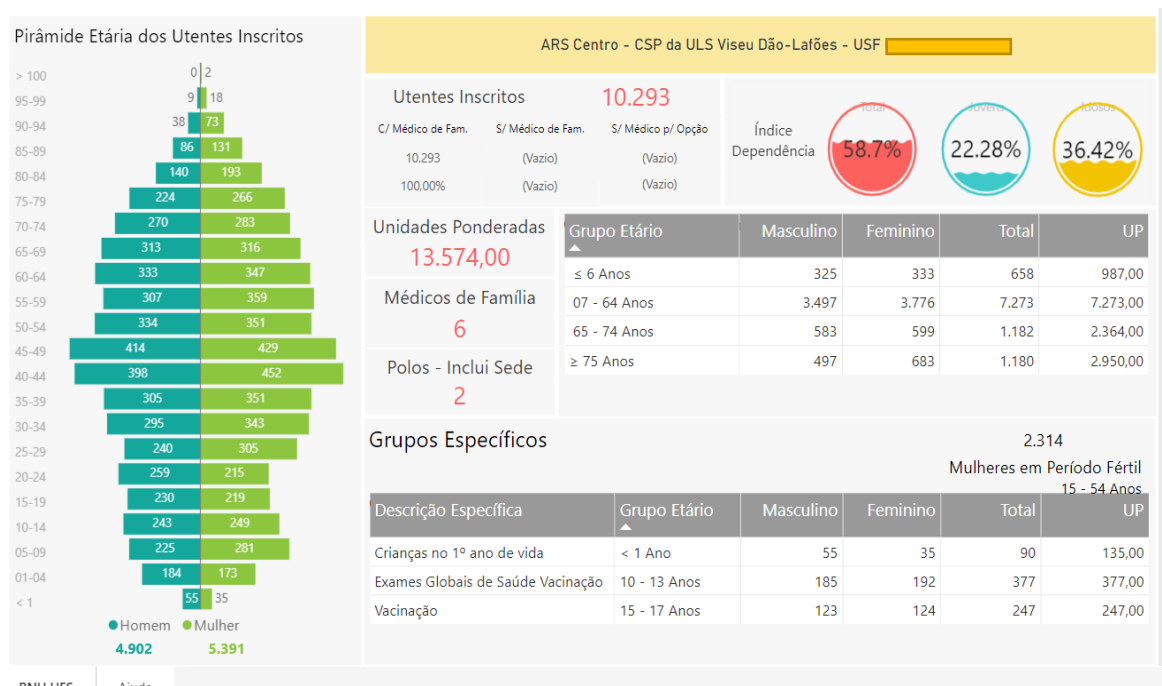


Figura 1: Pirâmide Etária dos cidadãos inscritos na USF
Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

A atividade da USF desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou unidade local de saúde. No quadro seguinte, apresentam-se os Processos Chave das carteiras de serviços da unidade.

Quadro 1. Carteira básica de serviços básicos da USF

Carteira básica de serviços	
Consulta programada	Consulta programada de Medicina Geral e Familiar
	Consulta de programas de saúde de grupos vulneráveis
	Consulta de programas de saúde de grupos de risco
Contactos indiretos	
Consulta aberta / consulta de inter-substituição	
Visitação domiciliária	
Atendimento telefónico	
Cuidados de Enfermagem	Vacinação
	Medidas terapêuticas

A caracterização da lista de utentes da Equipa de Saúde Familiar revela um panorama diversificado em termos etários e de condições clínicas. A população com idade entre os 0 e os 18 anos representa 339 utentes, refletindo uma presença relevante de crianças e adolescentes. Por outro lado, os utentes com mais de 65 anos totalizam 313,

evidenciando uma percentagem significativa de população idosa, muitas vezes associada a maior complexidade clínica e necessidade de acompanhamento regular. No que se refere às patologias crónicas, 330 utentes são acompanhados na consulta de hipertensão arterial (HTA) e 116 na consulta da diabetes *mellitus*, o que reforça a importância de estratégias de vigilância ativa e educação para a saúde, promovendo o controlo destas doenças e a prevenção de complicações. A área da saúde sexual e reprodutiva também tem expressão significativa, com 468 utentes inscritos na consulta de planeamento familiar, o que denota uma procura ativa deste serviço e a relevância do papel da equipa na promoção de cuidados preventivos e personalizados.

2. Estudo de investigação – “Consulta de asma Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nos Cuidados de Saúde Primários: Capacitação da família para a gestão da doença”

2.1. Enquadramento teórico

A Fundação Portuguesa do Pulmão (2020, p. 4) refere que as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial e em Portugal. Ainda que a maior parte destas doenças “seja prevenível ou tratável com intervenções economicamente acessíveis”, não se tem assistido, na sua globalidade, a uma diminuição da sua prevalência. Nos cuidados de saúde primários, a taxa de utentes com problemas ativos de asma e de DPOC “aumentou cerca de 182% e 152%, respetivamente, entre 2011 e 2019. Em dezembro de 2019 existiam 316.578 e 137.774 utentes codificados com estas patologias, configurando uma prevalência de registo nos cuidados de saúde primários de 3,57% e 1,55%, respetivamente” (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020, p. 5). Os dados disponíveis no Relatório Anual do Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do Sistema Nacional de Saúde, publicado em 2019, com referência ao número de utentes com DPOC com registo de avaliação de FeV1 desde 2017 a 2018 indicam uma prevalência de 49,4% a nível nacional, sendo 62,7% na região Norte (Ministério da Saúde, 2020).

As pessoas que sofrem de qualquer forma de DPOC podem apresentar sintomas comuns como tosse persistente (com ou sem muco), cansaço, pieira e aperto no peito; na maioria dos casos, estes sintomas são mal interpretados, associados a fatores relacionados com a idade. Algumas podem não apresentar sintomas até à exacerbação da doença. Apesar da extensa investigação efetuada ao longo de décadas, não existe uma cura que permita regenerar o tecido danificado e recuperar a função pulmonar. Além disso, a DPOC é uma doença progressiva, que se agrava com o envelhecimento (Khosa et al., 2023).

Vários autores reforçam que a causa mais comum da DPOC é o tabagismo. Relatórios recentes mostram que a exposição a longo prazo a substâncias irritantes não relacionadas com o fumo do cigarro (por exemplo, partículas de poeira transportadas pelo ar, poeira geogénica e contaminantes metálicos) é um fator de risco crucial implicado no desenvolvimento (não fumadores) ou na exacerbação (fumadores) da DPOC, que continua a ser pouco investigado (Khosa et al., 2023; Leuppi et al., 2023).

O tratamento envolve tipicamente broncodilatadores, como antagonistas muscarínicos de longa duração e os beta-agonistas de longa duração (Mariño et al., 2024).

As orientações GOLD recomendam um tratamento personalizado com base na gravidade da doença e nas características do doente (Leuppi et al., 2023). Apesar dos protocolos de tratamento estabelecidos, a complexidade da DPOC e os seus variados fenótipos podem levar a subdiagnósticos e má gestão, destacando a necessidade de maior sensibilização e melhores práticas de diagnóstico (Leuppi et al., 2023).

A Iniciativa Global para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) publicou as suas orientações atualizadas para 2024, refletindo avanços significativos na compreensão e gestão da DPOC. Estas orientações enfatizam uma abordagem abrangente ao diagnóstico, tratamento e prevenção, integrando evidências recentes e abordando desafios emergentes, como a poluição do ar e o impacto da COVID-19 (Kedia et al., 2024).

O GOLD 2024 destacou a correlação entre o desenvolvimento pulmonar durante a vida intrauterina e o desenvolvimento da DPOC. Comparativamente aos indivíduos saudáveis, o declínio das funções pulmonares é mais acentuado nos doentes com DPOC devido à remodelagem das vias respiratórias, que ocorre devido a lesões provocadas por vários fatores de risco, como o fumo do tabaco e a poluição do ar. Isto é determinado por uma queda significativa no volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1), que é um determinante da gravidade da obstrução das vias respiratórias. Também foi destacado que a disanapsia das vias respiratórias pode estar associada a um aumento do risco de DPOC (Kedia et al., 2024).

O GOLD 2024 desenvolveu uma taxonomia da DPOC para incluir etiologias não relacionadas com o tabagismo. Esta taxonomia proposta inclui DPOC geneticamente determinada (DPOC-G), DPOC devido a desenvolvimento pulmonar anormal (DPOC-D), fumo de cigarro (DPOC-C), exposição a biomassa e poluição (DPOC-P), DPOC devido a infeções (DPOC-I), DPOC e asma (DPOC-A) e DPOC de causa desconhecida (DPOC-U). O GOLD 2024 enfatiza a importância do rastreio da DPOC em populações de risco. Tanto o VEF1 como a capacidade vital forçada (CVF) preveem a mortalidade por todas as causas, independentemente do tabagismo. A iniciação precoce do tratamento pode reduzir a queda do VEF1 ao longo do tempo e melhorar a sobrevivência (Kedia et al., 2024).

No que se refere ao diagnóstico e gestão, as orientações continuam a priorizar a avaliação dos sintomas e o histórico de exacerbações em vez de depender exclusivamente de medidas espirométricas, promovendo uma avaliação mais holística dos doentes com DPOC. É dada ênfase à otimização dos cuidados durante o período peri-alta para os doentes que experienciam exacerbações agudas, o que é crucial para melhorar os

resultados a longo prazo (Guidelines for peri-discharge management and follow-up of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease, 2024).

Entre as principais contribuições do Guidelines for peri-discharge management and follow-up of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (2024), salientam-se: Padronização da Gestão: padronizar a gestão da alta e os caminhos de seguimento para doentes que experienciam exacerbações agudas da DPOC; Melhoria da Continuidade dos Cuidados: ao otimizar a gestão peri-alta, as orientações ajudam a melhorar a continuidade dos cuidados, o que é crucial para os doentes em recuperação de exacerbações agudas da DPOC; Prevenção de Recorrências: as orientações focam na prevenção da recorrência de eventos agudos logo após a alta, o que é vital para melhorar os resultados dos doentes; Melhoria do Prognóstico a Longo Prazo: enfatiza que uma gestão eficaz durante o período peri-alta pode levar a uma melhoria do prognóstico a longo prazo para os doentes com exacerbações agudas da DPOC; Recomendações Baseadas em Evidências: reviu as evidências sobre o período peri-alta e a gestão em grupo das exacerbações agudas da DPOC, confirmando os benefícios do seguimento e da gestão precoce após a alta; Público-Alvo: as orientações são direcionadas a médicos e enfermeiros envolvidos na prática clínica da DPOC, garantindo que os profissionais de saúde tenham um quadro claro a seguir. Estas contribuições têm como objetivo, em conjunto, melhorar a gestão e os cuidados gerais dos doentes com exacerbações agudas da DPOC, levando, em última análise, a melhores resultados de saúde.

Há uma mudança para estratégias de gestão personalizadas que consideram as características individuais dos doentes, incluindo as comorbidades e a gravidade dos sintomas (Kedia et al., 2024). As orientações reconhecem a crescente evidência que liga a poluição do ar à progressão da DPOC, levando os profissionais de saúde a considerar os fatores ambientais nas suas estratégias de gestão. Embora as orientações GOLD 2024 representem um avanço significativo na gestão da DPOC, permanecem ainda desafios na implementação de cuidados personalizados de forma eficaz em diversos contextos de cuidados de saúde. A integração de novas tecnologias e de abordagens centradas no doente será essencial para futuros avanços no tratamento da DPOC.

A nível mundial, estima-se que 22,5 milhões de anos de vida ajustados pela doença (DALYs) são perdidos anualmente devido à asma (*Global Initiative for Asthma*, GINA, 2023). Em Portugal, o número de anos de vida vividos com incapacidade (YLD) devido a doenças respiratórias é cerca de 5%, sendo a asma a principal condição responsável por este facto (3,2%) (Direção-Geral da Saúde, 2023). A asma é uma doença respiratória geralmente

associada a uma hiper-resposta orgânica a estímulos diretos ou indiretos, apresentando-se como uma inflamação crónica das vias aéreas, persistindo mesmo quando a função pulmonar é normal e não há sintomas, mas que pode ser normalizada com medicação (GINA, 2023). É uma patologia caracterizada por sintomas como sibilância, dispneia paroxística, sensação de aperto no peito, tosse ou aumento do tempo expiratório, sendo que a intensidade destes sintomas pode variar ao longo do tempo (Costa et al., 2020). Estas variações são frequentemente desencadeadas por fatores como o exercício físico, a exposição a irritantes ou alergénios, alterações de temperatura ou infeções respiratórias (GINA, 2023).

A asma pode ser controlada e tratada na maioria dos doentes, permitindo (i) uma redução da necessidade de medicação de alívio, (ii) que os doentes possam ter uma vida produtiva e ativa, (iii) a manutenção de uma função pulmonar próxima do normal, e (iv) a prevenção de exacerbações (GINA, 2023). Neste sentido, há evidências de que a autogestão da asma pode reduzir a utilização dos serviços de saúde e o absentismo escolar/trabalho, justificando assim a necessidade de criação de programas específicos para a asma (FINA, 2023). Em 2018, a Direção-Geral da Saúde (DGS) publicou o Plano de Cuidados Integrados (PIC) para a Asma na Criança e no Adulto (com idade igual ou superior a 14 anos), que tem como objetivo orientar e organizar a prática clínica para melhorar os resultados e a qualidade. Este PIC pretende ainda alcançar a utilização mais eficaz dos recursos, dando ênfase às atividades que se pensa afetarem a qualidade dos cuidados prestados a esta patologia (DGS, 2018).

A prevalência da asma, bem como da DPOC, em estudos epidemiológicos é heterogénea, uma vez que os métodos de diagnóstico da provável doença são diferentes. No que respeita à asma, a espirometria é o primeiro teste utilizado para fazer o diagnóstico, seguido do teste de reversibilidade com broncodilatador; no entanto, um grupo de trabalho da *European Respiratory Society* reviu sistematicamente a literatura existente sobre a exatidão diagnóstica dos diferentes testes utilizados e forneceu recomendações para a prática clínica (Louis et al., 2022). Outras formas de detetar casos prováveis de asma incluem o diagnóstico autorreferido por sintomas respiratórios autorreferido, como a sibilância, geralmente através de um questionário de rastreio (Soriano et al., 2017). Portanto, como atualmente não existe um teste único para o diagnóstico de asma, a sua prevalência pode até estar subestimada, com grande variação entre os países (Stern et al., 2020).

A asma e a DPOC são importantes problemas de saúde pública devido à sua elevada e crescente prevalência, morbidade, mortalidade e custos socioeconómicos associados (de Marco et al., 2013). Embora a asma e a DPOC sejam doenças diferentes, o diagnóstico diferencial às vezes é difícil em algumas pessoas idosas (de Marco et al., 2013). Além disso, ambas as patologias podem coexistir: mais de 40% das pessoas com DPOC relatam história de asma e a asma foi reconhecida como um fator de risco para o desenvolvimento de DPOC. As pessoas que têm DPOC e asma (síndrome de sobreposição) têm uma progressão mais rápida da doença, pior qualidade de vida relacionada com a saúde, exacerbações respiratórias mais frequentes, aumento de comorbidades e utilização de cuidados de saúde do que aqueles com uma ou outra doença isoladamente (Stern et al., 2020; Witt et al., 2022).

À medida que as pessoas envelhecem, o desenvolvimento de condições geriátricas pode complicar a gestão de doenças crónicas, como a DPOC. As condições geriátricas são estados de doença multifatorial que transcendem discretamente as categorias de diagnóstico e conferem risco adicional para a qualidade de vida, hospitalizações, não adesão à medicação e morte (Lahousse et al., 2016). A sua presença tem sido associada ao aumento do risco de hospitalizações e morte. A prevalência de fragilidade nas pessoas idosas com DPOC foi estimada em quase 60% e demonstra prever melhor a mortalidade do que o volume expiratório forçado em 1 segundo (Lahousse et al., 2016).

As características da asma em pessoas idosas incluem a diminuição da função pulmonar, particularmente obstrução das pequenas vias aéreas e obstrução rápida das vias aéreas devido ao envelhecimento, tabagismo e remodelação das vias aéreas (Witt et al., 2022). A asma coexistente com a DPOC em pessoas idosas geralmente é não atópica e está associada a uma elevada frequência de complicações, como doenças cardiovasculares, distúrbios digestivos e doenças metabólicas. Outras características da asma nesta população incluem um risco aumentado de infeção devido à baixa imunidade ou aspiração e diminuição da qualidade de vida e adesão ao regime terapêutico (Witt et al., 2022).

A asma associada ao tabagismo tem maior gravidade, requer internamentos hospitalares mais frequentes e causa uma rápida diminuição do volume expiratório forçado num 1 segundo (VEF 1,0) em comparação com a asma não associada ao tabagismo. Além disso, a eficácia dos corticosteroides inalatórios ou orais é menor para os primeiros do que para os segundos.

No que respeita particularmente à DPOC, em 2017, a Direção-Geral de Saúde (DGS) publicou o Despacho n.º 6300/2016, onde se determina que as Administrações Regionais de Saúde (ARS) devem assegurar que todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) tenham acesso a espirometria com o objetivo de modelar a nível nacional este tipo de prática, criando redes de espirometria nos Cuidados de Saúde Primários. Os resultados até agora existentes representam um enorme avanço. Contudo, ainda não existe uniformização das atitudes em todo o país.

A falha de um diagnóstico, especificamente de DPOC, pode ter graves implicações. Como referem Santos e Silva (2022, p. 415), desde a “conjuntura da pandemia por COVID-19, estes doentes não diagnosticados perderam o direito a realizar precocemente a vacinação contra esta doença”. Por conseguinte, não tem sido

“realizada uma consulta estruturada e programada para a patologia respiratória que apresentam, não tendo, por isso, acesso aos cuidados adequados e mantendo-se a doença em fase de evolução. Não usufruem de vigilância programada, da melhor terapêutica, vacinação antigripal gratuita, vacina antipneumocócica, de programas de reabilitação respiratória e de cessação tabágica, entre outros. Estes utentes não estão, por isso, integrados num circuito; são mais vulneráveis a agravamento da doença, exacerbações e perda da qualidade de vida” (Santos & Silva, 2022, p. 415).

Maricoto et al. (2016, p. 440) referem mesmo que “a terapia inalatória é a modalidade mais efetiva para o tratamento da asma e da DPOC.” A literatura apresenta as razões pelas quais a terapêutica inalatória se assume um dos tratamentos de eleição das doenças respiratórias, sendo usados dispositivos cada vez mais eficazes e medicamentos com baixa probabilidade de desenvolver efeitos colaterais (Marques et al., 2023).

Os fatores de risco para a asma e a DPOC incluem predisposição genética e exposição a poluentes ambientais. Um estudo realizado por Puci et al. (2023) em Po Valley, Itália, investigou a prevalência de asma, DPOC e a sua sobreposição numa amostra aleatória de adultos entre os 20 e os 64 anos. Dos 1108 participantes, com média de idade de 48 anos, 53% eram mulheres e metade não fumava. Contudo, o tabagismo foi mais prevalente entre os homens e associou-se significativamente à DPOC e à sobreposição asma/DPOC. O risco de asma diminuiu com a idade, mas aumentou nos fumadores.

A asma não controlada nos idosos é um problema de saúde pública reconhecido em países desenvolvidos como os Estados Unidos e na União Europeia, tanto do ponto de vista da segurança do doente como do ponto de vista económico. As variações no ponto de corte que define a idade do idoso contribuem para as dificuldades dos estudos epidemiológicos

(Khosa et al., 2023). Os idosos asmáticos podem sofrer de asma não controlada, que se sobrepõe a outras doenças comuns com o avançar da idade que merecem ser consideradas, por exemplo, DPOC, doença cardíaca, diabetes *mellitus* e outras comorbilidades. Devido à heterogeneidade dos fenótipos da asma e de outras condições que podem imitar os sintomas da asma do idoso, são necessários mais estudos de coorte para elucidar a fisiopatologia e o tratamento da asma no idoso. Mais estudos para caracterizar a asma do idoso, podem ajudar a responder à necessidade não satisfeita destes doentes de diretrizes baseadas em evidências (Khosa et al., 2023).

Neste âmbito, importa referir a importância do *empowerment* na gestão de doenças como a asma e a DPOC na população idosa, como forma de potenciar a sua qualidade de vida. No seu estudo, Fotokian et al. (2017) exploraram o processo de *empowerment* entre os idosos com DPOC, cujos resultados indicam que, apesar da importância e da aplicação do conceito de *empowerment*, ainda existe falta de conhecimentos suficientes de todos os aspetos na gestão de doenças crónicas, em particular da DPOC.

Na maioria dos estudos no domínio das doenças crónicas, a implementação de um programa educativo foi considerada como uma estratégia eficaz no *empowerment*. Estas intervenções, nas quais foram empregues métodos quantitativos, foram utilizadas para promover educação sobre a saúde a pessoas idosas com DPOC. O estudo mostra que educação para a saúde da pessoa idosa com DPOC é um aspeto do processo do *empowerment* e uma das tarefas dos membros da equipa profissional, com particular destaque para os enfermeiros de cuidados de saúde primários (Fotokian et al., 2017). Os resultados mostraram também que, perante a complexidade da doença e em resposta às dificuldades induzidas pela mesma, foram aplicadas três estratégias na gestão da vida em idosos com DPOC, pelos seus cuidadores familiares/informais e pelos membros da equipa profissional, respetivamente: esforçar-se para se manter ativo, preparar-se para lutar contra as adversidades da doença e ajudar a estabilizar os efeitos secundários da DPOC e minimizar os seus impactos na qualidade de vida do idoso (Fotokian et al., 2017). Potenciar a participação dos familiares/cuidador informal no processo de cuidados ao idoso com DPOC assumiu-se como uma estratégia eficaz, o que implicou empoderá-los, munindo-os de conhecimentos sobre o autocuidado e a gestão da doença no domicílio, traduzindo-se numa melhor qualidade de vida dos idosos (Fotokian et al., 2017).

Efil et al. (2020) realizaram um estudo experimental com doentes adultos e idosos com DPOC, onde o grupo experimental recebeu formação regular por enfermeiros sobre a utilização correta dos inaladores. Esta intervenção resultou numa melhoria significativa da

técnica de inalação ($p=0,008$), maior adesão ao tratamento ($p=0,006$) e melhor qualidade de vida ($p=0,010$). Apesar de não terem sido registadas diferenças significativas nas idas ao hospital, verificou-se um declínio menor da função respiratória no grupo com formação. O estudo reforça a importância da educação em saúde para a gestão eficaz da DPOC, confirmando resultados anteriores de outros autores como Göris et al. (2013), Arora et al. (2014) e Li et al. (2014).

A nível nacional, Baião (2021) implementou um projeto de promoção da saúde a utentes com DPOC, ancorado ao Modelo de Promoção da Saúde *Precede-Proceed*, para promover a literacia em saúde destes utentes. Após ter verificado um défice de conhecimentos sobre a doença, o autocuidado e gestão da doença, bem como a atividade de lazer comprometida, e como forma de responder às necessidades identificadas, elaborou o Manual de apoio ao utente com DPOC “Informação e ocupação sempre à mão”, um instrumento promotor da literacia em saúde. O projeto teve como objetivo geral “Promover a literacia em saúde nos utentes com DPOC com idade igual ou superior a 40 anos da área de abrangência da UCC”. Durante a sua implementação, o objetivo específico consistiu em analisar o conhecimento destes utentes, tendo realizado entrevistas, com posterior análise do conteúdo das mesmas, o que concretizou o diagnóstico de situação (Baião, 2021, p. 55). Como pontos fortes, a autora registou: “promover a literacia em saúde no utente com DPOC; permitir o acesso a informações sobre recursos da comunidade; capacitar o utente com DPOC; ensino de estratégias de autocuidado e gestão da doença; sensibilização dos profissionais da equipa sobre o défice de conhecimentos dos utentes com DPOC; o manual enquanto ferramenta de suporte à prestação de cuidados; envolvimento da equipa multidisciplinar na elaboração do manual; promoção do autocuidado; inovação na abordagem ao utente com DPOC; aumentar a literacia em saúde dos profissionais” (Baião, 2021, pp. 57-58). Como oportunidade, identificou a integração do projeto no plano de ação da UCC e a adoção do manual por outros serviços da Unidade Local. Contou com a colaboração e o envolvimento da equipa de saúde da UCC para o desenvolvimento e implementação do projeto, o qual foi apresentado à equipa. Em maio de 2021 foram apresentados os resultados obtidos no diagnóstico de situação, tendo também sido discutido as prioridades, os objetivos e estratégias. Ao longo das semanas houve momentos de discussão sobre a elaboração do manual, resultando numa reflexão conjunta sobre a eficácia do programa e a sua continuidade no futuro.

Importa referir, neste âmbito, que a elaboração deste tipo de projetos deve ter sempre em consideração as características sociodemográficas da população alvo, bem como os princípios orientadores da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e

Saudável 2017-2025. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017, p. 18), é perentório “Promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem”. Esta é uma competência específica do EEEC-ESF, ou seja, integrar “a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2018, p. 19354). A corroborar, a DGS (2020) preconiza que se proceda a uma recolha sistemática e contínua de dados, bem como ao tratamento e à transmissão de informação acerca dos vários determinantes da saúde e da doença, o que se assume como crucial para o planeamento e gestão de recursos da saúde, facultando componentes de atuação de forma eficaz sobre os fatores de risco e contribuir para a melhoria dos níveis de saúde das populações.

Face ao exposto, o trabalho de investigação desenvolvido tem como objetivo avaliar as famílias com elemento portador de DPOC e/ou asma, capacitar a família para a gestão da doença e analisar o impacto na melhoria da condição de saúde nestas famílias.

As doenças respiratórias crónicas afetam muitas pessoas e representam um desafio significativo para as famílias, com impacto na dinâmica familiar, tendo em conta a frequência e a intensidade dos sintomas como dispneia, cansaço a pequenos esforços e pieira.

2.2 Metodologia

Um estudo de caso múltiplos permite explorar as experiências de várias famílias com membros que sofrem das referidas doenças respiratórias crónicas, com o objetivo de identificar os principais desafios enfrentados pelos cuidadores e as estratégias que utilizam para lidar com essas dificuldades. Realizado um estudo de caso múltiplo, que é uma abordagem de pesquisa qualitativa que envolve o exame detalhado de diversos casos individuais dentro de um contexto específico (Yin, 2017). Neste tipo de estudo, cada caso é analisado de forma separada, mas com o objetivo de identificar padrões, semelhanças e diferenças entre eles. O foco é entender a complexidade dos fenómenos em estudo, explorando as dinâmicas específicas de cada caso e como essas dinâmicas interagem dentro de um contexto maior. Os estudos de caso múltiplos são comumente utilizados em áreas como ciências sociais, saúde e psicologia, para investigar uma situação ou questão em profundidade, considerando diferentes perspetivas ou experiências (Creswell, 2013).

A metodologia envolve a seleção de múltiplos casos, que podem ser pessoas, grupos ou instituições, e a recolha de dados qualitativos através de entrevistas, observações, registos documentais ou outras fontes. A análise é realizada por comparação e contraste das características de cada caso para extrair conclusões ou desenvolver teorias (Yin, 2017).

Esse tipo de estudo permite uma análise mais rica e diversificada de um fenómeno, possibilitando a identificação de fatores que influenciam os resultados em diferentes contextos, bem como proporciona uma compreensão mais abrangente das questões em estudo, já que a comparação entre os casos pode oferecer *insights* valiosos sobre o impacto dos contextos, intervenções ou características individuais (Creswell, 2013).

A colheita de dados decorreu em contexto de visita domiciliária, possibilitando, assim, a observação direta das interações entre os membros do agregado familiar. Mais concretamente avaliaram-se três famílias inscritas na USF onde decorreu o estágio, inscritas na lista de utentes da Enfermeira de família, tendo as famílias participado voluntariamente, após a obtenção do seu consentimento informado, no cumprimento dos princípios éticos e deontológicos da profissão.

Este estudo está integrado no projeto de investigação Family2Care, que teve parecer favorável da Comissão de ética da ULS Viseu Dão Lafões. (Anexo II). Foi feita a identificação das famílias com membro portador de DPOC e/ou asma (N=18), tendo em conta os seguintes critérios de inclusão:

- _ As famílias tinham de estar inscritas na USF onde decorreu o estágio, constando da lista de utentes da enfermeira de família;
- _ Presença de patologia respiratória crónica: pelo menos um membro do agregado familiar devia apresentar diagnóstico clínico de DPOC e/ou asma;
- _ Critério de gravidade clínica: seleção baseada na intensidade e frequência dos sintomas respiratórios, nomeadamente presença de dispneia, pieira e cansaço com pequenos esforços;
- _ Participação voluntária mediante assinatura do consentimento informado, em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem;
- _ Disponibilidade para intervenção domiciliária: as famílias deviam aceitar e estar disponíveis para visitas domiciliárias, permitindo a recolha de dados através da observação direta e interação com a equipa de enfermagem;

- _ Integração no projeto Family2Care: inclusão no âmbito do projeto de investigação aprovado pela Comissão de Ética da ULS Viseu Dão Lafões.

Após a aplicação dos critérios de inclusão estabelecidos, foram selecionadas três famílias que cumpriam os requisitos definidos para integrar o presente estudo. Para salvaguardar o anonimato dos participantes, os nomes atribuídos a cada elemento das famílias são fictícios, não correspondendo à sua identidade real.

A recolha de dados foi realizada com recurso à matriz operativa do MDAIF às famílias selecionadas, realizando-se, num primeiro momento, a avaliação familiar, seguida do planeamento das intervenções de enfermagem e a operacionalização das mesmas. Foram utilizadas a Escala de Apgar Familiar de Smilkstein e a Escala *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES II).

2.3. Resultados

Pela complexidade intrínseca à unidade familiar, a avaliação e intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados, como para o planeamento das intervenções. Tornar mais visível o contributo dos enfermeiros neste contexto e melhorar a qualidade dos cuidados que se traduzem em ganhos em saúde para as famílias constituiu-se como impulso para a criação, implementação e evolução do MDAIF (Figueiredo, 2023).

Este modelo, adaptado para a realidade portuguesa, sustenta-se no modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, desenvolvido por Wright e Leahey, e no pensamento sistémico, enquanto referencial epistemológico, definindo os conceitos: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família (Figueiredo, 2012, p. XI).

Pressupõe um sistema terapêutico colaborativo, que “promova a potencialização das forças, recursos e competências da família e que reconheça a complexidade, a globalidade, a equifinalidade e a auto-organização do sistema familiar” (Figueiredo, 2012, p.26). A sua matriz operativa incorpora várias dimensões que refletem áreas de atenção familiares relevantes na prática dos cuidados de enfermagem: dimensão estrutural, dimensão de desenvolvimento e dimensão funcional (Figueiredo, 2012).

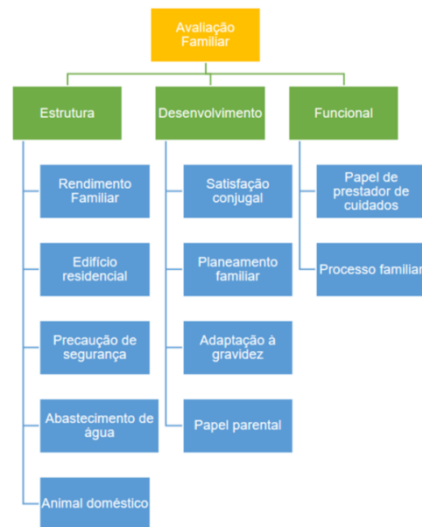


Figura 2 -Representação das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação
 Fonte: Figueiredo, 2023, p.387 (adaptado)

2.3.1 Avaliação das Famílias

Família Marques (Família Monoparental)

A Maria foi diagnosticada com DPOC e apresenta sintomas como dispneia, pieira (sibilância), nariz entupido e espirros, que ocorrem mais de dois dias por semana. Além disso, sente cansaço e dificuldade na realização das suas tarefas diárias e nas Atividades da Vida Diária (AVD), com ocorrência até dois dias por semana. Estes sintomas indicam uma limitação significativa na sua capacidade funcional, afetando a qualidade de vida e a independência. O tratamento indicado para a Maria é o Elebrato Elipta, um medicamento utilizado como tratamento de manutenção em doentes adultos com DPOC moderada a grave. Tem como objetivo melhorar o controlo dos sintomas respiratórios e prevenir as exacerbações. Este tratamento tem como foco a gestão a longo prazo da DPOC, visando reduzir a progressão da doença e minimizar as limitações físicas impostas pelos sintomas respiratórios. A adequação deste tratamento deve ser monitorizada regularmente, ajustando-se conforme necessário para garantir a melhor resposta clínica possível.

Avaliação familiar

A Maria é divorciada, teve cinco filhos, tendo falecido um deles. Assim, tem dois filhos, um com 41 e outro com 29 anos e duas filhas, uma com 45 anos e a outra com 43 anos, que possui uma filha. Esta vive com o filho de 29 anos.

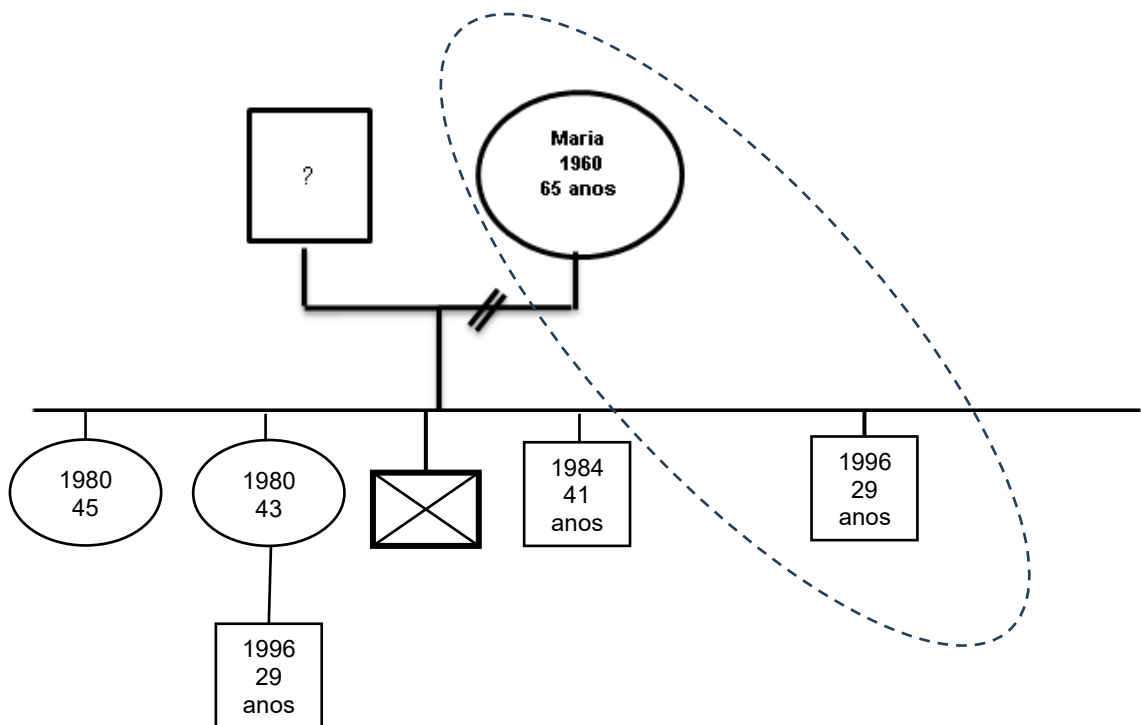


Figura 3 Família Marques - Genograma

Reside numa vivenda tipo T3, situada numa aldeia, o que proporciona um ambiente calmo e tranquilo, afastado da agitação dos centros urbanos. A localização na aldeia está associada a menos poluição e maior contacto com a natureza, o que pode beneficiar a saúde e o bem-estar da família. No entanto, é importante salientar que a aldeia também pode apresentar limitações no acesso a certos serviços e infraestruturas, quando comparada a áreas urbanas. A habitação é bem iluminada, com luz natural em todas as divisões, um aspeto positivo que contribui para o conforto térmico e visual da casa, além de ser mais saudável ao promover a regulação dos ritmos biológicos dos moradores. A casa está equipada com um sistema de aquecimento central por caldeia, garantindo o conforto

térmico durante todo o ano. O gás canalizado é outro ponto positivo, oferecendo conveniência e segurança ao permitir cozinhar, aquecer água e aquecer a casa de forma eficiente e segura.

Em termos de higiene habitacional, a casa é bem mantida, limpa e cuidada, o que é essencial para assegurar um ambiente saudável e de bem-estar. A presença de empregada de limpeza contribui para a manutenção diária da higiene e organização do espaço.

O serviço de tratamento de resíduos é garantido pela rede pública, assegurando que a casa tenha acesso a um sistema eficiente de recolha e tratamento de lixo, contribuindo para um ambiente saudável e livre de contaminação.

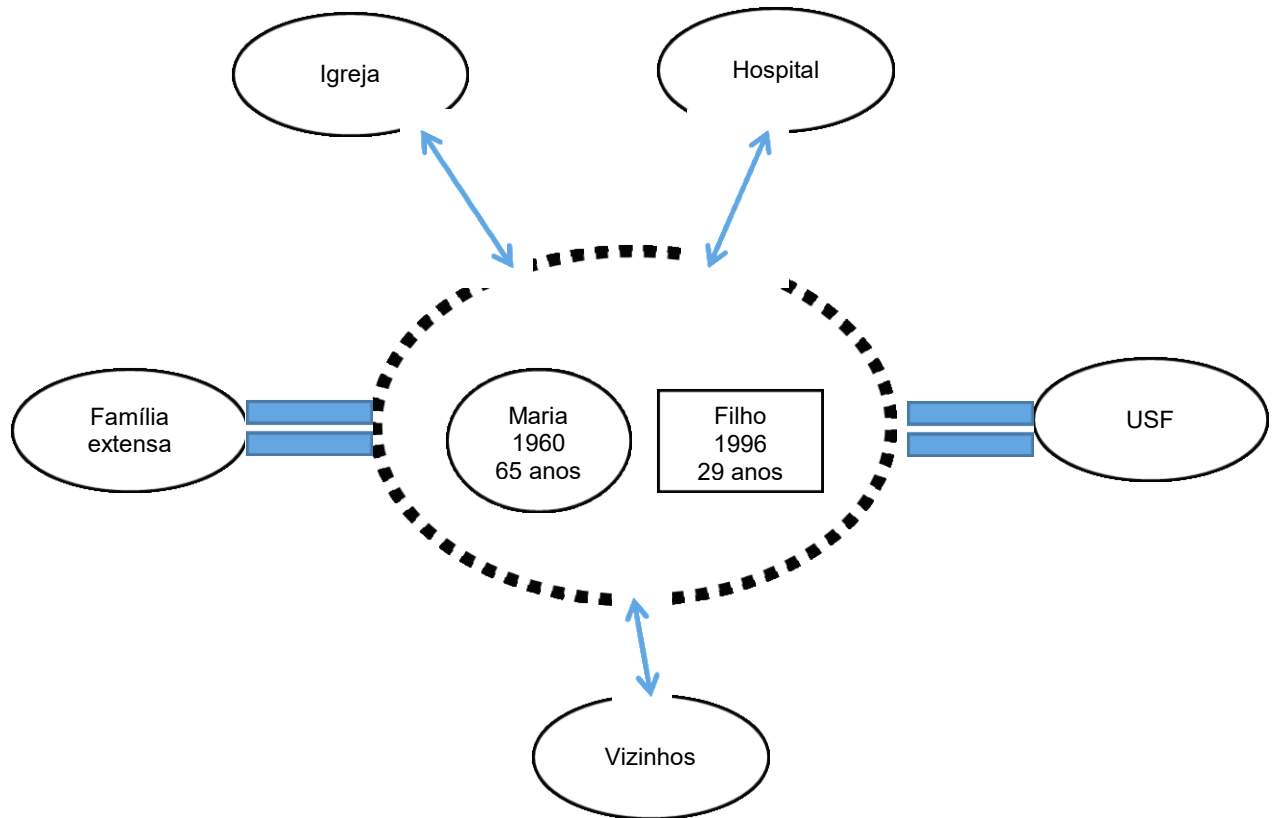
No que diz respeito aos sistemas de abastecimento, a habitação beneficia de abastecimento de água pela rede pública, o que garante água potável de qualidade para consumo, higiene e outras necessidades diárias. Em relação aos esgotos, a casa possui um sistema de fossa séptica, e a família mantém contacto regular com a Câmara Municipal para assegurar a correta manutenção do sistema. Além disso, os resíduos sólidos são recolhidos pelos serviços municipalizados uma vez por semana, e a família realiza triagem de resíduos, demonstrando preocupação com a reciclagem e o ambiente.

No ambiente biológico, a família tem um cão, como animal de estimação, sendo este devidamente acompanhado pelo veterinário, com vacinação e desparasitação atualizada. A preocupação com a saúde e bem-estar do animal demonstra o compromisso da família em garantir um ambiente saudável e seguro para todos os seus membros, humanos e animais.

Avaliação estrutural

Após a avaliação estrutural, pode dizer-se que se trata de uma família monoparental, ou seja, é constituída pela Maria (mãe) e pelo filho. Todos os membros da família apoiam-se mutuamente. As duas filhas colaboraram nas tarefas domésticas.

Família em estudo com os recursos da comunidade



Legenda:

Fluxo de energia e recursos

Ligação de proximidade

Ligação forte



Figura 4 Família Marques - Ecomapa

Avaliação funcional

Com o objetivo de se avaliar a coesão e adaptabilidade da família, aplicou-se a Escala de Avaliação de Adaptabilidade e Coesão Familiar II (FACES II), tendo-se verificado que ao nível da coesão é uma família muito ligada, muito flexível e equilibrada. Ainda para avaliação da funcionalidade familiar, aplicou-se a Escala de Apgar Familiar de Smilkstein, aos elementos da família, apresentando score total de 10 pontos, traduzindo a percepção de uma família altamente funcional

Ao nível da dimensão de desenvolvimento, avaliou-se a dimensão funcional expressiva, com aplicação da Escala de Readaptação Social Holmes & Rahe, tendo-se obtido um score total de 239, sugerindo 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica.

Ao nível da comunicação familiar, mais concretamente na comunicação familiar, quem na família expressa mais os sentimentos é a Maria, estando os membros da família satisfeitos relativamente ao modo de expressão dos sentimentos, com aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros. Os sentimentos de cada um, em relação à família, têm um impacto favorável, com todos os membros da família a serem claros e diretos no discurso, ou seja, cada um compreende de forma clara o que os outros dizem. Esta família revela satisfação com a forma como se comunicam em família.

No que se refere ao *coping familiar*, quem na família habitualmente identifica os problemas e toma a iniciativa para a sua resolução é a Maria, havendo discussão sobre os problemas na família, com relato de os membros da família se sentirem satisfeitos com a forma como se discutem os problemas. A família não necessita de recorrer a outros recursos externos na resolução dos problemas, existindo boas experiências na sua família na resolução de problemas.

Quanto aos papéis familiares, a Maria é a provedora, havendo consenso no desempenho do papel, sem saturação do desempenho desse papel. A gestão financeira também é desempenhada pela mãe, com consenso familiar. Ausência de conflitos e de saturação face a estes papéis familiares. Quanto ao papel cuidados domésticos, mãe e filho desempenham-no mutuamente. O filho desempenha o papel recreativo, com ausência de conflitos e de saturação.

Na relação dinâmica, o membro com maior poder na família é a Maria, havendo satisfação com a forma como cada pessoa influencia o comportamento e com a forma como a família expressa a sua união.

Família Antunes (Família Monoparental)

A Ana apresenta sintomas de dispneia, pieira e aperto no peito ao realizar esforço físico, para além de sentir cansaço e dificuldade na realização das suas tarefas diárias e/ou AVD, com uma frequência de até dois dias por semana. Estes sintomas indicam uma limitação significativa na sua capacidade funcional e um impacto direto na sua qualidade de vida. Para o tratamento da DPOC, utiliza o Laventaid Ellipta, um medicamento

broncodilatador de manutenção indicado para aliviar os sintomas da doença. É utilizado para controlo dos sintomas respiratórios em doentes adultos com DPOC, ajudando a abrir as vias respiratórias e a melhorar a função pulmonar. Este tratamento é essencial para reduzir o impacto da doença no dia a dia de Ana.

Avaliação familiar

A família descrita enquadra-se no modelo de família monoparental, caracterizada por um número reduzido de membros e por laços diretos de consanguinidade e convivência. Neste caso, é constituída por Ana (mãe), de 57 anos, viúva, e o seu filho de 33 anos, com quem mantém uma relação próxima e de coabitação.

Família em estudo com os recursos da comunidade

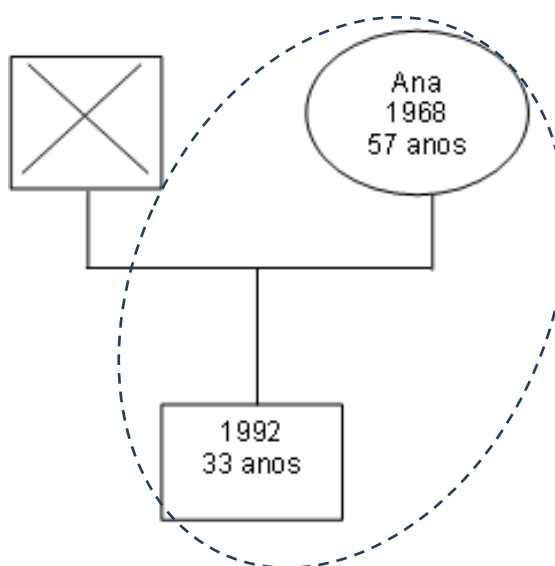


Figura 5 Família Antunes - Genograma

A habitação está situada numa aldeia, o que pode indicar um ambiente mais calmo, afastado dos centros urbanos, com menos poluição e mais contato com a natureza. A habitação possui boa iluminação natural, o que é um ponto positivo, pois contribui para o conforto térmico e visual, além de ser mais saudável, ajudando na regulação dos ritmos biológicos. A presença de aquecimento central indica que a casa está equipada com um sistema de conforto térmico adequado, o que melhora o bem-estar da família, especialmente em climas mais frios. Este sistema também contribui para a habitabilidade durante todo o ano, proporcionando um ambiente mais acolhedor. O gás canalizado é um ponto positivo em termos de conveniência e segurança, pois permite cozinhar, aquecer a água e aquecer a casa com um combustível eficiente e mais seguro em comparação com outras alternativas.

A boa higiene habitacional sugere que a casa é bem mantida, limpa e cuidada, o que é essencial para garantir a saúde e o bem-estar da família.

A gestão de resíduos pela rede pública assegura que a casa tenha acesso a um sistema eficiente de recolha e tratamento de lixo, o que contribui para um ambiente saudável e livre de contaminação.

O abastecimento de água pela rede pública indica que a habitação tem acesso a água potável de qualidade, o que é fundamental para a saúde, higiene e funcionamento diário da habitação.

A presença de um animal de estimação (cadela), devidamente vacinado e desparasitado, evidencia a preocupação da família com o bem-estar do mesmo, refletindo um compromisso com a promoção de um ambiente biológico saudável no domicílio.

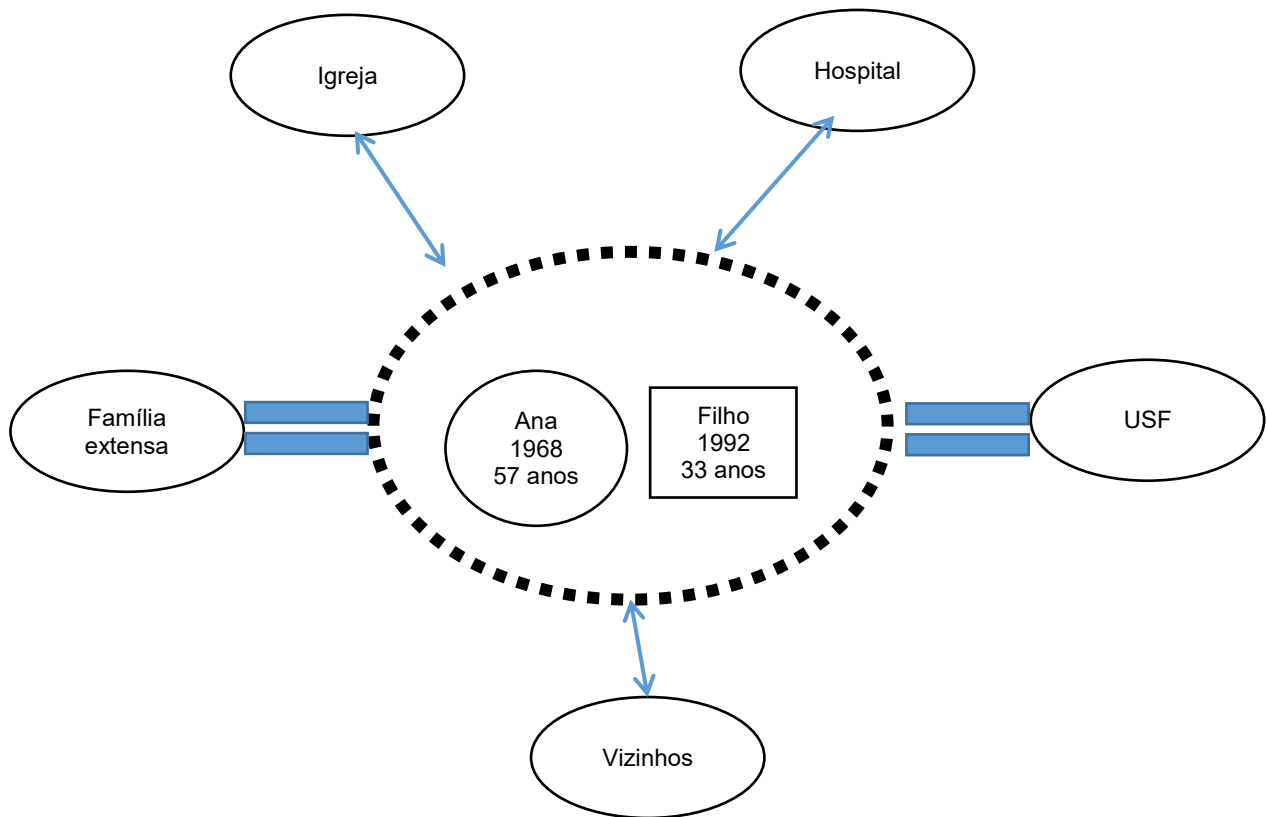


Figura 6 Família Antunes - Ecomapa

Legenda:

Fluxo de energia e recursos

Ligação de proximidade

Ligação forte



Avaliação funcional

Para avaliar a coesão e a adaptabilidade familiar, foi utilizada a Escala de Avaliação de Adaptabilidade e Coesão Familiar II (FACES II). Os resultados revelaram que, no que diz respeito à coesão, a família se apresenta como extremamente unida, muito flexível e equilibrada. Além disso, para avaliar a funcionalidade familiar, foi aplicada a Escala de Apgar Familiar de Smilkstein à mãe e ao filho, obtendo-se um total de 10 pontos, o que indica que se trata de uma família com elevado nível de funcionalidade.

Ao nível da dimensão de desenvolvimento, aplicou-se a Escala de Readaptação Social Holmes & Rahe, tendo-se obtido um score total de 171, sugerindo menor probabilidade de incidência de doenças.

No que se refere à comunicação familiar, destaca-se que Ana (mãe) é quem expressa mais frequentemente os seus sentimentos. Ambos os membros da família demonstram satisfação com a forma como os sentimentos são partilhados, existindo uma aceitação mútua quanto à expressão emocional. Os sentimentos manifestados têm um impacto favorável na dinâmica familiar, sendo que mãe e filho comunicam de forma clara e direta, compreendendo-se mutuamente com facilidade. Esta família revela, assim, um elevado nível de satisfação com a forma como se comunicam no seio familiar.

No que se refere ao *coping* familiar, é também Ana quem habitualmente identifica os problemas e toma a iniciativa na sua resolução. A gestão das dificuldades é feita através do diálogo entre mãe e filho, com ambos a demonstrarem satisfação quanto à forma como os problemas são abordados e discutidos. A família revela autonomia na resolução dos seus desafios, sem necessidade de recorrer a apoios externos, e evidencia experiências positivas na superação de dificuldades anteriores.

Quanto aos papéis familiares, a mãe e o filho são provedores, havendo consenso no desempenho do papel, sem saturação do desempenho desse papel entre mãe e filho. A gestão financeira também é desempenhada pelos dois, com consenso familiar. Ausência de conflitos e de saturação face a estes papéis familiares. Quanto ao papel cuidados domésticos, mãe e filho desempenham-no mutuamente. O filho desempenha o papel recreativo, com ausência de conflitos e de saturação.

Na relação dinâmica, o membro com maior poder na família é a Ana (mãe), havendo satisfação com a forma como cada pessoa influencia o comportamento e com a forma como a família expressa a sua união.

Família Amorim (Família Nuclear)

A Amélia apresenta sintomas de dispneia e pieira com uma frequência superior a dois dias por semana, além de sentir cansaço e dificuldade na realização das suas tarefas diárias e/ou AVD, ocorrendo quase todos ou todos os dias. Estes sintomas indicam uma limitação significativa na sua capacidade funcional, afetando a sua qualidade de vida e a independência nas suas atividades cotidianas. Para o tratamento da DPOC, utiliza o Trixeo Aerosphere, um medicamento indicado como tratamento de manutenção em doentes adultos com DPOC moderada a grave. Este medicamento é destinado a doentes que não estão adequadamente tratados com uma associação de corticosteroide inalado e um agonista beta2 de longa duração de ação, ou uma combinação de agonista beta2 de longa duração de ação e antagonista muscarínico de longa duração de ação. O Trixeo Aerosphere ajuda a melhorar o controlo dos sintomas respiratórios e a prevenir exacerbações, proporcionando um alívio duradouro.

Avaliação familiar

A família é composta, no seu agregado familiar, por quatro elementos: a Amélia, atualmente com 65 anos (mãe, elemento índice), o marido com 70 anos, a filha com 34 anos e o filho com 41 anos.

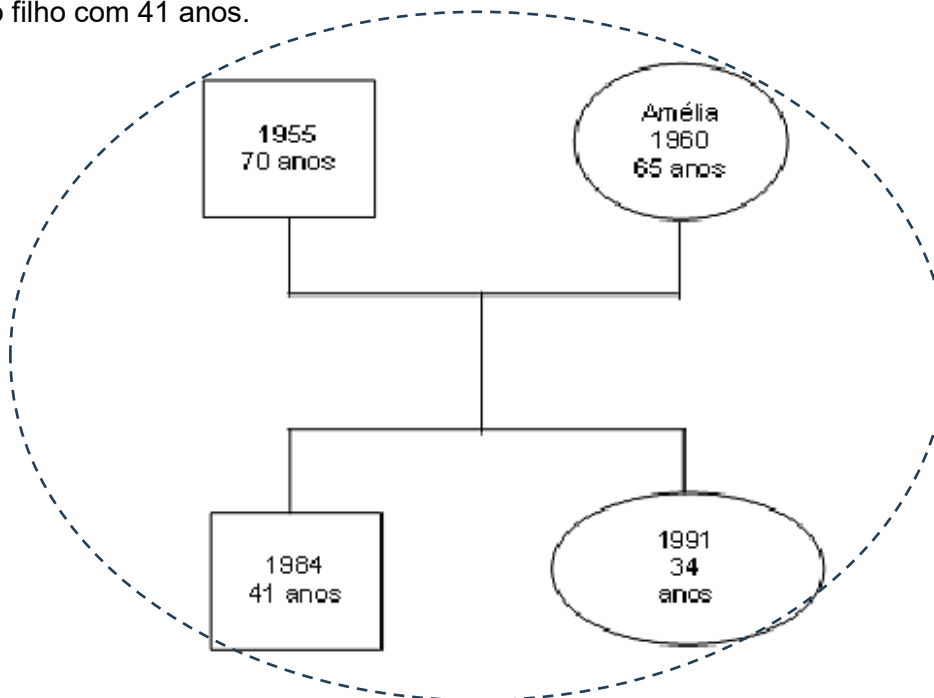


Figura 7 Família Amorim - Genograma

A habitação é uma moradia localizada numa aldeia, oferecendo um ambiente tranquilo, com menor poluição e maior contacto com a natureza. Apesar das vantagens, esta localização pode implicar maior distância aos serviços essenciais. A casa tem luz natural em todas as divisões, o que favorece o conforto e o bem-estar. Está equipada com aquecimento por recuperador, garantindo um ambiente agradável, especialmente no inverno. Utiliza gás de botija, uma opção prática, embora exija reposições regulares. A higiene habitacional é adequada, com a moradia bem cuidada e limpa. Quanto à gestão de resíduos, a recolha é assegurada pela rede pública, contribuindo para um ambiente limpo e saudável. No que respeita aos sistemas de abastecimento, a água provém de uma rede privada (furo/poço), o que indica que a casa tem acesso a uma fonte de água própria, sendo importante garantir o controlo da qualidade da água, especialmente em sistemas privados.

Em relação ao ambiente biológico, a família tem cães como animais de estimação, os quais são devidamente acompanhados pelo veterinário, com vacinação e desparasitação em dia. A preocupação com a saúde e bem-estar dos animais demonstra o cuidado da família em garantir que os seus animais estejam livres de doenças e parasitas.

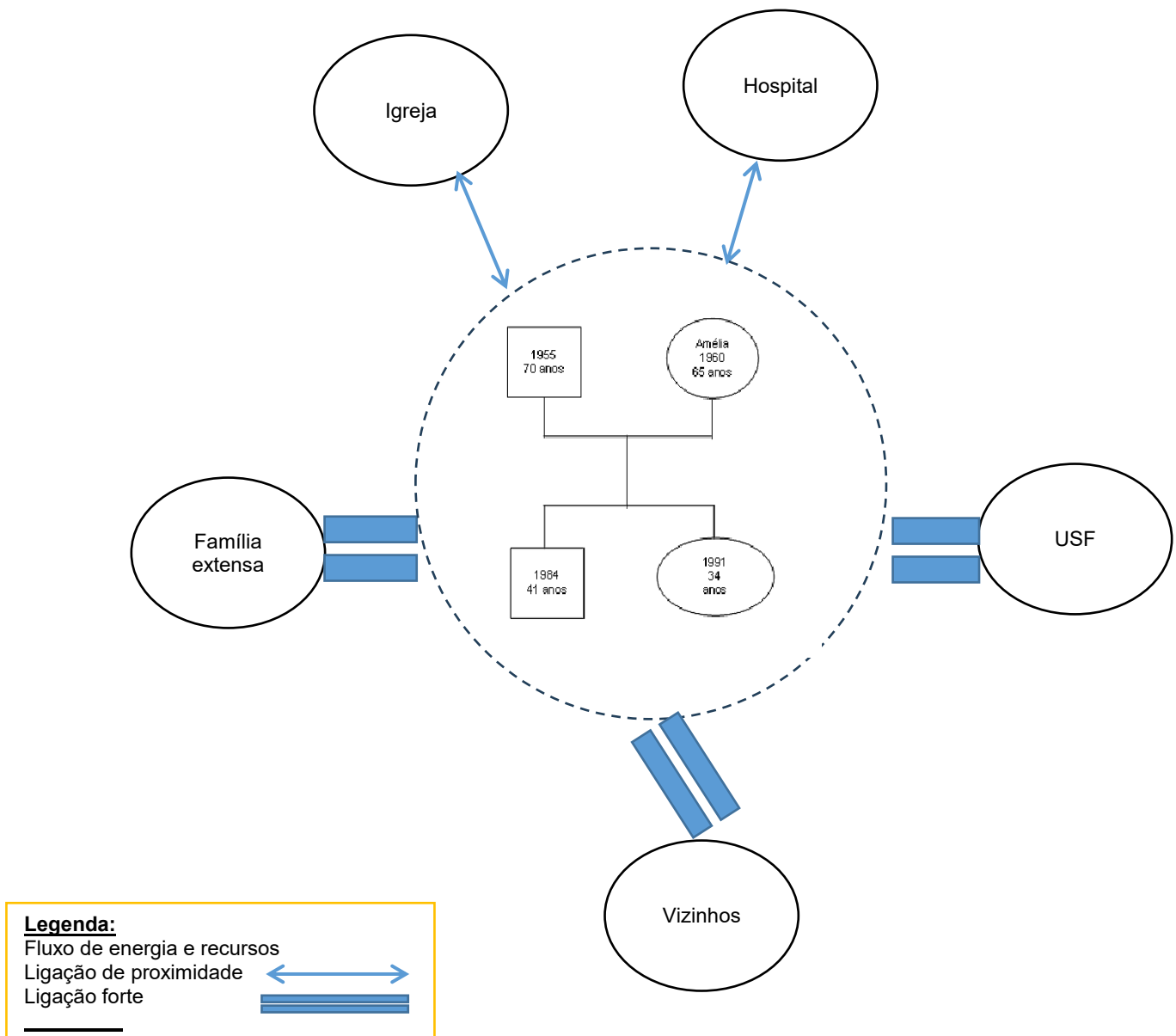


Figura 8 Família Amorim - Ecomapa

Avaliação funcional

Para avaliar a coesão e a adaptabilidade familiar, foi utilizada a Escala de Avaliação de Adaptabilidade e Coesão Familiar II (FACES II). Os resultados revelaram que, no que diz respeito à coesão, a família se apresenta como extremamente unida, muito flexível e equilibrada. Além disso, para avaliar a funcionalidade familiar, foi aplicada a Escala de Apgar Familiar de Smilkstein a todos os membros da família, obtendo um total de 9 pontos, o que indica uma percepção de uma família com elevado nível de funcionalidade.

Avaliação do desenvolvimento

Ao nível da dimensão de desenvolvimento, avaliou-se a dimensão funcional expressiva, com aplicação da Escala de Readaptação Social Holmes & Rahe, tendo-se obtido um score total de 100, indicando menor probabilidade de incidência de doenças.

No que diz respeito à comunicação familiar, a Amélia é a pessoa que mais expressa os seus sentimentos. Os demais membros da família mostram-se satisfeitos com a maneira como os sentimentos são partilhados, existindo uma aceitação geral da expressão emocional entre os familiares. Os sentimentos de cada membro têm um impacto positivo na dinâmica familiar, com todos a serem claros e diretos nas suas comunicações, permitindo uma compreensão mútua e sem ambiguidade. Em suma, esta família demonstra satisfação com a forma como se comunicam entre si.

No que diz respeito ao *coping* familiar, a identificação dos problemas e a tomada de iniciativa para resolvê-los é, em grande parte, responsabilidade da Amélia e do marido, com a filha a participar ocasionalmente. Na família, é habitual discutir as questões e os membros expressam satisfação com a maneira como essas conversas são conduzidas. A família não sente a necessidade de recorrer a recursos externos para resolver os seus problemas, tendo experiências positivas na gestão de conflitos internamente.

Em relação aos papéis familiares, a Amélia e o marido desempenham a função de provedores, e ambos concordam quanto ao cumprimento desse papel, sem sinais de sobrecarga por parte de nenhum deles. A gestão financeira é igualmente uma responsabilidade partilhada entre os dois, com consenso no processo. Não há conflitos nem sensação de saturação em relação a esses papéis. Quanto às tarefas domésticas, é a mãe quem as assume, embora tenha manifestado o desejo de contar com o apoio dos outros membros, especialmente do marido. O papel recreativo é desempenhado pela mãe e pela filha, sendo também uma área livre de conflitos e sobrecarga.

No que diz respeito à dinâmica familiar, a Amélia (mãe) é a figura com maior poder na família. Há uma sensação geral de satisfação quanto à forma como cada membro influencia o comportamento familiar e à maneira como a família expressa a sua coesão e união.

2.3.2 Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

A DPOC é uma condição crónica que impacta profundamente não só a vida da pessoa com essa patologia, mas também o funcionamento e a dinâmica das suas famílias. O envolvimento familiar revela-se essencial na gestão desta patologia, quer na monitorização dos sintomas, na adesão ao tratamento, quer no suporte emocional e funcional diário. Considerando a importância da abordagem centrada na família, foram elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem, segundo a linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), acompanhados de intervenções específicas e adaptadas às realidades das famílias Marques, Antunes e Amorim. Estes diagnósticos e intervenções visam promover o bem-estar global da pessoa com DPOC e da sua rede familiar, reforçar os laços de apoio e facilitar a adaptação às exigências da doença.

Família Marques

Diagnósticos de enfermagem (CIPE®)	Intervenções de Enfermagem com foco na Família
F1.1 Redução da capacidade respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a família a reconhecer sinais de dispneia e cansaço. • Promover exercícios respiratórios com apoio familiar. • Monitorizar uso do Elebrato Ellipta.
F3.3 Comprometimento da mobilidade física	<ul style="list-style-type: none"> • Planear atividades domésticas graduais com ajuda familiar. • Disponibilizar suporte físico durante AVD. • Promover pausas e descanso.
D3.5 Ansiedade relacionada com limitação respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar o diálogo familiar. • Ensinar técnicas de relaxamento. • Encorajar ritmo de vida equilibrado.
F7.2 Necessidade de apoio familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar coesão familiar. • Estimular reuniões familiares. • Incluir a família em sessões educativas.

Família Antunes

Diagnósticos de enfermagem (CIPE®)	Intervenções de Enfermagem com foco na Família
F1.1 Comprometimento da troca gasosa respiratória	<ul style="list-style-type: none"> Educar sobre sinais de exacerbação. Praticar técnica de inalação. Estabelecer plano de ação.
F2.2 Fadiga relacionada com esforço respiratório	<ul style="list-style-type: none"> Esquema de atividades com descanso. Partilha de tarefas domésticas. Incentivar alimentação e hidratação.
D4.4 Baixa autoestima devido à dependência funcional	<ul style="list-style-type: none"> Reforço positivo familiar. Estimular tarefas autônomas. Encorajar metas realistas.
F7.2 Necessidade de educação familiar	<ul style="list-style-type: none"> Sessões educativas conjuntas. Envolver filho nas consultas. Avaliar suporte emocional.

Família Amorim

Diagnósticos de enfermagem (CIPE®)	Intervenções de Enfermagem com foco na Família
F1.1 Comprometimento da troca gasosa respiratória	<ul style="list-style-type: none"> Rever técnica do Trixeo Aerosphere. Ensinar plano de contingência. Monitorizar sinais vitais.
F3.3 Dificuldade na mobilidade e realização de AVD	<ul style="list-style-type: none"> Instruir apoio em AVD. Adaptar ambiente doméstico. Equilibrar autonomia e suporte.
D3.3 Medo de dependência e perda de autonomia	<ul style="list-style-type: none"> Promover partilha emocional. Estimular expressão de receios. Reforçar papéis equilibrados.
F7.1 Necessidade de suporte educacional e emocional	<ul style="list-style-type: none"> Integrar família na educação sobre DPOC. Reuniões familiares com equipa de saúde. Apoiar <i> coping </i> familiar.

2.4. Discussão dos resultados

Nos três casos apresentados, as famílias enfrentavam desafios associados à DPOC de um dos seus membros, embora inicialmente demonstrassem uma boa estrutura funcional, níveis de coesão, flexibilidade e estratégias de *coping* familiar adequadas. Após a implementação de intervenções de enfermagem orientadas pela CIPE®, observou-se uma melhoria significativa na capacidade de adaptação familiar, na gestão dos sintomas e na promoção da qualidade de vida quer da pessoa com DPOC, quer dos seus familiares cuidadores.

As intervenções foram direcionadas para fortalecer a comunicação familiar, a capacitação para o autocuidado e o reforço dos papéis familiares de forma partilhada e equilibrada. A inclusão ativa da família no plano terapêutico e educativo permitiu ganhos evidentes na literacia em saúde, na autoconfiança para lidar com situações de exacerbação

da DPOC, bem como na reorganização das rotinas domésticas, com redução do risco de sobrecarga e aumento da resiliência familiar.

É evidente que, apesar das limitações impostas pela DPOC, estas famílias tornaram-se ainda mais coesas e funcionais após as intervenções propostas, com uma comunicação mais eficaz, partilha mais equilibrada das tarefas e maior envolvimento nas decisões relativas à saúde. Tais resultados vão ao encontro do que defendem Sigurgeirsdottir et al. (2020), que sublinham a importância da orientação por parte dos profissionais de saúde para otimizar a homeostasia familiar e a funcionalidade da pessoa com DPOC.

Contrariamente ao que é descrito por Schmitt et al. (2021), onde se verificaram baixos níveis de satisfação familiar entre idosos com doenças respiratórias crónicas, os casos aqui analisados demonstram que a funcionalidade familiar pode ser preservada e até melhorada com o suporte do EEEC-ESF. Ao abordar a família como unidade de cuidados, o ESF promove não só o bem-estar do doente, mas também dos cuidadores, mitigando sentimentos de solidão e abandono, como os descritos por Khan et al. (2023).

Por outro lado, a educação contínua realizada junto destas famílias permitiu uma maior perceção dos sintomas e maior capacidade de atuação perante situações críticas, o que é essencial numa doença de progressão lenta como a DPOC. Esta abordagem proativa, defendida por autores como Zhang et al. (2022) e Jónsdóttir et al. (2024), contribui para a autonomia familiar e para a manutenção de um ambiente emocionalmente equilibrado.

Como evidenciado por Davis et al. (2021) e Sun et al. (2018), a sobrecarga familiar pode ser minimizada através de intervenções precoces e colaborativas. Neste estudo, observou-se que o envolvimento estruturado das famílias nas decisões clínicas, bem como a sua capacitação, resultou numa redução da tensão emocional e numa melhoria global na gestão da doença.

Por fim, é essencial reforçar que a capacitação contínua, o reforço da comunicação e a colaboração entre o ESF e a família são elementos-chave para um modelo de cuidados eficaz em DPOC. A gestão proativa, centrada nas necessidades e potencialidades da família, contribui não só para a saúde física das utentes, mas também para o bem-estar relacional e emocional de todos os seus membros familiares (Delaney et al., 2022; Jónsdóttir et al., 2024).

Nas famílias descritas anteriormente, os familiares (filhos, cônjuge) desempenham papéis essenciais na gestão da doença e no apoio à qualidade de vida destas pessoas com DPOC. Nos três casos, as famílias são apresentadas como elementos-chave na ajuda

diária, seja no apoio à medicação, à realização das atividades diárias ou na gestão das exacerbações da DPOC. Apesar disso, como é destacado, é importante continuar a reconhecer-se as necessidades de cada família e uma educação mais focada para ajudá-las a lidar com as exigências da doença crónica (Davis et al., 2021).

Como defendem Sun et al. (2018), as famílias, especialmente as que têm um membro com DPOC, podem sentir-se sobrecarregadas sem o apoio adequado dos profissionais de saúde, o que pode resultar numa elevada sobrecarga emocional e psicológica. As intervenções precoces e o envolvimento das famílias nas decisões de tratamento e gestão da doença podem melhorar significativamente a capacidade de lidar com a doença e reduzir o impacto negativo tanto para a pessoa com DPOC, como para toda a família (Khan et al., 2023). As famílias necessitam de cuidados de saúde não só para a sua própria saúde e bem-estar, mas também para as suas necessidades de capacitação no que diz respeito ao cuidado da pessoa doente (Zhang et al., 2018). Os membros da família experienciam influências profundas em todas as áreas da vida; física, lazer, social, relacional, financeira e profissional, com uma intensidade crescente à medida que a doença progride (Jónsdóttir et al., 2024).

É necessário maximizar a capacitação das famílias de pessoas com DPOC, a gestão adequada dos sintomas e considerar as complexas e profundas questões psicológicas e sociais que as pessoas com DPOC e as suas famílias enfrentam (Delaney et al., 2022; Jónsdóttir et al., 2024). Assim, sugere-se um modelo de cuidados proativos na DPOC, destacando-se a comunicação contínua entre o EEEC-ESF e as famílias, integrando o planeamento de cuidados centrados na colaboração. O EEEC-ESF deve centrar-se no que é do melhor interesse de cada família e abordá-los de forma conjunta para apoiar a sua autodeterminação e permitir-lhes viver com harmonia familiar.

2.5. Conclusão

O presente trabalho teve como objetivo avaliar famílias com um elemento com DPOC e/ou asma, capacitar esses núcleos familiares para a gestão da doença e analisar o impacto das intervenções na melhoria da condição de saúde familiar. Este objetivo foi plenamente alcançado, evidenciado pelos resultados positivos observados após a implementação das intervenções de enfermagem baseadas na CIPE©.

As famílias inicialmente apresentavam uma boa funcionalidade, coesão e estratégias de *coping*. Contudo, após as intervenções, registou-se uma melhoria significativa na

capacidade de adaptação às exigências da doença, na organização das tarefas diárias, na comunicação interna e na literacia em saúde. A capacitação dos cuidadores familiares permitiu não só uma melhor gestão dos sintomas respiratórios, como também contribuiu para a promoção do bem-estar emocional e a prevenção da sobrecarga.

As intervenções centradas na família fortaleceram os papéis familiares, promoveram o autocuidado partilhado e aumentaram a resiliência perante os desafios impostos pela doença crónica. Verificou-se, assim, uma evolução positiva na funcionalidade familiar, na autonomia das utentes e na harmonia do ambiente familiar, confirmando a eficácia de uma abordagem proativa, centrada na família, por parte do EEEC-ESF.

2.6 Implicações para a prática clínica

A realização deste estudo de família tem indiscutivelmente implicações para a futura prática profissional, como dar mais apoio e educação às famílias, para que estas possam enfrentar todos os desafios com que se possam deparar na progressão da doença respiratória, físicos, emocionais e sociais significativos. O ESF tem competências e conhecimentos que lhe permitem esse apoio, oferecendo-lhes não só cuidados de saúde, mas também orientação e educação contínua sobre como gerir a doença, reconhecer os sinais de agravamento e aplicar estratégias de autocuidado, o que inclui educação para a saúde sobre como realizar a terapia medicamentosa, a importância de manter um ambiente saudável para a pessoa com DPOC e/ou asma e como lidar com a limitação funcional imposta pela patologia.

O EEEC-ESF pode atuar proativamente na gestão dos sintomas, incluindo a orientação sobre o uso correto dos dispositivos de nebulização, a administração de medicamentos e a educação sobre o controlo das comorbilidades. A promoção da autonomia da pessoa com DPOC e/ou asma e da família é essencial, ajudando-as a tomar decisões informadas sobre a saúde e encorajar para a adesão ao regime terapêutico. É igualmente importante o apoio psicossocial, porque estas doenças não afetam apenas a pessoa em si, mas também gera uma sobrecarga emocional considerável para a família. Assim sendo, o EEEC-ESF pode ser um ponto de apoio fundamental, não só para gerir a saúde da pessoa com DPOC e/ou asma, mas também para identificar sinais de stresse, ansiedade ou depressão nos familiares e orientá-los sobre os recursos de apoio psicológico ou grupos de apoio, se necessário.

A promoção de cuidados multidisciplinares assume também crucial importância, uma vez que a DPOC e/ou asma são condições complexas que exigem cuidados multidisciplinares e o EEEEC-ESF pode coordenar com outros profissionais de saúde a capacitação, para garantir que o plano de cuidados seja eficaz e que as necessidades da pessoa e da família sejam atendidas de forma holística. Uma consulta de enfermagem na USF pode ter um forte foco na educação em saúde. Os enfermeiros podem explicar às pessoas com DPOC e/ou asma e à sua família os sinais de alerta e fornecer informações sobre as opções de tratamento, incluindo as medidas farmacológicas e não farmacológicas, como as técnicas de respiração, exercícios para melhorar a função pulmonar, arejar convenientemente a habitação, entre outras, aumentando a adesão ao regime terapêutico. A consulta de enfermagem podem ser uma oportunidade para a intervenção precoce, identificando complicações ou exacerbações da DPOC e/ou asma antes que se tornem com elevado risco de gravidade, o que pode reduzir a necessidade de hospitalizações frequentes e melhorar a qualidade de vida das famílias.

É fundamental, que na prática clínica, os enfermeiros de família façam a avaliação familiar, recorrendo à matriz operativa do MDAIF, para caracterizar a família; analisar as áreas de atenção; elaborar diagnósticos de enfermagem; planejar possíveis intervenções de enfermagem e operacionalizá-las; compreender a importância da tomada de decisão clínica dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias; reconhecer a influência positiva dos cuidados antecipatórios na saúde familiar.

3. Desenvolvimento de Competências na Prática Clínica Especializada

O conceito de competência pode ser entendido como a integração de conhecimentos, habilidades e capacidades que capacitam o indivíduo a executar tarefas de forma eficaz em diferentes contextos. Trata-se de um elemento central que impacta significativamente o desempenho profissional e a satisfação no exercício da atividade, particularmente no setor da saúde. Ao contrário da aptidão, que se refere aos critérios específicos definidos pelas instituições para o desempenho adequado de uma função, a competência assume uma dimensão mais ampla e prática (Kusumawardana et al., 2023; Nesterenko, 2024).

Segundo Kusumawardana et al. (2023), a competência compreende um conjunto articulado de saberes e habilidades fundamentais para a execução qualificada das funções, estando estreitamente associada à qualidade do desempenho e ao grau de realização profissional. De igual modo, Rialdy et al. (2025) reforçam que a competência permite aos profissionais responder com eficácia às exigências do seu papel, contribuindo para um ambiente de trabalho mais eficiente e satisfatório.

A construção da competência é um processo dinâmico que exige aprendizagem contínua, atualização de conhecimentos e desenvolvimento de atitudes adequadas ao contexto clínico (Zebaloğlu, 2024). Esta evolução permanente reflete-se em ações observáveis que traduzem a capacidade de adaptação e resposta às diferentes situações que emergem na prática diária.

Importa ainda salientar que as concepções de competência podem variar consoante os contextos organizacionais e culturais em que se inserem, o que reforça a necessidade de uma abordagem crítica e contextualizada na sua definição e avaliação (Rialdy et al., 2025). Assim, no âmbito da enfermagem, considera-se competente o profissional que, através da mobilização dos seus recursos técnicos e humanos, atua de forma eficaz, ajustando-se às especificidades e desafios do ambiente clínico.

Neste contexto, o estágio desenvolvido permitiu uma aplicação prática destes conceitos de competência profissional. O mesmo decorreu numa ULS Viseu Dão Lafões, mais especificamente numa USF, no período de setembro de 2024 a janeiro de 2025, num total de 360 horas de contacto, com orientação pedagógica da Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade e orientação clínica de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, com o grau de Mestre.

3.1. Desenvolvimento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro da OE, o Enfermeiro Especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744). As suas competências comuns são as

partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4745).

Existem quatro domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, a saber que o domínio de competência consiste numa “esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4745), designadamente: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

a) Responsabilidade profissional, ética e legal

As competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pressupõem uma “prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro da OE, p. 4745) e, “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019, p. 4745).

Ao longo do estágio, adotei uma postura pautada pela responsabilidade profissional, ética e legal, cumprindo escrupulosamente os princípios legais, éticos e deontológicos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, tanto no acompanhamento das famílias como na colaboração com a equipa multidisciplinar. Esta conduta reflete os valores fundamentais que norteiam a minha prática como enfermeira. Mantive, de forma constante,

a preocupação com a salvaguarda da privacidade e confidencialidade das famílias envolvidas nas diversas atividades desenvolvidas.

Durante a realização das avaliações familiares, cujo objetivo era a identificação das necessidades específicas de cada agregado, a partilha de informação foi sempre restrita à equipa de enfermagem da Unidade, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados. De forma progressiva, fui adquirindo maior autonomia na tomada de decisões, um aspeto essencial no desempenho do enfermeiro especialista, sobretudo no contexto da enfermagem de saúde familiar, onde a personalização do cuidado e a sua continuidade assumem especial relevância, considerando a singularidade de cada família.

Estes fatores foram determinantes na consolidação da minha identidade profissional como enfermeira especialista, assegurando uma intervenção centrada na família e adaptada às suas características únicas.

Ao longo de todo o meu percurso formativo, orientei-me pelos princípios éticos da beneficência, não maleficência e justiça, considerados pilares essenciais na prestação de cuidados de saúde de qualidade, com enfoque na família e nas suas necessidades. Neste sentido, promovi o bem-estar de cada família, procurando sempre o seu melhor interesse de forma holística, reforçando a literacia em saúde, incentivando práticas preventivas e assegurando cuidados contínuos e personalizados que respeitassem as suas dimensões físicas, emocionais e sociais. Simultaneamente, respeitei o princípio da não maleficência, abstendo-me de qualquer ação ou intervenção suscetível de causar dano físico ou psicológico às famílias, com especial atenção às que integravam pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ou asma.

Quero ainda referir que as minhas ações seguiram igualmente o princípio da justiça, ou seja, cuidei de forma equitativa todas as famílias, garantindo que todas, independentemente da sua condição, origem ou situação socioeconómica, recebessem cuidados justos e adequados, o que é um lema da ULS, sobretudo na forma de agir da Enfermeira Tutora. Atuei com imparcialidade, assegurando que as necessidades de saúde de todas as famílias fossem atendidas de maneira igualitária e ética. Estes princípios orientaram e orientarão sempre a minha prática, assegurando-me que as minhas ações estejam alinhadas com os valores fundamentais da ética profissional, promovendo cuidados que respeitem a dignidade da pessoa humana e promovam o seu bem-estar.

b) Melhoria contínua da qualidade

As competências no domínio da melhoria contínua da qualidade ajudam a garantir um desempenho dinamizador em termos de desenvolvimento e de alicerce das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, bem como no desenvolvimento de práticas de qualidade, o que implica que o enfermeiro especialista deve gerir e colaborar em programas de melhoria contínua, bem como garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Assim, durante o estágio, a minha prática foi orientada pelos protocolos e normas vigentes na USF, os quais visam uniformizar os cuidados prestados, com o propósito de assegurar a melhoria contínua da qualidade e a preservação de um ambiente terapêutico seguro, minimizando ao máximo o risco de erro humano. Reconheci a importância da tecnologia da informação como um instrumento fundamental para o desenvolvimento e implementação do Processo de Enfermagem, uma vez que facilitou o acesso à informação clínica de cada família, contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Os registos de enfermagem constituem um reflexo essencial da prática clínica; a sua ausência equivale à inexistência formal das intervenções realizadas. Neste sentido, os registos permitiram-me consolidar conhecimentos na utilização da linguagem CIPE®, elevando significativamente a minha competência na aplicação de uma terminologia padronizada em enfermagem. Ao utilizar a CIPE® para documentar as necessidades das famílias, as intervenções efetuadas e os resultados esperados, aprofundei o conhecimento sobre as classificações associadas a diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, melhorando, assim, a precisão das avaliações realizadas e a eficácia das intervenções aplicadas, de forma mais dirigida e personalizada.

Paralelamente, a promoção da qualidade foi também assegurada através de práticas conscientes de interdependência entre a família e o seu ambiente, respeitando sempre a identidade cultural e as necessidades espirituais dos utentes, promovendo a perceção de segurança individual e coletiva. Procurei garantir um ambiente seguro para a prestação de cuidados e administração de terapêutica, atuando em conformidade com as normas de controlo de infeção estabelecidas.

c) Gestão dos cuidados

Relativamente às competências inseridas no domínio da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista deve demonstrar capacidade para coordenar os cuidados de enfermagem, otimizar a resposta da equipa e assegurar uma articulação eficaz no seio da equipa multidisciplinar. Deve ainda ser capaz de ajustar a liderança e a gestão de recursos às diferentes realidades clínicas e contextuais, com vista à garantia da qualidade assistencial (OE, 2019). Neste sentido, colaborei ativamente na definição de prioridades dos cuidados, na tomada de decisões em conjunto com a equipa de saúde e na distribuição e delegação de tarefas entre os diferentes profissionais.

Contribuí também para a gestão de *stocks* de vacinas e de armazéns avançados (farmácia e material clínico), participando na monitorização dos níveis de stock, verificação de prazos de validade, reposição e distribuição de materiais pelos gabinetes clínicos. No contexto das visitas domiciliárias, estive envolvida na organização do tempo e dos recursos disponíveis, bem como na realização de atividades clínicas em simultâneo, contribuindo assim para uma gestão eficiente dos espaços e dos cuidados prestados no domicílio.

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No que se refere às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme definido pela OE (2019), o Enfermeiro Especialista deve fomentar o autoconhecimento, desenvolver a assertividade e fundamentar a sua prática especializada em evidência científica. Ao longo do estágio, refleti profundamente sobre o meu crescimento pessoal e profissional, reconheci a importância da especialização no ato de cuidar e aprimorei a minha capacidade de autorreflexão. Esse processo implicou, numa fase inicial, o reconhecimento dos meus próprios limites, tanto a nível pessoal como profissional.

Demonstrei um forte espírito de colaboração, que se revelou essencial para o trabalho em equipa, permitindo a identificação conjunta de potenciais fontes de conflito e a construção de soluções partilhadas para a sua resolução. Este ambiente de cooperação, compreensão mútua e respeito facilitou significativamente a minha aprendizagem, o que contribuiu para uma maior consciencialização da influência que a componente pessoal pode exercer na relação profissional.

Neste contexto, procurei gerir adequadamente as minhas emoções e sentimentos, o que me permitiu capitalizar as oportunidades de aprendizagem surgidas ao longo da prática clínica. Assumi, com iniciativa, a análise crítica de situações clínicas, promovendo, assim, uma aprendizagem ativa e reflexiva sustentada em evidência.

3.2. Desenvolvimento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

O estágio na USF permitiu a aquisição das competências específicas do EEEEC-ESF, como preconiza a OE, no seu Regulamento n.º 428/2018:

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

b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018, p. 19355).

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

No sentido de desenvolver a competência em epígrafe, estabeleci uma relação próxima com as famílias, centrada na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de situações clínicas complexas. Durante o estágio, a construção de uma relação terapêutica de confiança com cada família foi facilitada pelo vínculo previamente estabelecido no contexto do estágio anterior. Esta relação sustentou-se num diálogo contínuo, aberto e empático, permitindo o envolvimento ativo da família no planeamento das intervenções em diferentes fases do ciclo vital.

Cotrim e Figueiredo (2023) reforçam que, ao cuidar da família como unidade, o enfermeiro precisa de ter conhecimento sobre o ciclo vital familiar, para poder apoiar os processos de transição através de intervenções específicas de enfermagem. A atuação do EEECESF é, portanto, essencial para a promoção da funcionalidade familiar e para a sustentabilidade da saúde no seio familiar. Espera-se que este profissional seja capaz de fortalecer as capacidades da família para enfrentar os desafios decorrentes das mudanças no seu quotidiano. De acordo com Silva et al. (2022), cabe ao EEECESF, desenvolver intervenções que promovam a capacitação familiar perante as transições do ciclo de vida, minimizar os seus efeitos adversos. A prática de enfermagem de saúde familiar tem como

missão fomentar, manter ou recuperar a saúde da família, adotar determinados princípios como a circularidade, a neutralidade e a hipotetização (Figueiredo, 2023).

A família constitui um agente fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença, uma vez que os seus membros desempenham um papel essencial de suporte e cuidado mútuo ao longo da vida (Figueiredo, 2023). A abordagem centrada na família revela-se, por isso, uma estratégia eficaz, considerando que esta representa simultaneamente um recurso valioso e um grupo prioritário com necessidade contínua de intervenções preventivas (Cotrim & Figueiredo, 2023). Todavia, dado que não existe um modelo universal de família saudável, o EEECESF deve adotar abordagens individualizadas que respeitem as especificidades de cada unidade familiar, potenciando o seu papel ativo na manutenção da saúde. Cada intervenção deve, assim, procurar fortalecer a capacidade funcional do sistema familiar no contexto da saúde pública (Barnes et al., 2020).

Nas visitas domiciliárias, tive a oportunidade de realizar uma visita a um recém-nascido, uma prática fundamental para o acompanhamento da saúde do bebé e da mãe após a alta hospitalar. O EEECESF desempenha um papel crucial nesse contexto, oferecendo suporte, orientação e monitorização para garantir o bem-estar da criança e da família nos primeiros dias de vida. A visita domiciliar tem como principais objetivos avaliar o estado geral de saúde do recém-nascido, identificar possíveis complicações e oferecer orientações sobre cuidados. Assim, um dos aspetos mais importantes da visita domiciliar foi fornecer orientações à mãe e à família sobre os cuidados com o recém-nascido. Foi-lhes explicada a importância da amamentação exclusiva nos primeiros meses, abordando questões como a pega correta, os benefícios do leite materno e a frequência das mamadas. De igual modo, orientámos sobre a higiene do bebé, como o banho, o cuidado com o coto umbilical, a troca de fraldas e a roupa adequada. Demos também apoio emocional à mãe, uma vez que os primeiros dias após o nascimento são desafiadores e muitas mulheres experimentam mudanças hormonais e emocionais significativas. Durante a visita domiciliária ao recém-nascido apoiámos a criação de vínculos afetivos entre os pais e o seu filho, sugerindo práticas que estimulassem o vínculo afetivo.

Ainda no âmbito das visitas domiciliárias, participei no tratamento de feridas e prestámos apoio às famílias com um familiar com DPOC ou asma. Pude constatar que estas famílias enfrentam novas necessidades, que se assumem como desafios. Assim, foi possível avaliar e documentar, tanto ao nível interno familiar, como nas relações que a família estabelece com o contexto que a rodeia, existiam alterações nas dinâmicas

funcionais e estruturais, que comprometiam o funcionamento familiar com repercussão na saúde do sistema familiar.

Tive igualmente a oportunidade de monitorizar as respostas das famílias perante diferentes condições de saúde e doença, com especial atenção a contextos complexos, como no caso de um elemento familiar com demência. Esta monitorização foi realizada com base na análise da história familiar, das dinâmicas intrafamiliares e do estado atual de saúde dos seus membros. Este processo permitiu identificar padrões de resposta e, em articulação com as famílias, explorar os recursos comunitários disponíveis que poderiam responder às suas necessidades específicas de saúde.

A observação e acompanhamento de diversas consultas de vigilância, nomeadamente nas áreas da hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), saúde infantil e tratamento de feridas crónicas, possibilitaram uma intervenção continuada e eficaz, devidamente registada no sistema *SClinico*®, assegurando a rastreabilidade e qualidade dos cuidados prestados.

As minhas intervenções centraram-se na promoção e recuperação do bem-estar familiar, especialmente em cenários de maior complexidade. Nessas situações, procurei intervir considerando a família como uma unidade, desenvolvi planos de cuidados personalizados e orientados para a promoção da saúde global. Recorri a estratégias motivacionais e técnicas de comunicação adaptadas à realidade de cada família, tendo em conta a sua disponibilidade, contexto socioeconómico e motivação. Em alguns casos, a adesão foi facilitada; noutros, identifiquei resistência associada a limitações de tempo ou dificuldades económicas, o que exigiu uma abordagem mais empática e flexível. Nestes contextos, tornou-se essencial compreender as causas subjacentes à resistência e ajustar a intervenção para facilitar o envolvimento das famílias. Valorizar os seus pontos fortes, através de reforço positivo e reconhecimento, revelou-se igualmente uma estratégia eficaz na construção de uma relação de confiança e compromisso.

O processo de enfermagem, um conceito central no domínio da enfermagem, é feito com recurso a ferramentas e processos de comunicação e interação, auxiliando no estabelecimento de uma estrutura para a prática e a educação de enfermagem (Meleis, 2015). Este desígnio foi aplicado em todas as famílias e situações, independentemente do contexto em que as mesmas se encontravam ou da fase do ciclo de vida que vivenciavam.

Procedi à avaliação da unidade familiar seguindo um referencial sistémico como orientação para a recolha de dados e o subsequente planeamento das intervenções de enfermagem centradas na família, com especial enfoque nas que incluíam membros com DPOC e/ou asma. A aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) permitiu-me identificar e compreender o sistema familiar enquanto unidade complexa, promotora da saúde dos seus diversos subsistemas e, por conseguinte, da saúde global da própria família (Figueiredo, 2012).

A compreensão do processo de transição saúde-doença na família deve ultrapassar a análise exclusiva da Teoria das Transições de Meleis (2010), integrando também o contributo do Modelo Familiar Sistémico da Doença (MFSD) de Rolland (1987, 2004, 2005), centrado nas doenças crónicas. Meleis (2010) destaca a transição como um fenómeno experienciado de forma individual e coletiva, que implica mudanças nos papéis, nas identidades e nas relações familiares, Rolland (1987, 2004, 2005) acrescenta uma perspetiva sistémica e temporal, considerando o impacto da doença crónica nos diferentes momentos do ciclo vital familiar. Este autor defende que as doenças crónicas afetam não só a pessoa diagnosticada, mas toda a rede familiar, exigindo processos de adaptação contínua que variam conforme o tipo, a evolução e a previsibilidade da doença. Assim, é essencial reconhecer que estas transições envolvem fases complexas e progressivas, que requerem acompanhamento contínuo.

Neste contexto, o EEEEC-ESF assume um papel fundamental, atuando na promoção da capacitação familiar, na identificação de vulnerabilidades e no reforço de estratégias adaptativas ao longo das diferentes fases da doença. A sua intervenção terapêutica e educativa é crucial para facilitar a reorganização familiar, promover a resiliência e contribuir para uma vivência mais equilibrada da nova realidade de saúde.

O modelo de Rolland (2005) oferece uma estrutura útil para a avaliação, formulação e intervenção junto de famílias que lidam com doenças crónicas e dependência. Assenta numa perspetiva orientada pelas potencialidades, encara as relações familiares como um recurso valioso e destaca as possibilidades de resiliência e de crescimento, em vez de focar apenas os riscos e limitações. Nas doenças crónicas e em casos de dependência, uma orientação biopsicossocial pode ser conceptualizada numa perspetiva sistémica, colocando a família no centro das interações. Para que os os enfermeiros possam refletir de forma sistémica sobre a relação entre qualquer destas condições e a família, é útil considerar a doença de acordo com o seu padrão de exigências psicossociais ao longo do tempo. A

evolução da doença é compreendida num contexto de desenvolvimento, integrando três trajetórias interligadas: a da própria doença, a da pessoa e a da família (Roland, 2005).

O MFSD aborda três dimensões: 1) os “tipos psicossociais” de doença e incapacidade; 2) as principais fases de desenvolvimento da doença na sua história natural; e 3) variáveis-chave do sistema familiar (Roland, 2004, 2005). O modelo considera as exigências psicossociais previstas para cada fase da doença, a dinâmica familiar, os padrões multigeracionais para enfrentar a doença e a perda, e os sistemas de crenças, compreendendo as influências culturais, étnicas, espirituais e de gênero. Destaca-se o grau de compatibilidade entre as exigências da doença/dependência e os recursos e as vulnerabilidades da família. Esta abordagem orienta a prática dos enfermeiros na identificação de tensões previsíveis e na promoção de estratégias de adaptação eficazes (Roland, 2004, 2005).

A presença de uma doença crônica, especialmente nas fases mais avançadas, pode evoluir para situações de dependência, exigindo um nível crescente de cuidados e de suporte contínuo. Esta transição de saúde para doença e, posteriormente, para a dependência funcional, não afeta apenas a pessoa diagnosticada, mas impacta profundamente toda a dinâmica familiar (Magalhães et al., 2020; Vale et al., 2025).

Neste contexto, o cuidador familiar assume um papel central, enfrentando também uma transição significativa, a transição de papéis. De familiar passa a familiar cuidador, assumindo responsabilidades físicas, emocionais, sociais e, muitas vezes, financeiras. Esta mudança é complexa e exige adaptação a novos desafios, conhecimentos e rotinas. Andrade (2023, p. 270) reforça que “este processo de transição se torna mais viável quando há consciência, por parte dos envolvidos, das alterações que devem ocorrer”. Assim, o cuidador familiar deve ser reconhecido como elemento ativo neste processo de mudança, necessitando de apoio e de capacitação para lidar com o impacto da dependência do seu familiar, não apenas no plano prático, mas também ao nível da sua saúde física e emocional (Magalhães et al., 2020). Enquanto o familiar dependente passa por uma transição de saúde/doença, o familiar cuidador vivencia uma transição de papéis, pelo que “este processo se torna mais exequível pela consciencialização dos envolvidos das mudanças a desenvolver” (Andrade, 2023, p. 270).

Por conseguinte, a análise da funcionalidade familiar possibilitou a formulação de diagnósticos ajustados às necessidades e preocupações manifestadas pelas famílias (Hanson, 2005), viabilizar a implementação de intervenções direcionadas e ajustadas a cada

realidade. Estas intervenções procuraram fomentar a autonomia familiar na prossecução dos seus objetivos, respeitando os seus ritmos, valores e perspetivas.

A observação das famílias acompanhadas ao longo do estágio, bem como os efeitos sistémicos e recursivos das intervenções realizadas, evidenciaram de forma clara que a família deve ser compreendida como um todo que excede a simples soma dos seus elementos constituintes, refletindo o princípio da globalidade (Figueiredo, 2012).

A avaliação do funcionamento familiar assume um papel central na promoção da saúde global e na qualidade dos cuidados prestados à unidade familiar. A sua relevância manifesta-se em diversos domínios essenciais (Wang et al., 2024). Em primeiro lugar, uma dinâmica familiar saudável constitui uma fonte estável de apoio social para os seus membros, proporcionar-lhes segurança emocional e suporte prático. Este aspeto revela-se particularmente importante quando um dos elementos da família é uma pessoa idosa, assegurando que esta recebe cuidados adequados e apoio contínuo nas atividades do quotidiano (Wang et al., 2024).

A funcionalidade familiar está, assim, diretamente associada à qualidade de vida dos seus integrantes. Relações familiares harmoniosas e interações saudáveis favorecem a vivência de uma vida significativa, a participação em atividades sociais e a manutenção do bem-estar físico e psicológico dos seus membros (Janhaque et al., 2022).

b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Para o desenvolvimento da competência específica “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018, p. 19358), não obstante a gestão dos recursos necessários para dar resposta às necessidades de cada família, desenvolvi outras atividades complementares.

Colaborei ativamente na gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção, tendo assegurado a implementação das ações de prevenção em todos os níveis, desde a primária até à quaternária, adaptadas às necessidades específicas de cada família.

Ao longo da minha prática, as minhas intervenções estiveram sempre alinhadas com as necessidades específicas das famílias, tendo em vista a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a manutenção do bem-estar. A minha abordagem teve como foco a

prevenção em todas as suas vertentes, reconhecendo a importância de ações antecipatórias e educativas que pudessem prevenir doenças ou complicações, bem como garantir uma vida saudável para os membros da família. As ações preventivas englobaram desde a educação para a saúde, com o fornecimento de informações sobre comportamentos saudáveis e a importância de hábitos de vida adequados, até o acompanhamento regular de condições crônicas, como a DPOC ou asma, e a promoção de práticas de autocuidado. No caso de grupos mais vulneráveis, como crianças, idosos e pessoas com doenças crônicas, a prevenção secundária e terciária também foi uma prioridade, com a monitorização constante e a detecção precoce de possíveis complicações.

Neste sentido, o EEEC-ESF deve cuidar da família como unidade de cuidados, reconhecendo a complexidade do sistema familiar e tendo em conta que este se encontra em transformação. O que implica uma sistemática avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional. De igual modo, deve prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, optando por realizar uma avaliação das intervenções, a fim de promover o funcionamento familiar (Regulamento nº 428, de 16 de julho, 2018). Este profissional de saúde deverá também de ser capaz de promover as capacidades da família de acordo com as suas exigências, de forma individual ou em grupo, criando um elo de ligação quer com a família quer com outros profissionais. “A família, como um todo e os seus membros individualmente, enquanto clientes dos cuidados de enfermagem, são o pilar fundamental de qualquer sistema de saúde e os atores principais na evolução do mesmo” (Ferreira et al., 2021, p. 78).

As ações que concretizaram as intervenções implementadas nas famílias e a sua eficácia devem ser sempre validadas por ambas as partes (família/enfermeiro) e dependem diretamente da identificação aprofundada e objetiva das relações e manifestações sistémicas subjacentes ao problema que cada família refere e valida. A exploração e descrição detalhada, de um futuro sem o problema, permitem às famílias encontrar um caminho para a mudança e reconhecer as competências necessárias para lidar com as dificuldades, indo ao encontro do postulado por Figueiredo et al. (2022).

Face ao exposto, reitero que a família é entendida como um sistema, em que cada elemento pode ser considerado como um todo e, simultaneamente, uma parte, podendo participar, inclusive, em diversos sistemas e subsistemas, com diferentes papéis e em contextos díspares (Lemos, 2019). O seio familiar tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada elemento, tendo um peso considerável perante um processo de transição do binómio saúde/doença, nomeadamente em situações complexas como o

caso das famílias com um ente querido com DPOC ou asma. Existe uma influência assumida da interação familiar e o seu impacto na harmonia familiar, pelas suas competências, forças e processos interrelacionais, que influenciam as suas crenças de saúde. Por este motivo, estas vertentes devem ser consideradas na tomada de decisão, bem como nas práticas diárias dos cuidados de saúde praticados pelos EEEC-ESF (Lemos, 2019).

As consultas de saúde infantil e juvenil possibilitaram-me avaliar o desenvolvimento da criança e aferir o desempenho dos pais na satisfação das necessidades individuais do seu filho. Ao olhar a transição desenvolvimental pelo nascimento do primeiro filho, a visão sistémica da família permitiu-me colocar o foco na capacidade da família para se manter unida e capaz de promover processos que apoiassem todos os membros na interação interna e com meio ambiente.

Ao longo do estágio, pude constatar que realmente o principal objetivo da USF é fornecer cuidados de saúde abrangentes e integrados, baseados nas necessidades individuais de cada utente/família. Além de consultas e tratamentos médicos, também trabalha na prevenção de doenças, educação em saúde e encaminhamento para especialistas, quando necessário. Garante o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade para todos, promovendo a inclusão social e atendendo às necessidades específicas de cada cidadão, comprometendo-se em ouvir e envolver os utentes no processo de cuidado, respeitando a sua autonomia e promovendo a tomada de decisões partilhadas, defendendo que uma relação de confiança e respeito mútuo é essencial para o bem-estar e a saúde dos seus utentes.

Particpei também em consultas de planeamento familiar, verificando que compreendiam maioritariamente o sexo feminino, tendo sido avaliadas noções de identidade, desenvolvimento de relacionamentos, práticas de hábitos promotores de saúde, identificação de crenças e cultura familiar, compreendendo o seu impacto nas decisões e aceitação de responsabilidades futuras.

Mobilizei os recursos disponíveis de forma a garantir que as famílias tivessem acesso a todos os serviços necessários, quer através de encaminhamentos para consultas ou tratamentos especializados, quer pela utilização de recursos comunitários. O trabalho em rede, com outros profissionais da saúde, foi sempre essencial para assegurar que os cuidados fossem oferecidos de forma eficaz e contínua.

A qualidade dos cuidados prestados foi sempre garantida através de uma abordagem holística e humanizada, que respeitou a individualidade de cada família, tendo em consideração os seus valores, crenças e contextos socioculturais. A empatia e o respeito pelas particularidades de cada membro da família foram igualmente fundamentais, assegurando que todos se sentissem ouvidos e valorizados, e que os cuidados eram adaptados às suas necessidades específicas. A minha atuação foi pautada pela construção de um vínculo de confiança com as famílias, tão essencial para promover a adesão ao regime terapêutico e garantir a continuidade dos cuidados. A atuação preventiva, holística e humanizada visou, acima de tudo, promover a saúde de maneira sustentável e adaptada às realidades e necessidades de cada família.

A metodologia de trabalho adotada pela equipa da USF revelou-se um elemento essencial para o desenvolvimento desta competência, uma vez que incentivou a reflexão sistemática sobre as práticas assistenciais, promovendo a identificação de oportunidades de melhoria. Neste sentido, assumi um papel ativo na criação e implementação de medidas que contribuíram para a otimização da qualidade dos serviços prestados.

Durante o meu percurso formativo na USF, procurei ativamente contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, pautando a minha atuação nos padrões de qualidade definidos pela OE (2001). A minha prática esteve sempre sustentada numa abordagem reflexiva, essencial para a identificação de oportunidades de melhoria, para a implementação de estratégias que garantissem a segurança e eficácia dos cuidados, bem como para a adoção de intervenções baseadas na melhor evidência científica disponível.

A construção da relação terapêutica com as famílias foi um processo contínuo, pautado pela disponibilidade, empatia e criatividade, com o objetivo de responder de forma adequada às suas necessidades e expectativas. Este vínculo foi promovido através de um diálogo aberto, autêntico e respeitador, que teve em consideração o funcionamento único de cada família. Ao longo das interações, procurei estimular as famílias na definição e concretização dos seus objetivos de saúde, tendo em conta as suas forças, recursos, ameaças e necessidades em saúde, com o intuito de promover a sua autonomia e a sua capacitação para a tomada de decisões informadas. A definição de planos de ação foi realizada em conjunto com cada família, tendo em vista a promoção, manutenção e reforço da sua saúde e bem-estar.

Na etapa de finalização das entrevistas familiares, foi sempre reforçado o acompanhamento contínuo e sistematizado, com a realização de um resumo das

informações discutidas e a avaliação das intervenções implementadas. As famílias foram incentivadas a expressar as suas dúvidas e dificuldades, promovendo-se o seu esclarecimento e o reforço da sua literacia em saúde. Foram ainda agendadas as próximas consultas de enfermagem, com o objetivo de monitorizar a evolução do estado de saúde familiar e assegurar a continuidade dos cuidados prestados.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no apoio às pessoas ao longo do ciclo de vida, especialmente aquelas que vivem com condições de saúde a longo prazo. No entanto, qualquer pessoa depende dos membros da família para apoio domiciliário e para a autogestão das suas condições (Figueiredo, 2023). Tal pode provocar mudanças no papel da família, gerando stresse na unidade familiar, à medida que lutam para se adaptar a novas circunstâncias, como os casos de pessoas com doenças respiratórias crónicas. Os ESF estão numa posição ideal para reconhecer esta situação e para apoiar as famílias, desenvolvendo relações de confiança e respeitando cada membro da família e a sua contribuição para a saúde e o bem-estar de todos (Figueiredo, 2023).

Face a esta realidade, a ESF tem vindo cada vez mais a ter ênfase no cuidado da família como um todo, tendo o foco no cuidado de todos os membros da família, cujas necessidades são consideradas, uma vez que a própria definição de família remete para um grupo de duas pessoas ou mais relacionadas por nascimento, casamento ou adoção e a residir em conjunto (Van Riper, 2020). Todas essas pessoas são consideradas como membros de uma família e, como tal, o EEEC-ESF deve ter como foco a família como um todo, numa visão holística (Van Riper, 2020). Um atributo comum nas definições é a integração dos cuidados de enfermagem à família como um todo e aos membros individuais da família, tendo em conta as relações entre os membros (Wright & Leahey, 2013). Os enfermeiros e as famílias trabalham em conjunto para melhorar o sucesso da família e dos seus membros na adaptação à transição normativa e situacional na reação à saúde e à doença (Wright & Leahey, 2013). A prática da inclusão da unidade familiar nos cuidados a pessoas com doença/perda/incapacidade, em vez de apenas se centrar no *doente* com uma perspetiva individual, leva o EEEC-ESF a estar focado na interação, na reciprocidade, nas relações entre a doença, o o utente, a família e os sistemas em que residem, numa visão sistémica (Van Riper, 2020). Uma das funções cruciais do EEEC-ESF consiste na promoção da homeostasia da família, contribuindo para o fortalecimento da unidade familiar e para a manutenção ou recuperação da saúde, quando necessário (Figueiredo, 2023). Assim, no contexto das doenças respiratórias os EEEC-ESF desempenham um papel relevante utilizando a sua experiência e conhecimentos para desenvolver e promover intervenções.

4. Considerações finais

Este relatório reflete a complexidade das experiências vividas durante o estágio na USF, com destaque para o impacto significativo na minha formação e no desenvolvimento das competências para o exercício da Enfermagem de Família, particularmente no contexto de doenças crônicas respiratórias. O estágio representou uma oportunidade valiosa para consolidar práticas baseadas em teorias, métodos e modelos operacionais, que favoreceram uma abordagem de cuidados adaptados à diversidade das famílias, com especial ênfase nas famílias que lidam com doenças crônicas, como as doenças respiratórias.

Ao longo do estágio, a reflexão contínua foi uma parte fundamental do meu processo formativo, possibilitando uma avaliação constante das intervenções realizadas e a adaptação da minha prática clínica às necessidades das famílias com um ente querido com doença respiratória. A experiência proporcionou uma integração entre a teoria e a prática, permitindo aprimorar os cuidados prestados e reforçar as competências necessárias para a ESF. A análise crítica das intervenções e a sua adaptação às especificidades de cada contexto familiar foram aspectos chave para promover a qualidade dos cuidados e para reforçar minha evolução enquanto futura profissional de saúde.

O desenvolvimento das competências específicas da EC-ESF foi essencial para a prática clínica avançada. Através desse processo, pude melhorar a minha capacidade de planejar, avaliar e implementar cuidados personalizados para famílias que enfrentam doenças crônicas, respeitando a individualidade e o ciclo de vida de cada membro familiar, promovendo, assim, o seu bem-estar e a gestão das condições de saúde.

Do estudo investigativo, concluo que a Consulta de Enfermagem para a DPOC e/ou asma, com consultas regulares e personalizadas, é uma estratégia viável e eficaz para melhorar a gestão destas patologias crônicas. O apoio contínuo às famílias é essencial para lidar com os desafios diários da doença. A promoção do autocuidado, a educação para a saúde e o apoio psicossocial são componentes chave para a melhoria da qualidade de vida e da saúde de toda a unidade familiar, para além de reduzir a carga sobre o sistema de saúde. Essas implicações podem ser um ponto de partida para otimizar a gestão da DPOC e/ou asma nas Unidades de Saúde Familiar, oferecendo um cuidado mais holístico e centrado na família.

Referências bibliográficas

- Andrade, A. (2023). *Transições familiares no contexto da doença crónica*. Lisboa: Pactor.
- Baião, M.S.P. (2021). *Promoção da literacia em saúde no utente com DPOC: um manual sempre à mão*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico De Beja Escola Superior De Saúde Universidade De Évora Escola Superior De Enfermagem De São João De Deus Instituto Politécnico De Portalegre Escola Superior De Saúde Instituto Politécnico De Setúbal Escola Superior De Saúde Instituto Politécnico De Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr Lopes Dias. <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5479/1/M%C3%B3nia%2BBai%C3%A3oPDFA.pdf>
- Barnes, P. J., Drazen, J. M., Rennard, S. I., & Thomson, N. C. (2020). *Asthma and COPD*. Academic Press.
- Bernardino, D., Tavares, C., Galache, L., Costa, S., Canhão, S., Vieira, M., & Rosa, M. (2021). Protocolo de intervenção à pessoa com Asma/DPOC na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santarém. *Revista da UI_IPSantarém*, 9(1). <https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24843>
- Billington J, Coster S, Murrells T, Norman I. (2015). Evaluation of a Nurse-Led Educational Telephone intervention to support self-management of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a Randomized Feasibility Study. *COPD*. 12(4):395-403
- Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lisbon, Portugal. (2024). *European Respiratory Journal*, 63(1), 112–120.
- Cordeiro (2020). Tratamento para a asma e DPOC: «Os principais erros na utilização de inaladores». *justNews-Jornal Médico dos cuidados de saúde primários*. Acedido em julho 22, 2021, em <https://justnews.pt/artigos/tratamento-para-a-asma-e-dpoc-os-principais-erros-cometidos-na-utilizacao-de-inaladores#.YS-Z1dRKhdg>.
- Costa R. Introdução. In: Alves L., Sousa J.C., Costa R., Cruz A.M., Gonçalves C., Maricoto T., Pina N., Prudente M., Ramires J., Silva E., et al. (editors) (2020). *Guia Prático de Gestão da Asma nos Cuidados de Saúde Primários*. Springer Healthcare Ibérica S.L.; Algés, Portugal.

- Cotrim, T., & Figueiredo, M. H. (2023). Enfermagem de saúde familiar: práticas colaborativas e inovação nos cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar*, 9(2), 34–45.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Sage Publication
- Davis, K. M., Eckert, M. C., Hutchinson, A., Harmon, J., Sharplin, G., Shakib, S., & Caughey, G. E. (2021). Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 121, 103986. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103986>.
- de Marco R, Pesce G, Marcon A, Accordini S, Antonicelli L, Bugiani M, Casali L, Ferrari M, Nicolini G, Panico MG, Pirina P, Zanolin ME, Cerveri I, Verlato G. (2013). The coexistence of asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): prevalence and risk factors in young, middle-aged and elderly people from the general population. *PLoS One*. 10 ;8(5): e62985. doi: 10.1371/journal.pone.0062985.
- Delaney, S., Cronin, P., & Huntley-Moore, S. (2022). Conceptualizations of COPD self-management: A narrative review of the research literature. *Chronic Illness*, 19(3), 514–528. <https://doi.org/10.1177/17423953221115441>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa nacional para as doenças respiratórias 2017. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2018). Processo Assistencial Integrado da Asma na Criança e no Adulto. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122018-de-12062018-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2023). Processo Assistencial Integrado da Asma na Criança e no Adulto. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122018-de-12062018-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2020). *Relatório de saúde pública*. Lisboa: DGS
- Dunn RM, Busse PJ, Wechsler ME (2018). Asthma in the elderly and late-onset adult asthma. *Allergy*. 73(2):284-294. doi: 10.1111/all.13258

- Ebrahimi, K., Jamshidi, H., & Karami, A. (2021). Global burden of lung cancer and COPD. *Respiratory Medicine*, 186, 106505.
- Efil, S., Enç, N., & Ece, T. (2020). *Effect of training provided to patients with chronic obstructive pulmonary disease on drug management. Japan Journal of Nursing Science*. doi:10.1111/jjns.12333
- Egervall, A. Rosso, and S. Elmsthl (2021). Association between cardiovascular disease- and inflammation-related serum biomarkers and poor lung function in elderly. *Clinical Proteomics*, 18 (1): 1-8.
- Eisner MD, Iribarren C, Blanc PD, Yelin EH, Ackerson L, Byl N, et al. (2011). Development of disability in chronic obstructive pulmonary disease: beyond lung function. *Thorax*. 66:108–14. doi: 10.1136/thx.2010.137661
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M., et al. (2022). [Estudo sobre intervenção familiar em contexto de enfermagem].
- Fotokian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi-Khoshknab M, Pourhabib A. (2017). The empowerment of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease: Managing life with the disease. *PLoS One*, 12(4): e0174028. doi: 10.1371/journal.pone.0174028.
- Frade, M., Silva, J., & Lopes, A. (2021). Humanismo nos cuidados de saúde familiar: perspetivas atuais. *Revista de Enfermagem Comunitária*, 6(1), 21–33.
- Fundação Portuguesa do Pulmão (2020). ONDR 2020. <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf>
- Fundação Portuguesa do Pulmão. (2020). *Observatório Nacional das Doenças Respiratórias – Relatório 2020*. Lisboa: Fundação Portuguesa do Pulmão.
- Global Initiative for Asthma (2006). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. URL https://www.who.int/respiratory/asthma/GINA_WR_2006_copyright%5B1%5D.pdf.
- Global Initiative for Asthma (GINA). (2023). *Global strategy for asthma management and prevention*. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf

- Global Initiative for Asthma Global (2023 Update). Strategy for Asthma Management and Prevention https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2011). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Pulmonary Disease. URL https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf.
- Guidelines for peri-discharge management and follow-up of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. (2024). *Thorax*, 79(2), 115–124.
- Hanson, S. M. (2005). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. F. A. Davis Company.
- Helvacı, A., Gök Metin, Z., Özdemir, L., & Ergün, P. (2019). *The Effects of a Nurse-Led Education and Counseling Program on Dyspnea, Health Status, and Care Dependency in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Feasibility Study*. *Home Health Care Management & Practice*, 108482231985081. doi:10.1177/1084822319850819
- Henriques, C., & Santos, L. (2019). Intervenção de enfermagem em famílias com doença crónica: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(22), 45–56.
- Janhaque, A., Silva, R., & Torres, P. (2022). Comunicação terapêutica em famílias cuidadoras. *Revista Portuguesa de Enfermagem Comunitária*, 8(1), 12–23.
- Jónsdóttir, H., Halldórsdóttir, B. S., & Ingadóttir, T. S. (2024). Partnership-based nursing practice framework for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and their families—A discursive paper. *Journal of Advanced Nursing*, 80, 1370–1379. <https://doi.org/10.1111/jan.15916>
- Kaplan, A, Frank, C., & Molnar. F. (2021). Chronic obstructive pulmonary disease and asthma management in older patients. *Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien*; vol. 67. 711-757. <https://www.cfp.ca/content/cfp/67/10/751.full.pdf>
- Kedia, S., Patel, H., & Reddy, A. (2024). GOLD 2024 guidelines for COPD: Updates and implications. *International Journal of Pulmonology*, 16(2), 87–95.
- Khan, K. S., Jawaid, S., Memon, U. A., Perera, T., Khan, U., Farwa, U. E., Jindal, U., Afzal, M. S., Razzaq, W., Abdin, Z. U., & Khawaja, U. A. (2023). Management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbations in hospitalized patients from

- admission to discharge: A comprehensive review of therapeutic interventions. *Cureus*, 15(8), e43694. <https://doi.org/10.7759/cureus.43694>
- Khosa JK, Louie S, Lobo Moreno P, Abramov D, Rogstad DK, Alismail A, Matus MJ, Tan LD. (2023). Asthma Care in the Elderly: Practical Guidance and Challenges for Clinical Management - A Framework of 5 "Ps". *J Asthma Allergy*, 16:33-43. doi: 10.2147/JAA.S293081.
- Lahousse L, Ziere G, Verlinden VJ, Zillikens MC, Uitterlinden AG, Rivadeneira F, et al. (2016). Risk of frailty in elderly with COPD: a populationbased study. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 71: 689–95. doi: 10.1093/gerona/glv154
- Lemos, S. M. (2019). *Família e saúde: uma abordagem sistémica*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Leuppi, J. D., Sievi, N. A., & Kohler, M. (2023). Personalized management in COPD: New insights. *European Respiratory Review*, 32(167), 220158.
- Li, X., Cai, L., Cui, W. L., et al. (2020). Association of socioeconomic and lifestyle factors with chronic non-communicable diseases and multimorbidity among the elderly in rural Southwest China. *Journal of Public Health*, 42(2), 239–246. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz080>
- Louis, R., Satia, I., Ojanguren, I., Schleich, F., Bonini, M., Tonia, T., Rigau, D., ten Brinke, A., Buhl, R., Loukides, S., ... & European Respiratory Society Asthma Diagnosis Task Force. (2022). European Respiratory Society guidelines for the diagnosis of asthma in adults. *European Respiratory Journal*, 60(6), 2101585. <https://doi.org/10.1183/13993003.01585-2021>
- Magalhães, S., Costa, A., Pereira, M., & Rodrigues, L. (2020). Impacto da doença crónica na dinâmica familiar: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 45-56.
- Mariño, M., Torres, J., & Ruiz, P. (2024). Advances in bronchodilator therapy for COPD. *Journal of Pulmonary Pharmacology*, 30(4), 233–241.
- Marques, T., Moutinho, L., Fernandes, M., Guedes, V., Ferreira, M., Figueiredo, M., & Marques, A. (2023). Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 6(1), 99–109. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.216>
- Materko, R. W., Bartels, G. C., Motta-Ribeiro, G. C., & José, A. (2018). Influence of the respiratory signal in heart rate variability analysis in the respiratory pattern in healthy

- elderly and with COPD. *International Journal of Engineering Technologies and Management Research*, 5(10), 1–8. <https://doi.org/10.29121/ijetmr.v5.i10.2018.298>
- Michener, J. L., & Briss, P. (2019). Health systems approaches to preventing chronic disease: New partners, new tools, and new strategies. *Preventing Chronic Disease*, 16(190248). <https://doi.org/10.5888/pcd16.190248>
- Ministério da Saúde (2020). Relatório anual – Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. Lisboa: Ministério da Saúde; 2020. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio Anual Aces-so 2019.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio-Anual-Aces-so-2019.pdf)
- Nishida, K. Yamabe, Y. Ide, & S. Honda (2020). “Utility of the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) in evaluating self-reported dysphagia associated with oral frailty in Japanese community-dwelling older people,” *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24 (1), 38.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária*. Diário da República, 2.^a série, n.º 193, 19354.
- Pantelyat-Kamath, N., & Smith, R. (2025). Family empowerment and COPD management in primary care. *Journal of Family Health*, 12(1), 15–27.
- Puci, M. V., Ferraro, O. E., Monti, M. C., Gnesi, M., Borrelli, P., Cadum, E., Perotti, P., et al. (2023). Asthma, COPD, Respiratory, and Allergic Health Effects in an Adult Population Living near an Italian Refinery: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 11(7), 1037. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11071037>
- Safiri S, Karamzad N, Kaufman JS, et al. (2022). Prevalence, Deaths and Disability-Adjusted-Life-Years (DALYs) Due to Type 2 Diabetes and Its Attributable Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2019: results From the Global Burden of Disease Study 2019. *Front Endocrinol*; 13: 838027. doi: 10.3389/fendo.2022.838027
- Schmitt, C., Souza, S. A. de, Brinques, C. da S., Silva, T. F. da, Silva, A. L. G. da, & Trimer, R. (2023). Funcionalidade da família dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Fisioterapia e Pesquisa*, 28(2), 145-150. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19033328022021>.

- Schmitt, J., Ferreira, A., & Lopes, C. (2021). Educação terapêutica em famílias com doença respiratória crônica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 39(2), 65–74.
- Sigurgeirsdottir, J., Halldorsdóttir, S., Arnardottir, R. H., Gudmundsson, G., & Bjornsson, E. H. (2020). Frustrated caring: Family members' experience of motivating COPD patients towards self-management. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 15, 2953–2965. <https://doi.org/10.2147/COPD.S273903>.
- Silva, E., & Santos, A. R. S. (2022). Indicador 380: descubra onde estão os teus utentes com DPOC. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 38(4), 412–416. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i4.13310>
- Soriano, J.B.; Abajobir, A.A.; Abate, K.H.; Abera, S.F.; Agrawal, A.; Ahmed, M.B.; Aichour, A.N.; Aichour, I.; Aichour, M.T.E.; Alam, K.; et al. (2017). Global, Regional, and National Deaths, Prevalence, Disability-Adjusted Life Years, and Years Lived with Disability for Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respir. Med.*, 5, 691-706.
- Stern, J.; Pier, J.; Litonjua, A.A. (2020). Asthma Epidemiology and Risk Factors. *Semin. Immunopathol.*, 42, 5-15.
- Sun, X., Dong, Z., Li, N., Feng, X., Liu, Y., Li, A., et al. (2018). Nucleosides isolated from *Ophiocordyceps sinensis* inhibit cigarette smoke extract-induced inflammation via the SIRT1-nuclear factor- κ B/p65 pathway in RAW2647 macrophages and in COPD mice. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 2821–2832.
- Tsuburai, Y. Komase, H. Tsuruoka et al. (2022). “The relationship between peak inspiratory flow and hand grip strength measurement in men with mild chronic obstructive pulmonary disease,” *BMC Pulmonary Medicine*, 22 (1), 1-6.
- Tülüce, D., & Kutlutürkan, S. (2018). *The effect of health coaching on treatment adherence, self-efficacy, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of Nursing Practice*, 24(4), e12661. doi:10.1111/ijn.12661
- Turcotte, D. A., Woskie, S., Gore, R., Chaves, E., & Adejumo, K. L. (2019). *Asthma, Copd And Home Environments: Interventions With Older Adults. Annals of Allergy, Asthma & Immunology.*,122(5):486-491. doi: 10.1016/j.anai.2019.02.026.
- Vale, R., Pinto, C., Almeida, J., & Sousa, M. (2025). A transição de papéis do cuidador informal em famílias com doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de*

- Saúde Familiar*, 11(1), 22-34. https://www.researchgate.net/profile/Lisete-Monico/publication/273144596_Cuidadores_informais_de_idosos_Dos_niveis_de_sobrecarga_as_formas_de_enfrentar_dificuldades/links/54fa5d870cf20b0d2cb69269/Cuidadores-informais-de-idosos-Dos-niveis-de-sobrecarga-as-formas-de-enfrentar-dificuldades.pdf
- Vargas, M., Teixeira, C., Zanchin, F., Ghiot, A., Pauli, K., Schoeller, S. (2012). Capacitação Dos Técnicos De Enfermagem Para As Melhores Práticas No Uso De Broncodilatadores Em Pacientes Mecanicamente Ventilados. *Texto Contexto Enferm*, 21(3): 505-512.
- Vu GV, Ha GH, Nguyen CT, Vu GT, Pham HQ, Latkin CA, Tran BX, Ho RCM, Ho CSH (2020). Interventions to Improve the Quality of Life of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Global Mapping During 1990-2018. *Int J Environ Res Public Health*, 17(9): 3089. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093089>.
- Wang, X., Liu, Y., & Zhang, H. (2024). Family dynamics and chronic respiratory diseases. *Journal of Community Health Nursing*, 41(1), 55–67.
- Wang, Z., Li, Y., Gao, Y. et al. (2023). Global, regional, and national burden of asthma and its attributable risk factors from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Respir Res* 24, 169. <https://doi.org/10.1186/s12931-023-02475-6>
- Wardzyńska, A., Pawełczyk, M., Rywaniak, J., et al. (2021). Circulating miRNA expression in asthmatics is age-related and associated with clinical asthma parameters. *Respiratory Research*, 22(177). <https://doi.org/10.1186/s12931-021-01769-x>
- Witt, L. J., Wroblewski, K. E., Pinto, J. M., Wang, E., McClintock, M. K., Dale, W., White, S. R., Press, V. G., & Huisinigh-Scheetz, M. (2022). Beyond the lung: Geriatric conditions afflict community-dwelling older adults with self-reported chronic obstructive pulmonary disease. *Frontiers in Medicine*, 9, 814606. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.814606>
- Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: Design and methods*. Sage Publications
- Yue-liang X, Jiang-lin W, Hui-qin Y, et al. (2021). The risk factors for severe patients with COVID-19 in China: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Inflammation*, 19. doi:10.1177/20587392211000890

- Zhang, X.Y., Li, W., Zhang, JR. et al. (2022). Roles of sirtuin family members in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Res* 23, 66. <https://doi.org/10.1186/s12931-022-01986-y>
- Zhang, Y., Morgan, R. L., Alonso-Coello, P., Wiercioch, W., Bata, M. M., et al. (2018). A systematic review of how patients value COPD outcomes. *European Respiratory Journal*, 52(1), 1800222.

Anexos

Anexo I



50 anos
1974 2024
Saúde

Instituto Politécnico
Polytechnic University
Viseu

Unidade de Saúde Familiar
Cidade Jardim
VISEU

Conselho de Enfermagem a Utentes portadores de Asma e DPOC



Liliana Clemente nº 5259
Orientação: Enfª Carla Nunes

Viseu, 2025



A COMA PRESIDENTE
DA CES DA ULSVSL
PARA COMISSÃO DE COMPETENTE
PARECER DE ÉTICA.

22/05/24

JOSÉ L. GOMES
(Enfermeiro Diretor)

v. referência:

v. data:

n. referência:

data:

ESSV 0240 22-06-24

assunto

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVER UM ESTUDO DESIGNADO FAMILY2CARE

A Escola Superior de Saúde de Viseu pretende desenvolver um estudo designado Family2Care - Projeto de intervenção comunitária, dirigido a famílias através da mobilização do Modelo Dinâmico de Intervenção Familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde Grupo: NursID - Innovation & Development in Nursing.

A Equipa de investigadores em Enfermagem: Catarina Inês Costa Afonso, Maria Isabel Bica Carvalho Costa (investigadoras principais), Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, Cláudia Margarida Correia Balula Chaves, Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo e Maria Odete Pereira Amaral e Estudantes de Mestrado sob a sua orientação, a realizar Estágios/Ensinos Clínicos na ULS Viseu Dão-Lafões no âmbito de Enfermagem de Saúde Familiar (Unidades Funcionais de Saúde).

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. Que ocorrerá de 17 de junho a 31 de dezembro de 2024. Sendo esperadas resposta às necessidades identificadas nas famílias, através da consciencialização e mobilização de recursos familiares com tradução em ganhos em saúde para as famílias.

Em anexo, enviamos um exemplar do Projeto; Pedido de Parecer da Comissão de Ética da ULS Viseu Dão-Lafões; Declaração de Consentimento Informado; Matriz Operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Equipa supracitada, é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

A Presidente,

(Manuela Ferreira, PhD)

IB/AL

Manuela Ferreira
23/05/2024
2



A. C. A.

26/06/24

João Gomes
(Enfermeiro Diretor)

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	09/14/06/2024
Designação	Pedido de autorização para realização do estudo subordinado ao tema: "Family2Care – Projeto de Intervenção comunitária, dirigido, a famílias, através da mobilização do modelo dinâmico de intervenção familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS".
Investigadores Principais Equipa de investigadores- Enfermagem	Investigadores. Principais: Equipa de investigadores- Enfermagem: Catarina Afonso, Maria Costa, Ana Andrade, Cláudia Chaves, Maria Figueiredo, Maria Amaral.
Data do documento	22 maio 2024
Data de Entrada na CES	14 junho 2024
Data de Deliberação CES	14 junho 2024

Analisado, o pedido de autorização, para realização do estudo subordinado ao tema: "Family2Care – Projeto de Intervenção comunitária, dirigido, a famílias através da mobilização do modelo dinâmico de intervenção familiar (MDAIF), sediado no CINTESIS – centro de investigação em tecnologias e serviços de Saúde grupo NursID – Innovation & Development in Nursing", cujos investigadores Principais - Equipa de investigadores-Enfermagem são: Catarina Afonso, Maria Costa, Ana Andrade, Cláudia Chaves, Maria Figueiredo e Maria Amaral, esta CES deliberou nada a opor ao mesmo.

Elementos da CES da ULSVDL que deliberaram em reunião ocorrida em 14/06/2024**Presidente:** Maria Helena Ruivo Solheiro

Vice-Presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade

Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida

Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento

Dra. Helena Solheiro
Presidente da C.E.S.

AUTORIZADO

Resolução do C.A.: 26/06/24

Presidente (Nuno Duarte)

Diretor Clínico CSH (Eduardo Melo)

Diretora Clínica CSP (Ana Figueiredo)

Vogal Executiva (Sandra Gil)

Enfermeiro Diretor (José L. Gomes)

