

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA AREA DE
SAÚDE FAMILIAR NA GESTÃO DA DOENÇA RESPIRATORIA:
PERSPETIVA CENTRADA NA Família**

**Intervention of the Specialist Nurse in the Area of Family Health
in the Management of Respiratory Disease: A Family-Centered
Perspective.**

Autor

Sónia Cristina Rodrigues Braga de Almeida

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR NA GESTÃO DA
DOENÇA RESPIRATORIA: PERSPETIVA
CENTRADA NA Família

Intervention of the Specialist Nurse in the Area
of Family Health in the Management of
Respiratory Disease: A Family-Centered
Perspective.

Orientador(es)

Virgínia Maria Sousa Guedes

Autor

Sónia Cristina Rodrigues Braga de Almeida

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

A família é o lugar onde a vida começa e o amor nunca termina.

Ao lado dela, caminha o enfermeiro de família

— que não apenas cuida das feridas visíveis,

mas escuta silêncios, fortalece vínculos e

semeia saúde em cada gesto de cuidado.

— Inspirado em Wright & Leahey

DEDICATÓRIA

"Dedico este trabalho a todos aqueles que acreditaram em mim,
especialmente à minha família, pelo amor,
apoio incondicional e incentivo em cada passo desta jornada."

AGRADECIMENTO

Este trabalho foi marcado por momentos positivos e desafiadores, avanços, recuos, dúvidas e inquietações.

Agradeço à minha orientadora, Professora Virgínia Guedes pela dedicação e rigor, e à Enfermeira Especialista Tutora, pelo apoio, orientação e motivação durante todo este estágio.

Aos colegas de mestrado, pela amizade e companheirismo.

À minha equipe de trabalho, pelo apoio constante, e à minha família, pelo suporte e apoio incondicional ao longo deste percurso.

Por fim, às famílias com quem colaboraram e que me permitiram desenvolver competências em enfermagem de saúde familiar.

Obrigado

RESUMO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, o presente relatório de estágio tem como objetivo descrever o processo de aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. A vivência de uma transição inesperada na família, como o diagnóstico de uma doença respiratória crónica em um dos seus membros, representa para a família um verdadeiro desafio e mudanças significativas. Este processo de adaptação constitui um momento de particular vulnerabilidade para o sistema familiar, na qual a família se mobiliza para a manutenção da sua saúde e dos seus membros. Neste contexto, torna-se essencial a intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Familiar, que devem atuar de forma efetiva, partindo do pressuposto de que a família é um sistema global, interligado e dinâmico. As famílias, bem como as suas respostas às transições - incluindo transições não normativas, como saúde/doença - foram um foco dos cuidados de enfermagem no decorrer do estágio. Foi explorado de que forma a família pode contribuir durante estas transições não normativas, impactando positivamente a qualidade de vida do indivíduo e do agregado familiar. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar foi adotado como referencial teórico, orientando e sustentando a tomada de decisão. Foram selecionados dois casos avaliados e descritos tendo em conta todas as fases do processo de enfermagem, adaptado à plataforma e4nursing e a Matriz Operativa do modelo escolhido. Foi seguido, uma metodologia científica descritiva, qualitativa, com recurso à pesquisa científica para a seleção das melhores evidências. As atividades desenvolvidas contribuíram significativamente para a consolidação e o aprofundamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Familiar, permitindo a prestação de cuidados individualizados e especializados às famílias. Paralelamente, o trabalho realizado evidenciou um compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar, destacando a relevância do papel do enfermeiro na gestão da doença respiratória crónica e no reforço das dinâmicas e capacidades adaptativas das famílias.

Palavras-Chave: Enfermagem familiar, Doença respiratória, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Asma, Cuidados de saúde primários

ABSTRACT

Within the scope of the Curricular Unit Professional Internship with Report of the Master's Degree in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, this internship report aims to describe the process of acquisition of common competencies of the Specialist Nurse, as well as specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing, in Family Health Nursing. The experience of an unexpected transition in the family, such as the diagnosis of a chronic respiratory disease in one of its members, represents a real challenge and significant changes for the family. This process of adaptation constitutes a moment of particular vulnerability for the family system, in which the family mobilizes to maintain its health and that of its members. In this context, the intervention of Specialist Nurses in Community Nursing, in Family Health Nursing is essential, as they must act effectively, based on the assumption that the family is a global, interconnected and dynamic system. Families, as well as their responses to transitions - including non-normative transitions, such as health/illness - were a focus of nursing care throughout the internship. It was explored how the family can contribute during these non-normative transitions, positively impacting the quality of life of the individual and the household. The Dynamic Model of Family Assessment and Intervention was adopted as a theoretical framework, guiding and sustaining decision-making. Two cases were selected evaluated and described taking into account all phases of the nursing process, adapted to the e4nursing platform and the Operational Matrix of the chosen model. A descriptive, qualitative scientific methodology was followed, using scientific research to select the best evidence. The activities developed contributed significantly to the consolidation and deepening of the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing, in Family Health Nursing, allowing the provision of individualized and specialized care to families. At the same time, the work carried out showed a commitment to the continuous improvement of the quality of care in Family Health Nursing, highlighting the relevance of the nurse's role in the management of chronic respiratory disease and in strengthening the adaptive dynamics and capacities of families.

Key words: Family nursing, Respiratory disease, Chronic obstructive pulmonary disease, Asthma, Primary health care

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento dos Centros de Saúde

ADA - American Diabetes Association

AMPA - Automonitarização da Pressão Arterial

APGAR - Adaptability; Partnership; Growth; Affection e Resolve

APP - Associação Portuguesa de Pneumologia

ARS - Administração Regional de Saúde

BI-CSP - Bilhete Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CARAT - Teste de Controlo de Asma e Rinite Alérgica

CAT - COPD Assessment Test

CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPAP - Pressão Positiva Contínua da Vias Aéreas

CS - Cuidados de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CV - Ciclo de Vida

CVF - Ciclo Vital Familiar

DC - Doença Crónica

DCNT - Doença Crónica Não Transmissível

DM - Diabetes Mellitus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DR - Doença Respiratória

DRC - Doença Respiratória Crónica

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EF - Enfermeiro de Família

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

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EM - Entrevista Motivacional

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

ESSnorteCVP - Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

ERSAR - Entidade Reguladora dos Serviços de Água e Resíduos

FACES II - Family Adaptability and Cohesion Evolution Scales

FC - Frequência Cardíaca

FEV - Volume Expiratório Forçado

FPC - Fundação Portuguesa de Cardiologia

GINA - Global Initiative for Asthma

GOLD - Global Initiative for Obstructive Lung Disease

gr - Grama

HTA - Hipertensão Arterial

IECA - Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina

IFNA - International Family Nursing Association

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MECESF - Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

mMRC - Modified Medical Research Council

MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

OCDE - Organização Cooperação Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAOS - Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TGS - Teoria Geral dos Sistemas

UC - Unidade de Cuidados

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidade Funcional

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

VNI - Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	19
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	21
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	35
3. FAMÍLIA A	41
3.1. Enquadramento teórico	41
3.2. Clientes	47
3.3. Domínios	48
3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	48
3.4. Conceção de Cuidados	53
3.5. Especificação das intervenções	57
3.6. Síntese relativa ao caso	60
4. SR D	63
4.1. Enquadramento teórico	63
4.2. Clientes	66
4.3. Medicação	66
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	67
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	68
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	68
4.5. Domínios	69
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	69
4.6. Conceção de Cuidados	71
4.7. Especificação das intervenções	75
4.8. Síntese relativa ao caso	77
5. SR ³ C	81
5.1. Enquadramento teórico	81
5.2. Clientes	82
5.3. Medicação	82
5.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	83
5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	83
5.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e	

terapêutica médica.	83
5.5. Domínios	84
5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	84
5.6. Conceção de Cuidados	85
5.7. Especificação das intervenções	86
5.8. Síntese relativa ao caso	86
6. FAMÍLIA B	87
6.1. Enquadramento teórico	87
6.2. Clientes	89
6.3. Domínios	90
6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	90
6.4. Conceção de Cuidados	97
6.5. Especificação das intervenções	102
6.6. Síntese relativa ao caso	103
7. SR ^a F	107
7.1. Enquadramento teórico	107
7.2. Clientes	108
7.3. Medicação	108
7.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	108
7.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	109
7.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	109
7.5. Domínios	110
7.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	110
7.6. Conceção de Cuidados	111
7.7. Especificação das intervenções	114
7.8. Síntese relativa ao caso	115
8. SR M	117
8.1. Enquadramento teórico	117
8.2. Clientes	120
8.3. Medicação	120
8.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	121
8.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	122
8.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	122
8.5. Domínios	123
8.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	123
8.6. Conceção de Cuidados	125
8.7. Especificação das intervenções	129
8.8. Síntese relativa ao caso	131
9. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	135
10. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	149
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
ANEXOS	167

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figuras	Página
Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF, número de utentes por grupos específicos, índice de dependência, unidades ponderadas e distribuição das inscrições nos CSP. Fonte: BI-CSO - 07/2025	38
Figura 2 - Pirâmide Etária dos utentes inscritos (lista da Enfermeira tutora). Fonte: BI-CSP 07/2025	39
Figura 3 - <u>Genograma</u> Família A	45
Figura 4 - <u>Ecomapa</u> Família A	46
Figura 5 - <u>Genograma</u> Família B	91
Figura 6 - <u>Ecomapa</u> Família B	92

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrada no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNCVP), foi realizado o presente relatório de estágio, o qual decorreu no período de 18 de fevereiro de 2025 a 31 de julho de 2025, no decorrer do ano letivo de 2024/25. O estágio teve uma duração total de 810 horas, distribuídas em 428 horas de contacto e 382 horas de trabalho autónomo, numa Unidade de Saúde Familiar (USF). Este percurso formativo contou com a supervisão da Professora Doutora Soraia Pereira (regente da UC) e da Professora Virgínia Guedes (orientadora de estágio).

O presente relatório foi redigido na plataforma e4Nursing e estruturado em cinco secções. A primeira secção corresponde à introdução, onde se apresenta a UC e desenvolve o enquadramento teórico, com a abordagem de conteúdos e conceitos relacionados com a temática em análise. Para a sua construção, recorreu-se a uma metodologia de pesquisa bibliográfica, e uma análise reflexiva e descritiva que permitiu enquadrar teoricamente a prática clínica desenvolvida. A segunda secção caracteriza o contexto clínico onde decorreu o estágio. A terceira secção dedica-se à descrição crítico-reflexiva das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF). Na quarta secção, apresentam-se os estudos de caso, orientados por uma metodologia descritiva, de natureza qualitativa, sobre a prestação de cuidados às famílias e aos seus membros individualmente. A quinta secção integra a síntese final do relatório. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas consultadas e os anexos considerados relevantes.

O presente relatório tem como finalidade descrever o desenvolvimento das aprendizagens e competências, comuns e específicas, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), em conformidade com os objetivos definidos pela ESSN-CVP.

Assim, destacam-se os seguintes objetivos específicos:

- Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão para a resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica da Enfermagem;
- Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais inerentes ao processo de tomada de decisão no âmbito da Enfermagem Especializada;
- Desenvolver a capacidade de análise crítica e de argumentação relativamente a ideias complexas e inovadoras;

- Promover a disseminação do conhecimento resultante da investigação em Enfermagem;
- Consolidar e fortalecer o papel do enfermeiro de família na gestão da Doença Respiratória Crónica (DRC), através da implementação de intervenções personalizadas junto de duas famílias acompanhadas no decorrer do estágio, durante um período de seis meses.

A definição destes objetivos justifica-se pela necessidade de promover uma abordagem centrada na família enquanto unidade de cuidados, valorizando a prevenção e a continuidade assistencial. Simultaneamente, pretende-se reforçar a relevância do enfermeiro de família na gestão da doença respiratória, garantindo intervenções personalizadas e ajustadas às necessidades específicas de cada família acompanhada.

Evolução dos Cuidados de Saúde Primários

Este percurso formativo decorre no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), cuja evolução tem sido caracterizada por importantes marcos nacionais e internacionais. A nível global, a Declaração de Alma-Ata, em 1978, constituiu um ponto de viragem ao afirmar os CSP como a chave para alcançar a “Saúde para Todos”, defendendo o acesso universal, equitativo e integrado aos cuidados essenciais (World Health Organization[WHO], 1978). Em Portugal, antes mesmo da criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979 (Decreto-Lei 56/79) pelo então Ministro da Saúde Antonio Arnaut, já se verificavam iniciativas estruturantes, como a implementação dos Centros de Saúde (CS) de 1.ª geração, iniciada em 1971 (Simões, 2017). Este quadro histórico e político fornece o alicerce conceptual e organizacional sobre o qual assenta a prática do enfermeiro, cujo papel é central na resposta às necessidades de saúde da população no seio da comunidade.

Em 1983, pelo Despacho Normativo nº 97/83 de 22 de abril (1983), os postos de serviço Médico Sociais das Caixas de Previdência são integrados nos CS, constituindo-se assim os CS de 2ª geração.

Em 1999, foram criados em legislação os CS de 3ª geração (Decreto lei nº 157/99, 1999), pelo que neste documento surge, pela primeira vez, a referência às USF, não tendo sido o mesmo documento verdadeiramente implementado. Mais tarde, o Decreto-Lei n.º 298/2007 (2007) veio referir que a USF constitui uma estrutura fundamental na prestação de cuidados de saúde de proximidade ao indivíduo e à família, integrando-se em rede com as restantes unidades funcionais do CS. A sua missão assistencial está consagrada no plano de ação da unidade, conforme definido no Despacho Normativo n.º 9/2006 (2006).

Já em 2008, são criados Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), pelo Decreto-lei nº 28/2008 (2008), conjunto de unidades e serviços desconcentradas da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS) com autonomia administrativa, constituídas por várias unidades de funcionais, nomeadamente as USF e as Unidades Cuidados de Saúde a Personalizados (UCSP) que integravam um ou mais CS.

Volvidos vários anos neste modelo organizativo, em 2024, surge uma nova reforma, pelo Decreto-lei 102/2023 (2023), em que são criadas 31 novas Unidades Locais de Saúde (ULS's) que integram Hospitais e CS sob uma única gestão, ficando Portugal continental com um total de 39.

A importância do Enfermeiro de Família (EF) nos CSP foi pela primeira vez oficialmente reconhecida na 2ª Conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Enfermagem e Obstetrícia na Europa no ano de 2000, conhecida pela Declaração de Munique, reforçando o papel do EF como elemento-chave na resposta às necessidades de saúde das populações no contexto dos CSP, promovendo práticas centradas na pessoa, na família e na comunidade (OMS, 2000). Posteriormente em 2002, em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) promoveu a conferência "A cada Família o seu Enfermeiro", subscrevendo publicamente a Declaração de Munique e a importância da ESF como área estratégica para a qualificação dos cuidados nos CSP e para a garantia de proximidade, continuidade e centralidade na resposta às necessidades das famílias.

O reconhecimento e o desenvolvimento do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) no contexto dos CSP foi progressivamente sustentado por documentos normativos da Ordem dos Enfermeiros (OE), que conferem legitimidade e orientação à prática especializada. O primeiro marco regulamentar ocorreu com a publicação do Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro (2011), que definiu as competências específicas do EEESF. Este regulamento estabelece um quadro de competências clínicas, relacionais e éticas, orientadas para o acompanhamento da pessoa, família e comunidade ao longo do ciclo vital (CV), promovendo uma atuação centrada na prevenção da doença, promoção da saúde e apoio à gestão da condição crónica (OE, 2011). Em continuidade, e no sentido de operacionalizar essas competências, a OE publicou, em 2015, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESF. Este referencial estabelece critérios de qualidade e orienta boas práticas que visam assegurar cuidados seguros, eficazes e humanizados, promovendo uma intervenção baseada na evidência científica, sustentada na proximidade relacional e no fortalecimento das capacidades das famílias (OE, 2015). A adoção destes padrões representa um passo significativo na consolidação da identidade profissional e na valorização do impacto dos cuidados especializados de enfermagem junto das famílias.

Posteriormente, o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho (2018), veio consolidar as competências específicas EEEESF. Este documento consagra a centralidade da família como núcleo de intervenção, enfatizando a capacitação dos seus membros como estratégia fundamental para a promoção da autonomia na gestão da saúde, prevenção da doença e manutenção do bem-estar (Figueiredo, 2012; Regulamento n.º 428/2018, 2018). Descreve as competências do enfermeiro especialista que "cuida da família como unidade de cuidados, bem como dos seus membros, ao longo de todo o ciclo de vida e em todos os níveis de prevenção", e "lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar"

(Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19357,19358).

Adicionalmente, em 2019 a OE publicou também o Regulamento das Competências Comuns aos Enfermeiros Especialistas, integradas nas dimensões da Responsabilidade Profissional Ética e Legal, a Melhoria Contínua da Qualidade, a Gestão dos Cuidados e o Desenvolvimento (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estas competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, “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”. (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745).

Estes dois documentos constituem a base para a prestação de cuidados especializados à família e ao indivíduo, pelo EEECESF.

Família como Unidade dos Cuidados

A família é reconhecida como uma das instituições sociais mais antigas, estáveis e fundamentais da humanidade. Além de ser o primeiro núcleo de socialização, é nela que o indivíduo inicia seu processo de desenvolvimento biopsicossocial, interiorizando valores, normas, crenças e comportamentos que moldam sua identidade e sua participação na sociedade (Rodrigues, 2022). Conforme apontam Minuchin (1985, 1988), a família funciona como um sistema complexo, estruturado para promover a adaptação e a sobrevivência de seus membros, estabelecendo crenças, valores e práticas que refletem as transformações sociais ao seu redor. Assim, a família constitui o primeiro sistema de suporte afetivo, emocional e funcional, desempenhando um papel central na promoção da saúde, prevenção da doença e continuidade dos cuidados, sobretudo em contextos de vulnerabilidade, dependência ou Doença Crónica (DC) (Stanhope & Matthews, 2003). Dessa forma, a família não só influencia o desenvolvimento individual, mas também constitui um importante agente na manutenção do bem-estar e na gestão dos desafios relacionados à saúde dos seus membros.

Na prática de ESF, é imprescindível reconhecer a família não apenas como um conjunto de indivíduos, mas como um sistema dinâmico e interdependente, no qual os seus membros influenciam-se mutuamente. Em conformidade, Wright e Leahey (2012) e Figueiredo (2012) consideraram a família como um sistema em constante interação, onde cada membro influencia e é influenciado pelos demais. Segundo estas autoras, a avaliação e intervenção em enfermagem devem abranger não apenas o indivíduo, mas toda a rede familiar, valorizando a comunicação, os padrões relacionais e os significados atribuídos à experiência de saúde e doença. Essa perspectiva sistémica reforça a importância de estratégias terapêuticas centradas na família, promovendo a resiliência e a coesão familiar frente aos desafios vividos.

A ESF encontra os seus fundamentos a partir do desenvolvimento do paradigma da Ciência Pós-moderna nomeadamente Pensamento Sistémico, as Teorias da Terapia Familiar e as próprias Teorias de Enfermagem.

O Pensamento Sistémico surge da triangulação entre a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), a Cibernética e a Teoria da Comunicação Humana (Figueiredo 2023). A Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy (1968), descreve quatro propriedades fundamentais da família enquanto sistema aberto: a totalidade, em que o todo é mais que a soma das partes, sendo que a família é composta pelo seus elementos e as relações que existem entre eles; a globalidade, que reflete o impacto recíproco das relações entre os seus membros; a equifinalidade, que traduz a ideia de que condições iniciais diferentes em determinada família poderão traduzir-se no mesmo resultado final; e a auto-organização, que revela a capacidade da família em adaptar-se a situações de crise, como a doença (Figueiredo, 2012; Friedman et al., 2003; Imber-Black, 1988; Neves et al. 2023, Wright & Leahey, 2012).

Quanto à Cibernética, conforme descrita por Nichols e Schwartz (1998), esta procura compreender os ciclos de feedback como mecanismos reguladores da estabilidade do sistema familiar. Esses mecanismos permitem à família ajustar-se continuamente às exigências da nova realidade, sendo o EEECESF um facilitador central desta adaptação. O este profissional intervém ativamente na modulação desses ciclos através de intervenções educativas, visitas domiciliárias e apoio emocional, promovendo o empowerment da família e contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de autogestão da doença (Costa & Santos, 2023).

Além disso, a Teoria da Comunicação Humana, desenvolvida por Watzlawick, Beavin e Jackson (1967, Figueiredo, 2023), constitui um contributo relevante para a compreensão das dinâmicas familiares, tal como em situações de DC. Esta teoria parte do princípio de que é impossível não comunicar, uma vez que todo comportamento transmite uma mensagem. Os autores propõem cinco axiomas fundamentais (Watzlawick et al., 1967, Figueiredo, 2023): (1) toda interação comunica algo; (2) toda comunicação envolve conteúdo e relação; (3) a interpretação da interação depende da pontuação dada por cada interlocutor; (4) a comunicação ocorre de forma verbal (digital) e não-verbal (analógica); e (5) pode ser simétrica ou complementar, consoante a igualdade ou diferença na relação entre os comunicadores.

A ESF constitui assim um domínio específico da disciplina de enfermagem, sustentado por uma base epistemológica própria e modelos teóricos que orientam a avaliação e a intervenção junto das famílias. Estes modelos têm como foco a família enquanto unidade de cuidados, promovendo uma abordagem sistémica e centrada nas suas necessidades (Figueiredo, 2012). Entre os modelos mais relevantes encontra-se o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar desenvolvido por Berkey e Hanson, baseado no modelo de Betty Neuman. Este modelo considera que as famílias são afetadas por tensões externas (stressores), e que a sua resposta depende da intensidade com que esses fatores impactam o sistema familiar. A estabilidade e o restabelecimento da família estão relacionados com a sua capacidade de adaptação a estas situações (Hanson, 2005).

Outro contributo importante é o Modelo de Avaliação de Friedman, que integra a Teoria dos

Sistemas, a Teoria do Desenvolvimento e a Teoria Estrutural-Funcional de Talcott Parsons. Esta última conceptualiza a família como um sistema social funcional, cuja principal responsabilidade é a transmissão de valores, normas e competências aos seus membros, contribuindo para a estabilidade e o equilíbrio social. O modelo de Friedman serve como guia para a recolha estruturada de dados sobre a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiar, abrangendo fatores como papéis, comunicação, ambiente e estratégias de coping (Friedman et al., 2003; Parsons, 1955).

Um dos modelos mais conhecidos a nível global, o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF), criado por Wright e Leahey, (1984,2012), composto por dois modelos interdependentes: o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e o Modelo de Calgary de Intervenção (MCIF,). O MCAF parte da premissa de que “família é quem os seus membros dizem que é” (Wright & Leahey, 2012, p. 68) e estrutura a avaliação familiar em três dimensões — estrutural, desenvolvimental e funcional. O MCIF enfatiza a colaboração entre enfermeiro e família no processo de mudança e resolução de problemas (Wright & Leahey, 2012). Tendo por base as questões lineares e as questões circulares como o maior recurso a avaliação e intervenção da família, assim como um conjunto de intervenções padrão que se dirigem aos domínios cognitivo, afetivo e comportamental do sistema familiar. (Wright & Leahey, 2012).

No contexto nacional, no decorrer de uma investigação - ação desenvolvida por Figueiredo (2009, 2012), decorrida num conjunto de USF's da região Norte e com a participação dos EF que nelas se integravam, foi desenvolvido o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Este modelo assenta nos referenciais teóricos epistemológicos do Pensamento Sistémico, das Teorias de enfermagem, das Teorias da Terapia Familiar e no MCAIF (Figueiredo,2012).

Em Portugal, no contexto dos CSP, o MDAIF é frequentemente utilizado como referencial teórico-operacional para responder às necessidades dos enfermeiros no cuidado à família. Este modelo estrutura-se em três dimensões — estrutural, desenvolvimental e funcional — e centra-se na capacitação da família para enfrentar transições ao longo do ciclo vital (Figueiredo, 2012).

O MDAIF considera os conceitos-chave de família, saúde familiar, ambiente e cuidados de enfermagem à família, promovendo o envolvimento ativo dos seus membros em todas as fases do cuidado. Destaca-se o conceito de Saúde Familiar que se refere a um processo subjetivo de adaptação da família face às suas transições (Figueiredo 2012, 2023). Tal como o conceito de saúde definido pela OMS, esta não se refere apenas à ausência de doença, mas engloba a eficácia das estratégias de adaptação à transição entre saúde e doença.

Este modelo, juntamente com MCAIF, são reconhecidos pela International Family Nursing Association (IFNA) como apropriados para a prática da ESF (IFNA, 2023). Estudos demonstram que a aplicação do MDAIF contribui para ganhos em saúde, ao facilitar a identificação de problemas, apoiar a tomada de decisão e promover a saúde familiar (Silva, 2013).

À luz das teorias previamente abordadas e sustentado no paradigma sistémico, os cuidados de enfermagem prestados à família devem centrar-se nas interações que ocorrem entre os diversos elementos que compõem o sistema familiar (Figueiredo, 2012). Esta abordagem valoriza a complexidade das relações intrafamiliares e reconhece que qualquer alteração em um dos membros se repercute em todo o sistema. Assim, torna-se essencial dispor de instrumentos adequados que orientem a avaliação e a intervenção do EEECESF. Estes instrumentos permitem não só planear, mas também ajustar as intervenções com base nos referenciais provenientes das Teorias de Enfermagem, das Ciências Sociais e das Teorias da Terapia Familiar, assegurando uma prática reflexiva, contextualizada e centrada na especificidade de cada família (Figueiredo, 2012).

No processo de avaliação familiar, o recurso a instrumentos específicos é fundamental para compreender a estrutura, o funcionamento e as interações dos subsistemas familiares, possibilitando uma intervenção mais direcionada e eficaz. Entre os principais instrumentos utilizados na prática de enfermagem destacam-se o genograma, a psicofigura de Mitchel, o ecomapa, a escala de grafar, a escala de Apgar Familiar (Adaptability; Partnership; Growth; Affection e Resolve) e a escala FACES II Family Adaptability and Cohesion Evolution Scales, entre outros que não foram utilizados nos estudos de caso das famílias deste relatório.

O genograma, introduzido por Bowen (1978), consiste numa representação gráfica com regras bem definidas da simbologia estrutura familiar que evidencia relações intergeracionais, padrões hereditários e eventos relevantes, possibilitando a identificação de padrões, conflitos e alianças familiares. Este esquema permite obter informações da família de uma perspetiva gráfica e visual, objetivando a complexidade da família com relações do passado, presente e futuro, idealmente abrangendo pelo menos três gerações para uma análise completa (Bowen, 1978; Hartman, 2019; McGoldrick et al., 1999). Este instrumento é essencial para uma compreensão aprofundada da dinâmica familiar (McGoldrick, Gerson & Shellenberger, 1999).

A psicofigura, desenvolvida por Mitchell (1988), complementa o genograma ao focar-se nas perceções subjetivas dos membros sobre a família, explorando sentimentos e representações internas das relações familiares através de linhas revelam diferentes tipos de relações entre si (Mitchell, 1988). Este recurso facilita a compreensão das experiências emocionais e das interações psicológicas presentes no sistema familiar.

O ecomapa, criado por Hartman (1975), usa uma simbologia clara e específica para representar as conexões da família com o ambiente externo, identificando fontes de apoio, instituições de referência, serviços da comunidade e redes sociais. Este diagrama pode ser definido segundo três dimensões: qualidade, impacto e força da ligação (Hartman, 1975; Hartman, 2019). Este instrumento proporciona uma visão sistémica e ecológica das interações entre a família e o meio envolvente, importantes para a saúde e o equilíbrio familiar (Hartman, 1975). Com a elaboração do genograma e do ecomapa obtém-se uma fácil compreensão do processo familiar,

salientando-se que estes instrumentos contribuem para o desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa (Revilla, 1993; Hanson, 2005).

A escala de Grafar é um instrumento amplamente utilizado para a avaliação das condições socioeconómicas das famílias, com o objetivo de classificar a sua posição social. Desenvolvida originalmente por Graffar (1956), esta escala considera diferentes indicadores, como a profissão do chefe de família, nível de instrução, tipo de habitação e condições materiais, para determinar a classe social da família. Assim, a Escala de Grafar permite compreender o contexto social e económico em que a família está inserida, o que é essencial para a contextualização dos cuidados de enfermagem e a elaboração de intervenções adequadas (Carvalho et al., 2018).

A escala de Apgar Familiar, desenvolvida por Smilkstein (1978), consiste numa avaliação rápida da satisfação de cada membro da família quanto ao funcionamento familiar, considerando cinco dimensões fundamentais: adaptação, parceria, crescimento, afeto e resolução de problemas. É atribuída uma pontuação às respostas dadas (quase sempre, algumas vezes, quase nunca). Este instrumento é útil na identificação de famílias em risco e na monitorização do impacto das intervenções (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982).

Finalmente, a escala FACES II, criada por Olson (1986), mede os níveis de coesão e adaptabilidade familiar, possibilitando a classificação do funcionamento familiar e a orientação para intervenções que promovam o equilíbrio e o fortalecimento das relações familiares (Fernandes, 1996; Olson, 1986).

A coesão familiar e a adaptabilidade familiar são dois conceitos centrais na avaliação do funcionamento das famílias, particularmente no âmbito da ESF. A coesão familiar refere-se ao grau de ligação emocional entre os membros da família, refletindo o equilíbrio entre proximidade e autonomia individual. Famílias com coesão equilibrada tendem a apresentar relações de apoio, confiança e partilha, enquanto níveis extremos — como a desligação (baixa coesão) ou o emaranhamento (coesão excessiva) — podem comprometer o bem-estar familiar (Olson, 2000). Por sua vez, a adaptabilidade familiar diz respeito à capacidade do sistema familiar de se ajustar face a mudanças ou situações de stresse, envolvendo alterações nos papéis, regras e estruturas relacionais. Esta flexibilidade é essencial para a resiliência familiar, sendo que tanto a rigidez quanto a instabilidade extrema (caoticidade) podem indicar risco de disfunção (Olson, Russell & Sprenkle, 1983; Fernandes, 199; Figueiredo, 2012). A avaliação destes dois domínios permite aos enfermeiros compreender melhor as dinâmicas internas da família e orientar intervenções que promovam equilíbrio, saúde e bem-estar.

A utilização destes instrumentos na prática clínica permite ao EEECESF realizar avaliações abrangentes e sistematizadas, identificando recursos e necessidades específicas de cada família. Este processo facilita o planeamento e a implementação de intervenções personalizadas que promovem a saúde e o bem-estar da unidade familiar.

Deste modo, a avaliação sistematizada proporcionada por estas ferramentas constitui a base para a implementação de intervenções interacionais no contexto da ESF, as quais, fundamentadas nos pressupostos do Pensamento Sistémico e das Teorias da Terapia Familiar, assumem um papel central na promoção da mudança, na reorganização das dinâmicas relacionais e dos recursos da família enquanto sistema. Estas estratégias procuram ampliar a compreensão dos significados atribuídos às experiências familiares, favorecer padrões comunicacionais mais funcionais e contribuir para a construção de soluções centradas nas capacidades do próprio sistema (Wright & Leahey, 2013; Kaakinen et al., 2018).

Das técnicas de intervenção interacionais destacam-se aquelas que resultaram da influência das Teorias da Terapia Familiar, nomeadamente da Escola Estratégica de Palo Alto e de Milão (Figueiredo & Murteiro, 2023) tais como o reenquadramento, a prescrição paradoxal, as cartas terapêuticas, a conotação positiva e os rituais.

Importa também referir a Entrevista Motivacional (EM), que constitui uma técnica centrada na pessoa, amplamente utilizada na abordagem de comportamentos aditivos, como o consumo de álcool, tabaco ou outras substâncias, sendo especialmente eficaz em contextos onde existe ambivalência em relação à mudança (Miller & Rollnick, 2013). Esta técnica, adotada por diversos profissionais de saúde, nomeadamente os EEECESF, visa estimular a reflexão interna, mobilizar a motivação intrínseca e promover decisões informadas e autónomas em prol da saúde. Através da escuta ativa, do reforço das ambivalências identificadas e do respeito pelo ritmo do próprio indivíduo, esta abordagem permite criar um espaço de diálogo construtivo, potenciando a abertura à mudança e a responsabilização gradual pelas escolhas de saúde (Miller & Rollnick, 2013).

Em suma, o uso destas técnicas, de forma ética, contextualizada e adaptada às necessidades e dinâmicas de cada família, reforça o papel do EEECESF como facilitador de processos de adaptação e crescimento. Ao integrar estratégias interacionais como a conotação positiva, os rituais terapêuticos e a EM o enfermeiro contribui ativamente como facilitador para melhoria da comunicação, da coesão familiar e da qualidade de vida dos seus membros.

Doença crónica na família e no indivíduo

Durante a minha prática como enfermeira nos CSP, na USF onde desempenho funções, emergiu o interesse em aprofundar conhecimentos na área da ESF, o que constituiu a principal motivação para a frequência do MECESF. Os conteúdos lecionados ao longo das diferentes unidades curriculares revelaram-se fundamentais para o reforço das minhas competências profissionais, permitindo uma intervenção mais consciente, fundamentada e centrada na família enquanto unidade de cuidados.

A mobilização dos conhecimentos adquiridos teve como, como particular propósito, no decorrer deste estágio, promover a capacitação das famílias para a gestão eficaz da DC, potenciando

ganhos em saúde familiar. Neste contexto, o tema escolhido — “Intervenção do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar na Gestão da Doença Respiratória: perspectiva centrada na família” — reveste-se de especial pertinência, atendendo ao impacto crescente das DRC na qualidade de vida dos indivíduos e das famílias, bem como à importância de intervenções integradas, baseadas na promoção da autonomia e no fortalecimento das competências dos cuidadores e restantes elementos do sistema familiar.

A DC é uma condição de saúde que se caracteriza pela sua longa duração, progressão lenta e, muitas vezes, pela necessidade de gestão contínua, tendo impacto significativo na vida do indivíduo e da família. Este impacto estende-se para além dos aspetos físicos, influenciando o funcionamento emocional, social e relacional dos sistemas familiares (WHO, 2021). Para abordar a complexidade da DC no contexto familiar, é fundamental recorrer a modelos teóricos que integrem o desenvolvimento do indivíduo, da doença e da família.

As famílias que assumem o cuidado de um familiar com DC, enfrentam frequentemente níveis elevados de sobrecarga emocional e física. Isso deve-se, muitas vezes, à complexidade da condição clínica, à dificuldade na autogestão da medicação por parte do indivíduo e à exigência de apoio nas atividades de vida diária, o que obriga os cuidadores a dedicar grande parte do seu tempo e energia (Shah et al., 2021). Reconhecer estes desafios no âmbito das transições familiares é essencial para a implementação de intervenções de enfermagem que promovam a capacitação, o alívio da sobrecarga e a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e do agregado familiar como um todo.

Betty Carter e Monica McGoldrick (2015) conceptualizam o Ciclo de Vida Familiar (CVF) como uma sequência de etapas pelas quais as famílias passam, cada uma marcada por tarefas específicas que requerem adaptações e reorganizações relacionais. Do diagnóstico de uma DC, como a Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HTA) ou doenças respiratórias (DR), como Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), podem emergir perturbações nestas tarefas, exigindo que a família se adapte para manter o seu funcionamento e bem-estar (Carter & McGoldrick, 1988).

Uma das teorias do CVF foi desenvolvida por Carter e McGoldrick (2005), que constitui um referencial essencial para compreender as dinâmicas e transformações que ocorrem nas famílias ao longo do tempo. Esta abordagem enfatiza que as famílias atravessam estágios distintos, caracterizados por tarefas específicas de desenvolvimento que influenciam a organização familiar, as relações interpessoais e a capacidade de adaptação a mudanças externas e internas. Quando combinada com o modelo dos três fios evolutivos de Rolland (1987), que integra a trajetória da DC, o desenvolvimento individual e as mudanças familiares, a análise torna-se mais abrangente. Rolland propõe uma perspectiva sistémica, na qual a doença não é apenas um evento isolado, mas um processo interativo que deve ser compreendido em simultâneo em três dimensões: o curso da doença, o ciclo de vida do indivíduo afetado e o ciclo

de vida da família. Essa abordagem multifacetada reconhece que a experiência da doença é singular para cada família, pois é moldada por variáveis temporais, contextuais e relacionais que influenciam a resiliência, o ajustamento e a reorganização do sistema familiar. Assim, a combinação destas teorias permite uma compreensão mais profunda dos mecanismos adaptativos que famílias utilizam para lidar com os desafios impostos pela DC, proporcionando uma base teórica robusta para intervenções clínicas e pesquisas na área da saúde familiar.

Quanto ao ciclo da doença, Rolland (1987) propõe uma classificação que contempla o início (agudo ou gradual), o curso (constante, progressivo ou recorrente), as consequências (desde limitações leves até situações incapacitantes ou com prognóstico fatal) e o grau de incapacidade. Esta abordagem permite compreender a diversidade de necessidades que as famílias enfrentam, facilitando a definição de estratégias de intervenção mais adequadas. Além disso, a evolução da doença crônica é dividida em três tipologias – crise, crônica e terminal – cada uma exigindo diferentes respostas por parte da família e dos profissionais de saúde, especialmente do EEECESF, que desempenha um papel crucial no apoio, na adaptação e nos cuidados ao longo de todo o percurso da doença.

Como já referido, a DC desencadeia um processo de transição saúde-doença não apenas para o doente, mas para todo o núcleo familiar. Enquanto o indivíduo atravessa uma transição associada à experiência de doença, a família é desafiada a reorganizar-se e a integrar essa condição na sua vivência quotidiana (Margolis et al., 2020; Meleis, 2010). Neste sentido, o cuidado centrado na família exige um conhecimento profundo das suas características estruturais, funcionais e culturais, bem como dos efeitos da DC nos seus subsistemas conjugais, parentais e filiais (Broto & Guimarães, 2017; Silva et al., 2021). A Teoria das Transições de Meleis (2000) surge como um referencial fundamental, ao considerar que a vivência da doença representa uma transição, dando particular relevo à experiência vivida pelo próprio indivíduo, mas também todo o sistema familiar. Estas transições implicam um processo de mudança que pode gerar vulnerabilidade, incerteza e instabilidade, exigindo acompanhamento por parte dos profissionais de saúde. O EEECESF, ao compreender as características, padrões e respostas associadas às transições, bem como a forma como as transições individuais influenciam a família, pelo princípio da globalidade dos sistemas, pode intervir de forma mais eficaz na facilitação da adaptação familiar e na promoção de respostas saudáveis (Meleis et al., 2000; Schumacher et al., 2008).

Assim, a vivência da doença, seja ela aguda, crônica ou terminal, representa frequentemente uma rutura na dinâmica familiar, exigindo reajustamentos nos papéis, nas rotinas e na comunicação. Este impacto é sentido por todos os elementos da família, podendo, em alguns casos, afetar emocional e fisicamente os cuidadores informais de forma mais intensa do que a própria pessoa (Shah et al., 2021). Cabe ao EEECESF reconhecer estes processos e apoiar a família como unidade de cuidado, promovendo a sua capacidade de adaptação, coesão e resiliência.

Neste cenário, torna-se fundamental reconhecer não só os fatores que impulsionam a mudança e os mecanismos que mantêm o equilíbrio familiar, mas também elementos como os recursos económicos disponíveis, o nível de literacia em saúde da família, o acesso adequado aos CS e as experiências prévias de adaptação eficaz a situações adversas (Smith & Doe, 2019; Mendes & Oliveira, 2020). Estes fatores desempenham um papel crucial na forma como a família enfrenta e se ajusta às exigências impostas pela DC, influenciando diretamente a eficácia das intervenções de suporte. O apoio familiar assume, assim, um papel essencial no processo de adaptação e no bem-estar psicológico das pessoas com DC (Sousa et al., 2021).

Com base em alguns dos modelos referidos, serão apresentados e descritos dois estudos de caso que ilustram a intervenção do EEECESF no contexto da gestão da DC, com enfoque nas DRC. No primeiro estudo de caso, a intervenção centrou-se na conceção de cuidados ao indivíduo com multimorbilidades, destacando-se a Asma como foco prioritário. Foi implementado um plano de ação inalatória personalizado e realizado treino prático com o indivíduo e sua família, o que resultou na diminuição da frequência das crises asmáticas e no aumento da promoção em saúde. Ao nível familiar, as intervenções focaram-se na relação conjugal e na melhoria da comunicação, promovendo uma maior coesão e apoio mútuo no processo de gestão da doença.

No segundo estudo de caso, apesar da presença de multimorbilidades, a intervenção foi direcionada para a DPOC, sendo a abordagem centrada na capacitação do indivíduo e no alívio do impacto funcional da doença. Ao nível familiar, o foco recaiu sobre a dinâmica do casal, com intervenções orientadas para a promoção da comunicação e para o reconhecimento e gestão de um comportamento aditivo por parte do marido, contribuindo para um ambiente mais favorável ao cuidado e ao bem-estar coletivo.

O impacto das DC, ultrapassa o âmbito individual e o funcionamento das famílias, refletindo-se também na produtividade económica e na sustentabilidade dos sistemas de saúde. As limitações físicas, emocionais e sociais associadas à doença afetam a autonomia das pessoas e aumentam a dependência de cuidados formais e informais, com especial destaque para o papel dos cuidadores familiares. Simultaneamente, os encargos económicos associados à medicação contínua, vigilância clínica e internamentos hospitalares contribuem para o agravamento das vulnerabilidades sociais e económicas (OCDE, 2021).

Em Portugal, as Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos maiores desafios em saúde pública, com impacto direto na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida da população. De acordo com o Relatório de Saúde da Direção-Geral da Saúde (DGS), mais de metade dos portugueses vive com, pelo menos, uma DC, sendo que as patologias mais prevalentes incluem a HTA, DM, DR e doenças cardiovasculares (DGS, 2023).

O aumento da prevalência destas doenças deve-se a uma combinação de fatores biológicos, ambientais, comportamentais e sociais. O envelhecimento demográfico, aliado a estilos de vida

pouco saudáveis — como o sedentarismo, a má alimentação, o consumo de tabaco e álcool — têm contribuído significativamente para o surgimento e agravamento destas patologias (WHO, 2023). Para além disso, determinantes sociais como a escolaridade, o rendimento familiar, as condições de habitação e o acesso desigual aos cuidados de saúde desempenham um papel importante na perpetuação de desigualdades em saúde (Marmot, 2020).

De acordo com o Programa Nacional das Doenças Respiratórias (DGS, 2017), em Portugal, as DR continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência, ao contrário do que acontece com outras patologias. O mesmo documento refere que as DRC representam uma prevalência de 40%, sendo as mais comuns a Asma, a DPOC e a SAOS.

As DRC, nomeadamente, a DPOC e a Asma, representam certamente um fator perturbador da homeostasia familiar. Estas condições, por serem progressivas, limitantes e frequentemente acompanhadas de episódios de exacerbação aguda, impõem exigências complexas à estrutura e ao funcionamento familiar. Como sistema aberto, a família necessita de se reorganizar funcionalmente, adaptar os seus papéis e desenvolver novas competências, desde a administração de terapêutica inalatória e oxigenoterapia até à monitorização de sinais de agravamento clínico e promoção de estilos de vida saudáveis (Sousa et al., 2021).

O EEECESF, ao dominar os conceitos do CVF e dos fios evolutivos da doença, está preparado para realizar uma intervenção holística e centrada na família. Entre as suas funções destacam-se a promoção do autocuidado, a educação para a saúde, o suporte emocional e o apoio ao ajustamento familiar face às mudanças provocadas pela DC (Rolland, 1994; Sousa et al., 2020). Na abordagem às pessoas e famílias com DRC, o enfermeiro contribui para a adesão ao tratamento, identifica precocemente sinais de descompensação e apoia a gestão das limitações funcionais, promovendo assim a sua qualidade de vida.

Assim, a gestão da DC, particularmente respiratória, exige uma atuação especializada por parte do EEECESF, que deve apoiar a família no processo de transição, promovendo a sua resiliência e reorganização interna. A intervenção do EEECESF deve incidir sobre os domínios cognitivo, afetivo e comportamental da família, com o objetivo de gerar ganhos em saúde e capacitar os seus membros para decisões informadas e partilhadas (Carvalho et al., 2021; Silva & Pinto, 2023). Reconhece-se, assim, que a aplicação integrada destes referenciais teóricos fortalece a prática do EEECESF, conferindo-lhe uma base científica robusta para responder aos desafios da cronicidade em contexto familiar.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Os CSP constituem a base do sistema de saúde, representando o primeiro nível de contacto dos cidadãos com os serviços de saúde. Caracterizam-se por assegurar cuidados acessíveis, contínuos, globais e centrados nas necessidades da população, ao longo de todo o ciclo vital. Este nível de cuidados assenta em princípios de justiça social e equidade, reconhecendo o direito de cada indivíduo e da sua família a condições de vida que promovam a saúde e o bem-estar (WHO, 2021a).

No âmbito da sua atuação, os profissionais dos CSP desenvolvem práticas orientadas para a proximidade, intervindo não apenas no tratamento e prevenção da doença, mas também na promoção da saúde e na capacitação dos cidadãos. O seu papel assume uma dimensão transversal, acompanhando o indivíduo desde o nascimento até ao fim de vida, em articulação com a família e a comunidade (OE, 2020).

A USF em estudo, atualmente, encontra-se integrada numa ULS, que é uma instituição pública integrada no SNS, que presta cuidados de saúde à população da sua área de influência. Atualmente, a ULS atende aproximadamente 333.567 utentes, distribuídos por diversas UF. A equipa de CSP é composta por 204 enfermeiros de família (Bilhete Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (Bi-CSP, 2025), que atuam em conjunto com outros profissionais de saúde para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

A estrutura organizacional da ULS inclui 38 UF, das quais 30 são USF. Com vista ao melhor conhecimento dos contextos da prática clínica de ESF, será feita uma breve caracterização da USF onde se realizou o estágio do MECESF.

A USF iniciou a sua atividade assistencial em 2007, acreditada pela Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), com nível de acreditação BOM desde 2016. A ACSA é uma entidade responsável pela certificação de instituições e unidades de saúde, bem como pela avaliação da qualificação profissional e da formação contínua, com base no Modelo de Acreditação do Sistema Público de Saúde da Andaluzia. Este modelo tem como finalidade promover a excelência nos cuidados prestados, fomentando uma cultura de melhoria contínua. Considera-se atualmente o mais adequado para as Unidades de CSP, sustentando-se em três eixos fundamentais: gestão por processos, gestão clínica e gestão por competências, aplicados aos diferentes níveis de prestação de cuidados (Machado, 2020).

Esta USF está integrada numa lógica de rede com as outras UF da ULS, prestando cuidados a uma população de 11 964 habitantes, numa área com uma densidade populacional de 1317 habitantes / Km².

No que diz respeito aos recursos materiais, a sua gestão é efetuada através do sistema Ghaf sob responsabilidade de profissionais especificamente designado para esta função. Tanto os serviços administrativos como os gabinetes de consulta médica e de enfermagem encontram-se informatizados e com acesso à internet, o que facilita a organização e a eficiência dos processos internos.

Entre os sistemas de informação utilizados destacam-se o, RNU, SClínico, SAM e ALERT® P1, cada um associado aos diferentes grupos profissionais, incluindo administrativos, médicos e enfermeiros. A utilização do Google Talk pela maioria dos profissionais permite reduzir o número de intervenções telefónicas ou presenciais, promovendo uma comunicação mais eficiente e uma melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes.

Os registos clínicos realizam-se predominantemente em formato eletrónico, nas plataformas referidas, garantindo acessibilidade e centralização da informação. Paralelamente, os processos clínicos em suporte físico, são arquivados de forma organizada por processo familiar, sendo consultados sempre que necessário e atualizados com todos os documentos considerados relevantes pelos profissionais de saúde. Adicionalmente, a USF dispõe de meios audiovisuais que permitem a realização de apresentações durante reuniões internas e sessões educativas dirigidas à comunidade, promovendo a partilha de conhecimento e o reforço da literacia em saúde.

A USF na qual se realizou o estágio do MECESF tem como Missão prestar cuidados de saúde em tempo útil, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação e a investigação, aos utentes inscritos na USF, tendo como prioridade a prevenção e os cuidados antecipatórios em todas as etapas do ciclo vital. A USF procura, ainda, ao longo do seu percurso a melhoria contínua da qualidade, assim como, graus elevados de satisfação dos utentes e profissionais. (Regulamento interno da USF,2025)

Tem como Visão manter o nível de qualidade na prestação de cuidados, sustentada na competência profissional e na prática baseada na evidência científica tendo como objetivo a satisfação dos utentes e a melhoria da eficácia, da eficiência e da efetividade na gestão dos recursos e na prática assistencial. (Regulamento interno da USF,2025)

Tem como Valores: ética, lealdade, qualidade no desempenho, respeito pelo utente e profissionais, disponibilidade e partilha tanto nos atos como na informação, formação, inovação e responsabilidade. (Regulamento interno da USF,2025)

A estrutura orgânica da USF, onde foi realizado o estágio, é constituída pelo Conselho Geral (7 enfermeiros,7 médicos 5 secretários clínicos), 4 internos de Medicina Geral e Familiar, o coordenador da equipa e o Conselho Técnico (constituído por um medico, um enfermeiro e um secretario clínico).

Os princípios de organização da USF estão centrados no cidadão. Como modelo de prestação de

cuidados multidisciplinares, a USF adota o modelo de microequipa, constituída por um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a) de família e um(a) assistente técnico(a). A USF possui sete microequipas que são responsáveis por um ficheiro de famílias. A enfermeira tutora que orientou este estágio tem um ficheiro de família de 1807 utentes. (dados retirados do Bi-CSP em 07/2025), com 807 famílias.

A atuação clínica organiza-se em diferentes áreas, permitindo uma resposta abrangente, contínua e personalizada às pessoas, famílias e comunidade.

Uma das áreas fundamentais de intervenção consiste na vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida. Neste âmbito, destacam-se as consultas de saúde infantil e juvenil, que asseguram o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como a promoção de estilos de vida saudáveis. Em paralelo, os cuidados de saúde do adulto e do idoso visam a deteção precoce de fatores de risco, a monitorização do estado de saúde e a intervenção em situações de fragilidade. No que se refere à saúde reprodutiva, a equipa clínica acompanha as mulheres e casais em diferentes etapas, desde a vigilância pré-concepcional e gravidez, até ao planeamento familiar e saúde sexual, promovendo uma vivência saudável e informada desta dimensão da vida.

Outra área de intervenção prende-se com a gestão da doença, que engloba tanto os cuidados em situação de doença aguda como o acompanhamento clínico de situações crónicas e de patologia múltipla. A resposta à doença aguda centra-se na avaliação clínica imediata, tratamento e encaminhamento adequado, assegurando a recuperação e minimizando complicações. Por sua vez, a gestão da DC, como consultas de HTA, DM, exige uma abordagem continuada e individualizada, focada na monitorização clínica, adesão terapêutica e capacitação da pessoa e da família para a autogestão da condição de saúde.

Complementarmente, a prestação de cuidados no domicílio assume especial relevância, permitindo dar resposta a situações de dependência, limitações funcionais ou contextos em que a deslocação à unidade de saúde se encontra comprometida. Esta modalidade de cuidados promove a continuidade assistencial, a humanização da prática clínica e a adaptação das intervenções às condições reais de vida das famílias.

Por fim, destaca-se a interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão. Esta articulação efetiva-se com hospitais, serviços sociais, escolas e outras entidades da comunidade, potenciando uma resposta integrada, eficaz e centrada na pessoa, garantindo a continuidade de cuidados ao longo do percurso de saúde-doença

O BI-CSP disponibiliza informação que permite caracterizar e monitorizar todas as UF dos CSP, qualificando e quantificando o seu desempenho através do Índice de Desempenho Global (IDG) de forma integradora e multidimensional, contribuindo assim para o seu desenvolvimento e

melhoria contínua sustentada.

De acordo com os dados disponibilizados pelo BI-CSP, a USF contabiliza um total de 11.964 utentes inscritos em julho de 2025, sendo 5766 do sexo masculino e 6198 do sexo feminino, segundo consta na pirâmide etária da figura 1, e existe um índice de dependência total de 53,21%. Sendo o índice de dependência um indicador demográfico e social que procura medir o peso da população dependente (isto é, que não está em idade ativa) relativamente à população potencialmente ativa.



Figura 1- Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF, número de utentes por grupos específicos, índice de dependência, unidades ponderadas e distribuição das inscrições nos CSP. Fonte: BI-CSO -07/2025

Na análise da pirâmide relativa à população global da USF apresenta uma estrutura mais diversificada. Embora os adultos (15-64 anos) continuem a ser o grupo predominante 78,9%, verifica-se uma maior proporção de crianças (0-14 anos), de 14,4%, e de idosos (65 ou mais anos) é de 6,7% em comparação com o ficheiro da tutora. Este perfil traduz-se numa maior heterogeneidade de necessidades em saúde. As crianças e jovens requerem intervenções focadas na promoção da saúde e prevenção de fatores de risco futuros, enquanto a população idosa apresenta maior prevalência de múltiplas DC e situações de dependência, como DRC cardiovasculares e metabólicas. Neste grupo, torna-se também mais relevante o apoio ao cuidador informal e a abordagem familiar e comunitária da doença.

No que diz respeito aos utentes e famílias afetos à enfermeira tutora, verifica-se que, De acordo com os dados fornecidos pelo MIM@UF em julho de 2025, existe uma elevada prevalência de DC. A HTA, com e sem complicações, é o problema de saúde mais frequente, afetando 445

utentes, exigindo um acompanhamento contínuo e estratégias de prevenção secundária. A obesidade em indivíduos com mais de 14 anos, com 266 casos, destaca-se como um fator de risco transversal a várias patologias, nomeadamente a DM e a HTA, reforçando a importância da promoção de estilos de vida saudáveis. A DM não insulino dependente, presente em 184 utentes, requer vigilância apertada, dada a complexidade da sua gestão e o impacto das complicações a médio e longo prazo. A Asma, identificada em 104 utentes, e a DPOC, com 37 casos, representam DRC que, embora em menor número comparativamente a outras condições, acarretam elevada morbidade e impacto na qualidade de vida.

A pirâmide etária que se segue, representa a distribuição dos utentes da enfermeira tutora, de acordo com as faixas etárias.



Figura 2- Pirâmide Etária dos utentes inscritos (lista da Enfermeira tutora). Fonte: BI-CSP 07/2025

A análise das pirâmides etárias permite compreender a distribuição da população inscrita na USF e no ficheiro específico da tutora, evidenciando diferenças relevantes na estrutura demográfica e no impacto esperado das DC.

No que respeita ao ficheiro da tutora, observa-se uma predominância clara de adultos em idade ativa (15-64 anos), que representam 87,4% do total. As crianças (0-14 anos) correspondem a 9,9%, enquanto os idosos (65 ou mais anos) representam apenas 2,7%. Esta distribuição sugere tratar-se de uma população maioritariamente jovem-adulta, onde a prevalência de doenças

crónicas já se faz sentir. Em Portugal, a HTA atinge cerca de 36% dos adultos entre os 25 e os 74 anos, enquanto a DM apresenta uma prevalência de aproximadamente 9,9% nesse mesmo grupo etário (DGS, 2023). A estes dados juntam-se a elevada frequência de pré-obesidade (34%) e obesidade (12%), assim como a prática insuficiente de atividade física em quase metade da população (DGS, 2023). O tabagismo permanece também um fator de risco relevante, afetando cerca de 25% da população, com maior expressão nos jovens adultos — 45,6% dos homens e 25,1% das mulheres entre os 25-34 anos (DGS, 2023). Relativamente à DPOC, estima-se que afete 14,2% da população portuguesa com 40 ou mais anos, permanecendo amplamente subdiagnosticada nos CSP (Sousa Santos & Silva, 2022; Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2021). Assim, o acompanhamento desta população tenderá a centrar-se na prevenção, diagnóstico precoce e gestão das DC em adultos ativos, promovendo simultaneamente adesão terapêutica e mudanças sustentadas de estilo de vida.

Neste sentido, o papel do EF é fundamental:

- No ficheiro da tutora, a sua intervenção incide sobretudo na gestão da DC em adultos ativos, incentivando a literacia em saúde, o autocuidado e a adesão terapêutica.
- No contexto da USF, a prática exige uma abordagem mais abrangente, integrando desde a promoção da saúde infantil até à prevenção de complicações nos idosos, favorecendo o envelhecimento ativo e a gestão da dependência.

Deste modo, a leitura das pirâmides etárias permite não apenas caracterizar a população-alvo, mas também compreender a distribuição da DC e os desafios na sua gestão, orientando a intervenção do EF em função das especificidades de cada contexto.

3. FAMÍLIA A

A Família A é constituída pelo casal Sr. D, 54 anos, e Sra. C, 45 anos, que vivem juntos há cinco anos, numa família reconstruída com filhos de relações anteriores. Residem num apartamento confortável numa zona tranquila, partilhando o lar com dois cães que fortalecem os laços afetivos familiares. O Sr. D é motorista profissional, com horário irregular, e pai de dois filhos adultos que vivem com a mãe. Apresenta várias DC: DM2 (diagnosticada em 2021), HTA (desde 2022), SAOS, (desde 2021 com uso de ventilador durante o sono, e Asma controlada desde a infância. Teve uma reação anafilática grave em 2020, episódio que poderá ter agravado as suas condições crónicas. É fumador desde os 38 anos, com várias tentativas frustradas de cessação tabágica. Demonstra ansiedade e resistência em aderir ao regime terapêutico, necessitando de acompanhamento e apoio emocional constantes, especialmente por parte da esposa. Apesar das dificuldades, mantém-se dedicado ao trabalho e à família. A Sra. C trabalha há 16 anos como assistente operacional numa unidade de saúde e acumula dois empregos como empregada doméstica. É mãe de uma jovem de 20 anos que reside no domicílio familiar e se prepara para ingressar no ensino superior. Diagnosticada com HTA em 2023, mostra-se cumpridora no tratamento e ativa na gestão da própria saúde e na do marido. Destaca-se pela sua resiliência, pela capacidade de conciliar o trabalho, vida pessoal e cuidados de saúde e, e pelo forte sentido de responsabilidade familiar.

3.1. Enquadramento teórico

No que se refere à composição e estrutura interna, a família reconstruída apresenta uma configuração específica marcada pela existência de um subsistema conjugal, onde pelo menos um dos parceiros já integrou um núcleo familiar anterior, do qual resultaram filhos que poderão, ou não, fazer parte da nova unidade familiar. Relvas (1996) destaca que esta tipologia familiar implica uma reorganização do sistema familiar, uma vez que coexistem relações conjugais e parentais que exigem um equilíbrio delicado. Alarcão (2006) reforça esta perspetiva, classificando as famílias recompostas em simples — quando apenas um dos membros do casal traz filhos de uma relação anterior — e complexas — quando ambos os parceiros têm filhos provenientes de relações anteriores —, originando dinâmicas particulares que requerem uma contínua adaptação dos vínculos afetivos e da estrutura familiar. Estes processos implicam desafios significativos, sobretudo quando as experiências de separação anteriores não foram devidamente elaboradas, podendo surgir dificuldades na comunicação e na adaptação

emocional dos membros da família (Neves, Carvalho & Pinto, 2023).

A dinâmica familiar encontra-se centrada na adaptação às exigências do ciclo vital, procurando promover a coesão e o suporte mútuo. Apesar de ser uma família reconstruída, pode-se considerar que esta família se encontra a experienciar algumas tarefas inerentes a fase da família com filhos adultos do CVF de Relvas (1996), dirigido às famílias nucleares, caracterizada pela separação progressiva dos filhos do núcleo familiar de origem, com o início da sua independência e inserção no mundo do trabalho. Este processo implica reestruturações relacionais e renegociação de papéis entre pais e filhos, representando uma transição significativa para o sistema familiar (Cotrim & Figueiredo, 2023). Esta família tem demonstrado um adequado ajustamento ao novo contexto, evidenciado pela forma como os membros têm gerido a saída progressiva dos filhos do lar, mantendo o contacto e promovendo relações saudáveis e equilibradas.

O casal apresenta um conhecimento demonstrado acerca das tarefas inerentes a esta etapa, o que lhes permite exercer um papel parental ajustado às circunstâncias. Embora ainda tenham a residir consigo a filha da Sr^a C, esta encontra-se empregada e garante o seu próprio sustento, o que contribui para uma dinâmica familiar mais autónoma. Por sua vez, os filhos do Sr D, o rapaz reside com a sua progenitora, e a filha já vive sozinha, evidenciando um processo natural de emancipação.

A adaptação do casal a esta etapa tem sido positiva, sem indícios de conflitos de papéis, refletindo uma capacidade de negociação e redefinição de tarefas de forma consensual. A participação de todos os membros da família na organização das novas rotinas e responsabilidades tem evitado a sobrecarga de qualquer um dos elementos, promovendo um equilíbrio nas dinâmicas familiares.

Este processo de transição revela a importância na avaliação das áreas de atenção da dimensão de desenvolvimento no MDAIF, da qual evidencia a capacidade da família para fazer face aos processos desenvolvimentais relativamente previsíveis nesta fase do CVF em que todos os indivíduos são adultos. A comunicação simétrica, ou horizontal, caracterizada por interações de igualdade entre os membros da família, tem sido essencial para a partilha de responsabilidades e a colaboração mútua. Esta forma de comunicação, descrita pela primeira vez na Pragmática da Comunicação Humana por Watzlawick et al. (1967), promove relações mais equilibradas e democráticas, contribuindo para a prevenção de situações de saturação e para uma redefinição de papéis harmoniosa e adaptativa, Teoria que permanece relevante e foi revisitado por Bavelas (2021) na análise das práticas comunicacionais atuais. Paralelamente, a comunicação complementar, baseada na diferenciação de papéis e funções — em que um dos membros assume uma posição mais ativa e o outro mais recetiva — também é necessário e requer flexibilidade e respeito mútuo. A articulação eficaz entre estes dois tipos de comunicação permite que a família se desenvolva de forma saudável, fortaleça os laços afetivos e assegure

um suporte emocional contínuo entre os seus membros, (Fitzpatrick & Ritchie, 1994; Koerner & Fitzpatrick, 2002; Watzlawick et al., 1967).

Após esta avaliação, pode-se concluir que, no momento, a família não apresenta necessidades de intervenção no foco de Papel Parental, evidenciando esta dimensão como uma força do sistema familiar. Essa estabilidade reflete a capacidade da família de manter papéis parentais adequados, demonstrando resiliência e funcionalidade saudável frente aos desafios quotidianos.

Como anteriormente referido, os membros do casal enfrentam DC, o que representa um significativo fator de stress e provoca mudanças no funcionamento do sistema familiar. Neste contexto, a Asma no adulto enquanto DC e inflamatória, repercute-se não apenas no indivíduo, mas também no funcionamento global da família. Segundo Rolland (1994), a Asma pode ser compreendida como uma doença recidiva/episódica, caracterizada por períodos de controlo intercalados com episódios de agudização. Esta oscilação obriga a família a desenvolver flexibilidade organizacional, de modo a responder de forma eficaz durante as crises, redistribuindo tarefas e reforçando o apoio a pessoa. Nos períodos de estabilidade, a doença tende a ser pouco significativa e sem risco imediato de vida, permitindo à família manter uma rotina próxima da normalidade, Rolland (1994)

Além disso, o histórico familiar de Asma ou outras doenças atópicas, como rinite alérgica e eczema, é um fator de risco importante, evidenciando a predisposição genética para a doença (Martinez, 2007). Pessoas com antecedentes familiares próximos apresentam maior propensão ao desenvolvimento de Asma (Martinez, 2007; Ober & Yao, 2011).

Também as populações socioeconomicamente vulneráveis apresentam maior risco devido à menor acessibilidade a cuidados de saúde, maior exposição a ambientes contaminados e condições habitacionais precárias, que contribuem para o agravamento da doença (Williams et al., 2023).

Dessa forma, a identificação e o acompanhamento dos grupos de risco são essenciais para a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas que promovam o controlo eficaz da Asma. Neste contexto, o EF desempenha um papel essencial na educação para o autocuidado, na monitorização da eficácia do tratamento e na capacitação da família para lidar com episódios de agudização, prevenindo complicações e hospitalizações evitáveis.

A aceitação do diagnóstico é um processo prolongado, uma vez que a família dispõe de anos para integrar a doença na sua história de vida. Contudo, a forma como este processo se concretiza depende dos recursos internos e externos disponíveis, da rede de suporte e da capacidade de adaptação já desenvolvida. Apesar da adaptação inicial, não deve ser desconsiderada a possibilidade de exaustão familiar, sobretudo em situações de recorrência das crises ou de mau controlo da doença, que podem reativar sentimentos de sobrecarga e ansiedade (Vieira, Souza, Moraes, & Prado, 2023).

O conceito de exaustão familiar refere-se ao desgaste emocional, físico e social que os cuidadores e membros da família experimentam devido à responsabilidade prolongada de gerir a DC e as suas consequências. Esta condição pode manifestar-se através de sentimentos de sobrecarga, ansiedade, fadiga e isolamento, comprometendo a saúde e o bem-estar familiar. EEECESF deve estar alerta para estes sinais de exaustão familiar e para a implementação de estratégias de intervenção são essenciais para a prevenção.

Para a realização do estudo de caso da família, foi utilizada como ferramenta de suporte teórico e metodológico a matriz operativa do MDAIF, nomeadamente as suas dimensões de estrutura, desenvolvimento e funcional. Foi possível a identificação de áreas de atenção (domínios), a sistematização da apreciação inicial, o estabelecimento de critérios de diagnóstico, a enunciação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, bem como a definição das atividades específicas que operacionalizam as intervenções.

Apesar da utilidade da matriz no suporte à avaliação e tomada de decisão, a plataforma E4Nursing, utilizada no âmbito deste estágio, não se encontra suficientemente parametrizada para o registo centrado na família como cliente.

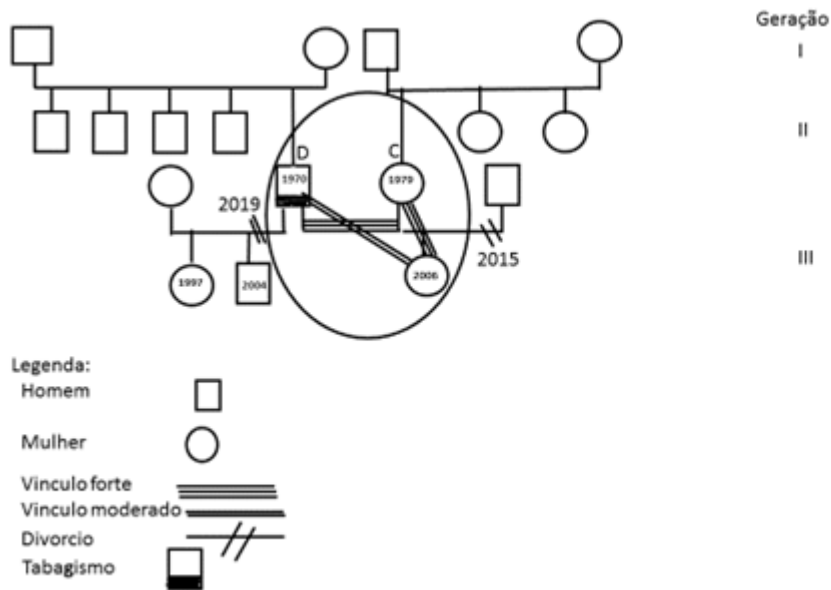
Foram identificados domínios do MDAIF pertinentes ao caso, como, rendimento familiar, precaução e segurança, abastecimento de água, animal domestico, satisfação conjugal e processo familiar. Estes domínios foram analisados à luz dos critérios de diagnóstico inseridos na secção “apreciação inicial” da plataforma, permitindo uma leitura compreensiva das fragilidades e potencialidades da unidade familiar.

Na fase de planeamento, procedeu-se ao estabelecimento de objetivos a enunciação dos diagnósticos de enfermagem e à identificação das intervenções prioritárias. As intervenções foram desdobradas em atividades específicas, coerentes com os objetivos delineados, tendo como foco a promoção da capacitação familiar, o reforço dos padrões de comunicação e a gestão partilhada das condições crónicas presentes na família.

O recurso ao MDAIF, ainda que condicionada pelo suporte digital, revelou-se fundamental para garantir uma intervenção sistematizada, centrada na complexidade das interações familiares e na sua capacidade adaptativa face à DC.

No primeiro contato com a família, procedeu-se à avaliação estrutural, utilizando-se instrumentos consagrados na prática de ESF, como o genograma (Fig. 3), o ecomapa (Fig. 4) e a escala de Graffar (Figueiredo, 2012). Para a recolha de dados, foi empregue a técnica de entrevista semiestruturada, realizada em dois momentos distintos: inicialmente com a Sra. C, e posteriormente com o casal, durante consulta conjunta na USF.

Figura-3 Genograma da família A



O genograma elaborado contempla três gerações (I a III) e centra-se na família nuclear do casal C e D, pertencente à segunda geração. Trata-se de um instrumento privilegiado no contexto da ESF, uma vez que possibilita a identificação de padrões relacionais, transgeracionais e de saúde/doença, fornecendo ao EF dados relevantes para a compreensão da dinâmica familiar e das suas necessidades.

Na geração I encontram-se representados dois casais, ambos formalmente casados, não havendo registo de divórcios. Esta geração constitui a base da estrutura familiar, evidenciando descendência de ambos os sexos e a continuidade do sistema familiar ao longo do tempo.

A geração II é composta pelos filhos destes casais. Um dos elementos masculinos, o Sr D, o filho mais novo de cinco irmãos desta geração constituiu família com uma mulher externa ao núcleo familiar de origem, a Sra. C, filha mais velha de 3 irmãs. Entre os membros da segunda geração é possível identificar vínculos afetivos de diferentes intensidades, embora o genograma realce sobretudo a ligação do casal que deu origem à família central em estudo.

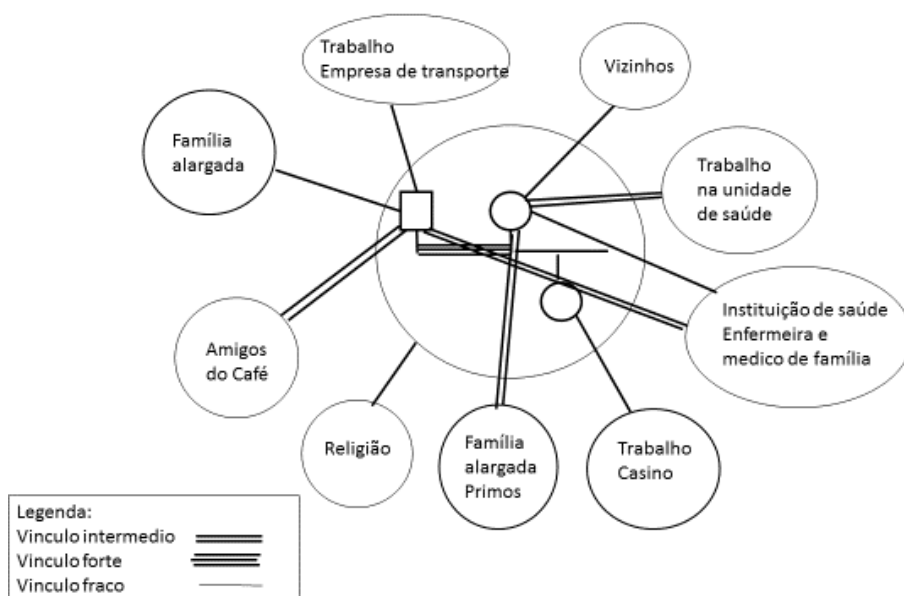
Nesta geração, encontra-se a família nuclear reconstruída em análise, constituída pelo casal Sr D (1970) e Sr^a C (1979). O Sr D tem dois filhos, nascidos em 1997 e 2004, integrando assim a geração seguinte. A Sr^a C tem uma filha nascida em 2006 que habita com o casal, que representam a geração III.

O genograma assinala o divórcio ocorrido em 2019, associado ao elemento Sr D, e o divórcio em 2015 associado a Sr^a C. É igualmente relevante o registo do hábito tabágico por parte do homem D, fator de risco para a saúde, com implicações não apenas individuais, mas também no contexto familiar, dado o impacto que comportamentos de saúde podem ter sobre os padrões relacionais e sobre a adoção de estilos de vida dos descendentes.

De forma global, o genograma evidencia uma estrutura familiar marcada pela estabilidade dos vínculos conjugais nas gerações mais antigas, mas também pela presença de fatores de complexidade, como divórcios e diferentes intensidades relacionais nas gerações intermédias. A nível da saúde familiar, destacam-se os padrões comportamentais como o tabagismo, que podem configurar vulnerabilidades futuras e influenciar a gestão da saúde dos seus membros.

Assim, a análise do genograma permite ao EEECESF uma compreensão ampliada da estrutura familiar, dos padrões transgeracionais e dos potenciais fatores de risco ou de proteção, constituindo uma ferramenta essencial na planificação de cuidados centrados na família enquanto unidade de cuidado.

Figura-4 Ecomapa da família A



O ecomapa elaborado representa a rede de relações estabelecida pelo casal C e D, evidenciando as suas conexões significativas com sistemas externos de suporte, sociabilidade e saúde. Este instrumento é particularmente relevante na prática ESF, pois permite identificar os recursos disponíveis, os fatores de vulnerabilidade e os potenciais apoios para a gestão da saúde individual e conjugal.

Observa-se que a família mantém vínculos de intensidade variável com diferentes contextos. Destaca-se a ligação forte do Sr D com a instituição de saúde, nomeadamente com o médico e a EF, que constituem suporte fundamental na monitorização e gestão da saúde, sobretudo considerando a presença de DC. Também se evidencia um vínculo forte com a família alargada (primos), da Sr^a C que representa um recurso importante de apoio social e emocional.

No domínio laboral, cada elemento do casal desempenha funções distintas: o Sr D encontra-se ligado a uma empresa de transporte, com vínculo intermédio, enquanto a Sr^a C exerce atividade profissional na unidade de saúde representado como vínculos de intensidade intermédia. Estas ligações revelam não apenas a relevância dos contextos laborais no equilíbrio económico, mas também o impacto que a multiplicidade de funções pode ter na disponibilidade e gestão da vida familiar.

No campo social, o Sr D mantém um vínculo forte com os amigos do café, o que traduz uma rede de suporte informal significativa, funcionando como espaço de convivência e partilha. Existem ainda ligações de menor intensidade com os vizinhos e com a religião, que embora presentes, não constituem fontes centrais de apoio no quotidiano.

Por sua vez, o ecomapa permite uma compreensão ampliada da rede de suporte familiar, sendo um excelente método para auxiliar o EEECESF a acionar os recursos externos da família como cliente.

3.2. Clientes

Cliente

Família

Família

06-05-2025 18:08

06-05-2025 18:08 - Presença de animais domésticos.

06-05-2025 18:08 - Membro da família: Sr D.

06-05-2025 18:08 - Papel do cliente na família: Gestor financeiro.
06-05-2025 18:08 - Membro da família: Sr^aC.
06-05-2025 18:08 - Papel do cliente na família: Gestor financeiro, Organizador do funcionamento da casa, Gestor de atividades familiares.

3.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
06-05-2025 18:08	Organização do funcionamento da casa	
06-05-2025 18:08	Edifício residencial	
06-05-2025 18:08	Rendimento familiar	
06-05-2025 18:08	Precaução e segurança	
06-05-2025 18:08	Abastecimento de água	
06-05-2025 18:08	Animal doméstico	
06-05-2025 18:08	Satisfação conjugal	
06-05-2025 18:08	Processo familiar	

3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A avaliação da dimensão estrutural da família em estudo, com base no MDAIF, revela uma situação estável no que se refere aos recursos materiais e ambientais. A família apresenta um rendimento considerado suficiente, uma vez que o casal possui empregos estáveis e demonstra capacidade de gestão equilibrada entre rendimentos e despesas familiares. A estabilidade financeira é um fator protetor na promoção da saúde familiar, estando associada à diminuição do stresse económico e ao fortalecimento da coesão familiar.

Relativamente ao Edifício residencial, segundo a Escala de Graffar (Graffar, 1956, adaptado por Amaro, 1996), a habitação é classificada como de Grau 3. Trata-se de um apartamento de tipologia T3, com boa ventilação e iluminação natural, sem barreiras arquitetónicas, o que reforça as condições de segurança e acessibilidade para os seus membros. O abastecimento de gás é canalizado, o aquecimento é local e o abastecimento de água é garantido por rede pública, tal como o sistema de recolha e tratamento de resíduos. Estas condições estruturais estão alinhadas com os padrões de habitabilidade definidos pela DGS (2021) como promotores de saúde e bem-estar familiar.

O casal possui um animal de estimação, devidamente vacinado e desparasitado, o que denota cuidados adequados e responsabilidade na sua posse. A presença de animais de companhia pode contribuir positivamente para o bem-estar emocional e social das famílias, desde que não haja negligência nos cuidados (Ferreira & Cunha, 2020).

Deste modo, a análise dos focos relacionados com a dimensão estrutural não evidenciou a necessidade de intervenção, dado que não foram identificadas vulnerabilidades relevantes nesta esfera.

As tarefas inerentes à etapa de desenvolvimento, concretamente à satisfação conjugal foi também alvo de atenção. Questionados relativamente à satisfação, como cada um conseguiu exprimir os seus sentimentos, relativamente ao tempo que passam juntos, à divisão das tarefas domésticas e ao padrão de sexualidade, foi possível avaliar que a Satisfação Conjugal era “Não mantida”.

Foi identificado que o foco Satisfação Conjugal apresenta disfunções na relação dinâmica do casal. A análise revelou que a satisfação com a divisão das tarefas domésticas é disfuncional, uma vez que a esposa assume integralmente a organização e execução das atividades domésticas. O marido, apesar de ter consciência dessa realidade, limita a sua contribuição ao papel de provedor financeiro, não participando ativamente na gestão do lar. (“ No meu tempo o homem trazia o dinheiro para casa, e a mulher tratava da casa e dos filhos”)

Essa desigualdade na divisão de responsabilidades tem impacto significativo na dinâmica do casal, a Sra. C refere: “já estou habituada a ter a minha responsabilidade todas as tarefas domésticas, já nem me queixo, o D foi educado que a casa esta ao encargo da mulher”. A esposa expressa sentimentos de cansaço e sobrecarga, o que interfere diretamente na sua disponibilidade para momentos de lazer e conexão com o marido. Como consequência, quando o marido a convida para sair e passar tempo juntos, ela frequentemente recusa, agravando ainda mais a insatisfação conjugal.

Adicionalmente, a forma como o marido expressa os seus sentimentos também contribui para a disfunção na relação. Ele não manifesta as suas emoções de maneira calma e assertiva, acumulando frustrações até atingir um estado de descontrolo emocional. Esse padrão comunicacional dificulta a resolução de conflitos e a construção de um ambiente relacional saudável. A comunicação emocional é essencial para prevenir conflitos conjugais (Narciso & Vieira, 2023).

Diante desses dados, conclui-se que a relação dinâmica do casal apresenta características disfuncionais, impactando negativamente a satisfação conjugal. A falta de equilíbrio na divisão de tarefas e a dificuldade na expressão emocional evidenciam a necessidade de intervenção para promover uma maior equidade e melhorar a comunicação entre os cônjuges.

Ainda na área de atenção da Satisfação Conjugal, observa-se que a comunicação do casal não é eficaz. O marido não expressa de forma calma os seus sentimentos, evitando conversas serenas sobre os seus receios e dificuldades, (“há coisas que penso não seja necessário falar sobre que elas, ela conhece-me muito bem “). Além disso, o casal não consegue encontrar um ponto de equilíbrio quando há discordância, resultando em conflitos não resolvidos e agravando a

insatisfação conjugal. Dessa forma, o padrão de comunicação estabelecido não é satisfatório, contribuindo para a manutenção da dinâmica disfuncional do relacionamento.

Segundo Figueiredo (2012), o diálogo sobre a divergência de opiniões surge com uma grande magnitude da satisfação conjugal e nesse sentido procurou se que o casal conseguisse perceber o ponto de vista de cada um.

No que diz respeito à interação sexual, segundo MDAIF o casal sente se satisfeito com o padrão da sua sexualidade e existe conhecimento do casal sobre a sexualidade O marido demonstra interesse e envolvimento ao comprar lingerie para a esposa, não se importando em investir financeiramente nesse aspeto da relação. Esses elementos indicam que a interação sexual do casal é adequada e que a função sexual não se encontra comprometida

Enquanto EF, é fundamental reconhecer que os temas abordados são sensíveis para os elementos do casal, pois envolvem emoções, formas individuais de expressão e a vida sexual, um assunto que muitas vezes gera desconforto durante as consultas de enfermagem. Assim, nossa abordagem deve pautar-se pela imparcialidade, evitando julgamentos ou perguntas que possam levar os utentes a sentirem-se pressionados ou receosos em suas respostas, garantindo um ambiente acolhedor e propício ao diálogo.

Seguindo a matriz operativa na avaliação familiar da dimensão funcional foram colocadas varias questões para recolher dados sugerindo como diagnostico: Processo familiar disfuncional.

Relativamente à comunicação familiar, verificou-se que esta é “não eficaz”. Ambos os membros do casal expressaram insatisfação quanto à forma como os sentimentos são manifestados, evidenciando dificuldades na expressão clara, quer a nível verbal, quer não verbal. Segundo McGoldrick, Gerson e Petry (2008), a comunicação é um processo central na regulação do funcionamento familiar e, quando deficiente, contribui para o aumento do conflito e do stress familiar. A Sra. C apresenta preocupação por o marido por vezes mostrar se renitente em fazer a medicação, não valorizando a sua importância para o controlo das varias doenças como a DM2 e a Asma, situação que muitas vezes causam discussão e stress entre o casal.

Observou-se também um coping familiar não eficaz, pois o casal não partilha ou discute os problemas familiares, optando cada um por enfrentar individualmente as suas dificuldades. Este isolamento emocional pode potenciar a fragilidade do sistema familiar (Rolland, 2005).

A crença do Sr. D relativa às características de género, que cria desigualdade intensifica a dificuldade comunicacional, uma vez que pode reforçar padrões de interação rígidos e assimétricos (Neves, Carvalho & Pinto, 2023). (-Enf: consideram que cada um tem um papel bem definido dentro da família e do relacionamento? -Sr D: “Sim, eu pouco ou nada ajuda em casa, a minha função e trazer dinheiro para casa “-Sr C:” o D, chega a casa sempre cansado, por vezes ainda põe a mesa, mas é raro, eu já sei que tenho que tratar das roupas, do jantar, enfim das lidas domesticas, mas sem esquecer que também trabalho fora de casa”).

O MDAIF, desenvolvido por Figueiredo (2012), considera a interação de papéis como um dos seus componentes centrais. Os papéis familiares dizem respeito às funções assumidas pelos membros da família para garantir o seu funcionamento e adaptação às diferentes fases do ciclo vital. Entre estes incluem-se o papel de provedor, associado à obtenção de recursos, o papel de gestão financeira, ligado à administração dos mesmos, o papel de cuidado doméstico, que envolve as tarefas do lar, o papel recreativo, relacionado com atividades de lazer e fortalecimento da coesão, e o papel de parente, que assegura os vínculos com a família alargada. A forma como estes papéis são distribuídos influencia a estrutura, as funções e a interação familiar. Quando existe consenso, os membros estão de acordo na distribuição e desempenho dos papéis, favorecendo a harmonia. Pelo contrário, o conflito emerge quando há discordância quanto a responsabilidades, gerando tensão e dificuldades relacionais. Já a saturação ocorre quando um ou mais membros assumem papéis em excesso, o que conduz a sobrecarga e desequilíbrio familiar. Assim, a análise desta dimensão no MDAIF permite identificar forças e vulnerabilidades, orientando intervenções que promovem uma maior equidade e bem-estar familiar (Figueiredo, 2012).

No que diz respeito à interação dos papéis familiares, constatou-se também uma funcionalidade “não eficaz”. A sobrecarga da Sra. C, que para além do trabalho profissional assume a maior parte das tarefas domésticas e do cuidado familiar, gera nela sentimentos de cansaço e saturação. Por outro lado, o Sr. D manifesta insatisfação devido à perceção de ausência de tempo e atenção da esposa para consigo. Esta discrepância na distribuição de responsabilidades contribui para tensões e dificulta a harmonia conjugal e familiar.

Ainda no que diz respeito ao Processo Familiar, a relação dinâmica define-se como os membros da família interagem e se organizam no quotidiano, refletindo a qualidade dos vínculos e a capacidade de adaptação às exigências internas e externas. Segundo Figueiredo (2012), esta dimensão integra várias categorias no domínio do Processo Familiar: influência e poder, aliança e união, coesão e adaptabilidade da família, funcionalidade da família e perceção dos membros. Uma relação dinâmica equilibrada favorece a cooperação, a comunicação e a coesão, enquanto padrões disfuncionais podem gerar tensão, dificultar a adaptação e comprometer as funções familiares.

A relação entre os membros da família caracteriza-se por uma relação dinâmica não disfuncional, observou-se que as relações internas não apresentam indicadores de disfunção. Não existe um padrão de exercício de poder predominante por qualquer membro, sendo as decisões e interações tomadas de forma partilhada e democrática (Wright & Leahey, 2013). A ausência de alianças exclusivas ou subgrupos revela uma estrutura relacional aberta, fluída e coesa, evitando a fragmentação e promovendo a união familiar. A satisfação expressa pelos membros relativamente ao seu sentido de pertença e suporte mútuo evidencia um ambiente familiar harmonioso e funcional.

Dessa forma, a dinâmica familiar evidencia um equilíbrio funcional, no qual a interação entre os seus membros ocorre de maneira saudável, respeitando a individualidade e garantindo um envolvimento afetivo positivo, contribuindo para a estabilidade e bem-estar coletivo.

Foram feitas alguma questão que suportam esta avaliação:

Enf.: Como são tomadas as decisões importantes na família?

Sr C : As decisões mais serias que dizem respeito a nossa família são tomadas a mesa , a hora de jantar aproveitamos que estamos todos e conversamos.

Enf : Algum membro da família exerce mais influência ou poder sobre os outros?

Sr D : Penso que não , todos temos o nosso papel dentro da família e tentamos contribuir , cada um a sua maneira para tudo corra da melhor maneira.

Enf.: Existem subgrupos dentro da família que tendem a estar mais unidos entre si do que com o restante dos membros?

Sr D: A nossa família é pequena, temos o nosso grupo de amigos, mas o contato que temos com o resto da família é pontual. Com os meus filhos vou falando, mas eles estão mais com a mãe, aceito bem essa situação.

Enf.: Existe satisfação geral com o funcionamento da família e a forma como as relações se desenvolvem?

Sr C : Sim de forma geral estamos satisfeitos.

A avaliação da funcionalidade familiar através das escalas APGAR e FACES II complementa a compreensão da satisfação de cada membro da família quanto à funcionalidade do sistema, e o nível de coesão e adaptabilidade do mesmo, responsável pelo impacto da DC na dinâmica familiar (Smilkstein, 1978; Olson, 1986). Tanto o Sr. D como a Sra. C obtiveram 5 pontos na escala APGAR, indicando uma percepção de funcionamento moderadamente disfuncional, com dificuldades na resposta conjunta às exigências emocionais e práticas dos desafios familiares.

Na escala FACES II, os resultados revelam um padrão familiar do tipo extremo (tipo 2), com coesão desmembrada (Sr. D: 36; Sra. C: 42) e adaptabilidade estruturada (Sr. D: 42; Sra. C: 41). A coesão desmembrada traduz uma baixa ligação afetiva entre os membros da família, marcada por distância emocional, fraca partilha de sentimentos e tendência para a individualização das responsabilidades. Já a adaptabilidade estruturada indica uma organização funcional com papéis relativamente definidos e liderança estável, embora com flexibilidade limitada para se ajustar a novas exigências. Esta combinação sugere que, apesar de a família manter alguma estrutura organizacional, a fragilidade na proximidade afetiva pode comprometer a cooperação e dificultar a adaptação às mudanças provocadas pelas DC (DM, HTA, Asma e SAOS), aumentando a vulnerabilidade no processo de gestão da doença (Olson, 1986; Rolland, 1987).

Neste contexto, o EEECESF deve atuar de forma dirigida, promovendo a coesão, a comunicação e a partilha de responsabilidades, fortalecendo a capacidade da família para lidar com os desafios da doença e para manter o bem-estar dos seus membros (Rolland, 1994; Sousa et al., 2020).

3.4. Conceção de Cuidados

Organização do funcionamento da casa

06-05-2025 18:08

06-05-2025 18:08 - Fazer compras: a família assegura .

06-05-2025 18:08 - Arranjar a casa: a família assegura .

06-05-2025 18:08 - Armazenamento dos alimentos: a família assegura .

06-05-2025 18:08 - Preparação dos alimentos: a família não assegura, mas mostra disponibilidade para o fazer.

06-05-2025 18:08 - Acompanhar membro da família a serviço de saúde: a família não assegura, mas mostra disponibilidade para o fazer.

06-05-2025 18:08 - Promover o processo familiar: organização do funcionamento da casa

06-05-2025 18:08 - Participação dos membros da família nos processos familiares de organização doméstica: a família não participa, mas mostra disponibilidade para o fazer.

04-07-2025 16:30 - Participação dos membros da família nos processos familiares de organização doméstica: a família participa [MELHOROU].

06-05-2025 18:08 - Significado atribuído pela família aos serviços comunitários de apoio à organização doméstica: não dificultador.

04-07-2025 16:30 - Significado atribuído pela família aos serviços comunitários de apoio à organização doméstica: não dificultador [MANTEVE].

06-05-2025 18:08 - Acesso da família a serviços comunitários de apoio à organização doméstica: tem disponibilidade financeira e sabe como aceder ao serviço.

04-07-2025 16:30 - Acesso da família a serviços comunitários de apoio à organização doméstica: tem disponibilidade financeira e sabe como aceder ao serviço [MANTEVE].

06-05-2025 18:08 - Potencial da família para melhorar os processos familiares de organização doméstica

06-05-2025 18:08 - Avaliar evolução dos processos familiares de organização doméstica

06-05-2025 18:08 - Analisar com a família os processos familiares de organização doméstica

06-05-2025 18:08 - Assistir família a organizar processos familiares de organização doméstica

04-07-2025 16:30 - Avaliar evolução do processo familiar: organização do funcionamento da casa

04-07-2025 16:30

04-07-2025 16:30 - Fazer compras: a família assegura [MANTEVE].

04-07-2025 16:30 - Arranjar a casa: a família assegura [MANTEVE].

04-07-2025 16:30 - Armazenamento dos alimentos: a família assegura [MANTEVE].

04-07-2025 16:30 - Preparação dos alimentos: a família não assegura, mas mostra disponibilidade para o fazer [MANTEVE].

04-07-2025 16:30 - Acompanhar membro da família a serviço de saúde: a família não assegura, mas mostra disponibilidade para o fazer [MANTEVE].

Edifício residencial

06-05-2025 18:08

06-05-2025 18:08 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.

06-05-2025 18:08 - Edifício residencial com abastecimento de água.

06-05-2025 18:08 - Edifício residencial seguro para crianças/doentes/idosos.

06-05-2025 18:08 - Edifício residencial sem barreiras arquitetónicas para crianças/doentes/idosos.

06-05-2025 18:08 - Edifício residencial com espaço suficiente para integração de um novo membro.

06-05-2025 18:08 - Edifício residencial com espaço adequado para englobar pessoa doente/idoso .

06-05-2025 18:08 - Edifício residencial da família com condições adequadas para manter animal doméstico em segurança.

04-07-2025 16:30

04-07-2025 16:30 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.

04-07-2025 16:30 - Edifício residencial com abastecimento de água [MANTEVE].

04-07-2025 16:30 - Edifício residencial seguro para crianças/doentes/idosos.

04-07-2025 16:30 - Edifício residencial sem barreiras arquitetónicas para crianças/doentes/idosos.

04-07-2025 16:30 - Edifício residencial com espaço suficiente para integração de um novo membro.

04-07-2025 16:30 - Edifício residencial com espaço adequado para englobar pessoa doente/idoso .

04-07-2025 16:30 - Edifício residencial da família com condições adequadas para manter animal doméstico em segurança [MANTEVE].

Rendimento familiar

06-05-2025 18:08

06-05-2025 18:08 - Família com rendimento familiar assegurado , ambos com empregos estáveis

06-05-2025 18:08 - Promover processo familiar- sobre rendimento familiar [FIM]

04-07-2025 16:30

06-05-2025 18:08 - conhecimento sobre gestão de rendimento familiar

04-07-2025 16:30 - Família demonstra conhecimento sobre gestão do rendimento familiar.

04-07-2025 16:30 - Avaliar evolução dos processos familiares sobre o rendimento familiar. [FIM] 04-07-2025 16:30

04-07-2025 16:30

04-07-2025 16:30 - Família com rendimento familiar assegurado, ambos com empregos estáveis.

Precaução e segurança

06-05-2025 18:08

06-05-2025 18:08 - Edifício residencial sem barreiras arquitetónicas, aquecimento local, com abastecimento de gás canalizado, com boa higiene de habitação

04-07-2025 16:30

04-07-2025 16:30 - Edifício residencial sem barreiras arquitetónicas, aquecimento local, com abastecimento de gás canalizado, com boa higiene de habitação.

Abastecimento de água

06-05-2025 18:08

06-05-2025 18:08 - Abastecimento de água por rede pública bem como o uso de tratamentos de resíduos

04-07-2025 16:30

04-07-2025 16:30 - Abastecimento de água por rede pública, bem como o uso de tratamentos de resíduos.

Animal doméstico

06-05-2025 18:08

06-05-2025 18:08 - Família com animal doméstico desparasitado e vacinado

04-07-2025 16:30

04-07-2025 16:30 - Família com animal doméstico desparasitado e vacinado.

Satisfação conjugal

06-05-2025 18:08

06-05-2025 18:08 - O casal não está satisfeito com a partilha das tarefas domésticas. Segundo esposa " eu que tenho de organizar todas as tarefas domésticas, até mesmo as compras ao supermercado e farmácia "-O marido refere " Chego muito cansado do trabalho, mas às vezes vou com as cadelas à rua"

06-05-2025 18:08 - O casal não está satisfeito com o tempo que passam juntos. Segundo o marido " sobra muito pouco tempo, eu às vezes convido-a para irmos ao café, mas ela prefere ficar no sofá"- a esposa" estou cansada, sinto-me bem no meu canto "

06-05-2025 18:08 - O casal não está satisfeito com a expressão dos sentimentos. A esposa " o meu marido fecha-se em copas e quando eu quero que ele diga alguma coisa acerca de algo que não está bem, pouco responde, é preciso insistir "

06-05-2025 18:08 - O casal não conversa sobre as suas expectativas e receios. Segundo o marido " O homem não é lamechas, ela conhece-me bem nem vale a pena falar " - a esposa refere que "ainda vou falando "

06-05-2025 18:08 - O casal está satisfeito com o padrão de interação sexual, a esposa " nesse campo estamos bem, falamos de tudo"- " o marido "entendemo-nos bem a esse nível, não temos inibições"

06-05-2025 18:08 - o casal não descreve nenhuma disfunção sexual

06-05-2025 18:08 - Promover a relação dinâmica do casal

06-05-2025 18:08 - Satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional (manifestado pela insatisfação do casal com a partilha das tarefas domésticas; insatisfação do casal com o tempo que passam juntos; insatisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos).

06-05-2025 18:08 - Motivar para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas

06-05-2025 18:08 - Aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas

06-05-2025 18:08 - Promover a comunicação expressiva das emoções

06-05-2025 18:08 - Promover a comunicação do casal

06-05-2025 18:08 - Planear rituais familiares

06-05-2025 18:08 - Motivar para atividades em conjunto

04-07-2025 16:30 - Satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional (manifestado pela insatisfação do casal com a partilha das tarefas domésticas).

04-07-2025 16:30 - Motivar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas.

04-07-2025 16:30 - Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas.

06-05-2025 18:08 - Promover a comunicação no casal

06-05-2025 18:08 - Satisfação conjugal não mantida por comunicação não eficaz, (manifestada pela incapacidade chegarem a acordo quando há discordância de opinião; insatisfação com o padrão de comunicação).

06-05-2025 18:08 - Elogiar o padrão de comunicação do casal

06-05-2025 18:08 - Promover a comunicação expressiva das emoções

04-07-2025 16:30 - Satisfação conjugal não mantida mas a comunicação melhorou , (manifestada pela capacidade chegarem a acordo quando há discordância de opinião; satisfação com o padrão de comunicação).

04-07-2025 16:30

04-07-2025 16:30 - -O casal mantém a insatisfeito com a partilha das tarefas domésticas.

04-07-2025 16:30 - -O casal está satisfeito com o tempo que passam juntos.

04-07-2025 16:30 - - O casal está satisfeito com a expressão dos sentimentos .

04-07-2025 16:30 - O casal conversa sobre as suas expectativas e receios.

04-07-2025 16:30 - O casal esta satisfeito com o padrão de interação sexual.

04-07-2025 16:30 - -O casal não descreve nenhuma disfunção sexual.

Processo familiar

06-05-2025 18:08

06-05-2025 18:08 - Os membros da família não estão satisfeito relativamente ao modo como expressam os sentimentos -comunicação emocional não eficaz.

06-05-2025 18:08 - Todos na família não se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros- comunicação verbal e não verbal não eficaz.

06-05-2025 18:08 - Os membros da família não estão satisfeitos da forma como se comunica em família- comunicação circular não eficaz.

06-05-2025 18:08 - Os membros da família sentem -se insatisfeitos com a forma como se discutem os problemas-coping familiar não eficaz.

06-05-2025 18:08 - Papel de cuidado domestico , não existe consenso do papel , com conflito e saturação por parte da esposa a Srª C," tenho tudo ao meu encargo, desde as compras para a casa e todas as lidas domesticas", -o Sr D " passo muitas horas fora de casa , quando chego já é tarde e não tenho energias para fazer o quer que seja."

06-05-2025 18:08 - Promover a comunicação familiar

06-05-2025 18:08 - Processo familiar disfuncional por comunicação não eficaz (manifestada pela insatisfação dos membros sob a forma como expressam os seus sentimentos e insatisfação com a forma como discutem os problemas)

06-05-2025 18:08 - Promover a comunicação expressiva das emoções

06-05-2025 18:08 - Otimizar a comunicação na família

06-05-2025 18:08 - Planear rituais na família

06-05-2025 18:08 - Otimizar o padrão de assertividade

04-07-2025 16:30 - Processo familiar funcional por comunicação eficaz (manifestada pela satisfação dos membros sob a forma como expressam os seus sentimentos e satisfação com a forma como discutem os problemas).

06-05-2025 18:08 - Promover coping familiar

06-05-2025 18:08 - Processo familiar disfuncional por coping familiar não eficaz

06-05-2025 18:08 - Promover estratégias adaptativas /coping na família

06-05-2025 18:08 - Negociar estratégias adaptativas /coping na família

04-07-2025 16:30 - Processo familiar funcional por coping familiar eficaz

06-05-2025 18:08 - Promover interação de papéis familiares

06-05-2025 18:08 - Processo familiar disfuncional por interação de papéis familiares não eficaz (manifestado por conflitos e saturação do papel cuidado domestico)

06-05-2025 18:08 - Colaborar na identificação de papéis familiares

06-05-2025 18:08 - Negociar a redefinição de papéis pelo membros da família

04-07-2025 16:30 - Processo familiar funcional por interação de papéis familiares eficaz (manifestado por ausência de conflitos e saturação do papel cuidado domestico).

04-07-2025 16:30

04-07-2025 16:30 - Os membros da família estão satisfeito relativamente ao modo como expressam os sentimentos -comunicação emocional eficaz.

04-07-2025 16:30 - Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros- comunicação verbal e não verbal eficaz.

04-07-2025 16:30 - - Os membros da família estão satisfeitos da forma como se comunica em família- comunicação circular eficaz.

04-07-2025 16:30 - Os membros da família sentem -se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas-coping familiar eficaz.

04-07-2025 16:30 - Papel de cuidado domestico , existe consenso do papel , sem conflito e saturação por parte da esposa, uma vez que esta se sente apoiada e valorizada pelos restantes membros da família.

3.5. Especificação das intervenções

Motivar para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas

- Proporcionar espaço para diálogo sincero sobre a sobrecarga da mãe
- Questionar as preferências de cada um para as tarefas domésticas
- Realizar um lista de tarefas que cada um se disponibiliza a ser responsável

Promover estratégias adaptativas /coping na família

- Realizar uma entrevista semi estruturada para identificar quais dificuldades que cada membro sente (sobrecarga , falta de tempo)
- Em conversa com a família identificar as forças e recursos como por exemplo apoio mutuo, sentido de responsabilidade.
- Questionar o que cada membro faz para se sentir melhor em momentos mais difíceis (ouvir musica, descansar , ver um filme) sugerir que sejam mais frequentes
- Incentivar a família a reservar momentos individuais e em conjunto para relaxar, pode ser um passeio , uma caminhada , o que lhes der mais prazer para fazer em conjunto

Assistir família a organizar processos familiares de organização doméstica

- Ajudar a família a redistribuir as tarefas considerando disponibilidade, preferências e capacidades
- Incentivar a participação de todos, inclusive da filha adulta e do marido que passa pouco tempo em casa.

Analisar com a família os processos familiares de organização doméstica

- Iniciar a entrevista com perguntas abertas: "Como descrevem a organização atual da casa?"; Sentem que as tarefas estão divididas de forma justa?"
- Valorizar o que está a correr bem para reforçar a motivação.
- Identificar as situações que causam conflitos ou insatisfação.

Avaliar evolução dos processos familiares de organização doméstica

- Questionar como esta a correr organização doméstica, com perguntas orientadas : " O que esta a funcionar bem ?";" Quais são as dificuldades ainda presentes?" " Como se sentem com a divisão atual das tarefas ?"
- Valorizar os esforços e conquistas da família, reforçando a motivação para manter a organização (Gottlieb,2016)

promover uma comunicação expressiva dos sentimentos

- Ajudar os membros da família a identificar, verbalizar e escutar emoções, de forma construtiva, respeitosa e empática — essencial para melhorar os relacionamentos e reduzir conflitos silenciosos, com perguntas abertas, escuta ativa e validação
- Incentivar a que cada membro revele a uma emoção que sentiu recentemente e o porquê. Criar espaço para a expressão de sentimentos sem julgamentos

Aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas

- Proporcionar um diálogo entre os familiares de forma empática ,para que expressem as suas emoções
- Utilizar perguntas do tipo " como tem sido para si lidar com isto tudo Srª C ? "-Questões circulares (Whright & Leahey, 2023)
- "Que tarefas poderíamos distribuir para aliviar a tua rotina?"
- Reforçar de forma positiva a colaboração e não penalizar a falta dela (Gottlieb,2016)

Promover a comunicação expressiva das emoções

- Criar um momento onde cada elemento da família diz o que sentiu : "o que a deixou mais cansada esta semana "; " em que momento se sentiu feliz e mais acompanhada";
- Ensinar e incentivar o uso de frases como: "Senti-me sobrecarregada quando...";"Senti-me sobrecarregada quando...";"Fico feliz quando tu..."-Comunicação assertiva (Olga Castanyer, 2017))

Promover a comunicação do casal

- Incentivar que tenham um momento breve de conversa diária ou semanal, sem falar de problemas práticos.: "O que mais gostaste do teu dia?";"O que te deixou mais cansado?"
- Reforça a valorização e conexão emocional, sugerir ao marido que envie mensagens simples e positivas a esposa

Planear rituais familiares

- Negociar que o casal se comprometa a implementar uma atividade que lhes desse oportunidade de estar juntos e com agrado, fazer passeios ao fim de semana, e jantar fora 1 x por mes
- Propor o envio de mensagens do marido a esposa de apoio e carinho
- Negociar almoços em família sem telemóvel a mesa

Motivar para atividades em conjunto

- Propor momentos simples em família : Fazer uma sobremesa juntos, ver um filme . O importante é estarem juntos não precisa de ser perfeito

Negociar estratégias adaptativas /coping na família

- Estimular a participação de todos os membros da família na forma de lidar com as dificuldades , respeitando os limites de cada um
- Incentivar a expressão das dificuldades e das necessidades de forma clara
- Reforçar a importância de cada um e o seu papel dentro da família. todas as ideias são importantes
- Incentivar o reconhecimento e valorização do esforço de cada um.

Otimizar a comunicação na família

- promover uma comunicação entre os membros da família onde se expressem, escutem e compreendem-se uns aos outros
- propor regras simples de comunicação: Falar um de cada vez, não interromper o outro ;expressar se como " eu sinto ..." em vez de acusações

Otimizar o padrão de assertividade

- Explicar que é possível dizer “não” ou pedir ajuda de forma educada e direta, sem magoar ninguém, por exemplo “Eu preciso de ajuda para as tarefas domésticas porque estou sobrecarregada.”
- Pedir que cada membro da família treine uma frase assertiva com o outro. (Olga Castanyer,2017)

Colaborar na identificação de papéis familiares

- Promover a expressão do que cada um gosta mais de fazer
- Numa entrevista semi estruturada , identificar quem faz o quê no seio familiar ? ;como se sentem nesse papel ?; e o que mudariam ?

Negociar a redefinição de papéis pelo membros da família

- Estimular a escuta ativa, onde cada um fala e os outros escutam sem interrupções.
- Incentivar que cada membro partilha o que sente ser difícil ou cansativo no seu papel.
- Incentivar que cada um diga o que gostaria de continuar a fazer , deixar de fazer, ou experimentar.
- Propor um consenso realista, que respeite as limitações e preferências de todos
- Incentivar elogios e agradecimentos pelos novos papéis assumidos, fortalecendo o compromisso.

3.6. Síntese relativa ao caso

A família A, apresenta uma configuração reconstruída, encontrando-se atualmente na etapa de transição para a emancipação dos filhos. Esta reorganização tem sido vivida com relativa tranquilidade, demonstrando capacidade adaptativa, apesar dos desafios impostos pelas DC de ambos os membros do casal.

A nível funcional, evidenciam-se dificuldades na satisfação conjugal, com destaque para uma divisão desigual das tarefas domésticas, assumidas quase exclusivamente pela Sra. C. Esta sobrecarga tem gerado cansaço e alguma indisponibilidade emocional, afetando a qualidade da relação e limitando os momentos de lazer e conexão a dois. O Sr. D, embora consciente da situação, mantém uma visão tradicional do seu papel como “provedor”, o que contribui para o desequilíbrio. Ainda assim, observa-se uma complementaridade prática entre ambos: por exemplo, é a Sra. C quem assegura a aquisição da medicação do marido, demonstrando cuidado e compromisso, face à limitação de horários deste.

A comunicação no casal revela-se pouco eficaz, com dificuldades na expressão emocional clara e assertiva, contribuindo para conflitos mal resolvidos e insatisfação relacional. No entanto, ambos demonstram afeto e preocupação um com o outro, o que constitui um ponto de partida essencial para a intervenção. No seio da família, os axiomas da comunicação ajudam a interpretar os padrões comunicacionais, muitas vezes inconscientes, que se estabelecem entre

os seus membros, especialmente em situações de stress ou doença. Através de uma escuta ativa, empatia e estratégias de clarificação, o enfermeiro pode promover interações funcionais, reduzir mal-entendidos e facilitar o ajustamento emocional e comportamental da família ao processo de DC (Oliveira et al., 2021; Bavelas, 2021).

Enquanto EEECESF, priorizei a minha intervenção na promoção da comunicação conjugal, incentivando o casal a construir espaços de escuta mútua e partilha emocional. Uma das técnicas de intervenção utilizadas foi a prescrição de rituais terapêuticos, recurso frequentemente associado à Escola de Milão, no âmbito da terapia sistémica familiar (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980).

O ritual terapêutico é uma técnica interacional que consiste em atribuir à família ou ao casal uma tarefa simbólica, estruturada e repetida em determinados momentos, com o objetivo de introduzir novas formas de interação, promover mudanças relacionais e reforçar vínculos afetivos (Figueiredo, 2012). Trata-se de um recurso que atua não apenas no plano comportamental, mas também no plano simbólico, pois ao introduzir um novo padrão de interação, cria-se um espaço para a reorganização das relações e para a construção de significados partilhados (Caillé & Rey, 2005).

No caso em análise, reforçou-se a importância de reservar momentos a dois, ainda que simples, como partilhar uma refeição sem distrações ou realizar pequenas saídas conjuntas. A prescrição de tais rituais foi apresentada como um recurso terapêutico, adaptado à realidade da família, com o intuito de reconstruir a conexão afetiva e relacional. Evidência científica sugere que rituais familiares contribuem para o aumento da coesão, previsibilidade e sentido de pertença, funcionando como fator protetor perante situações de stress e DC (Fiese et al., 2002; Imber-Black, 1992).

Além disso, a repetição regular do ritual favorece a criação de uma narrativa conjunta, que fortalece a identidade do casal e da família. Assim, o ritual deixa de ser apenas uma tarefa prescrita, passando a integrar-se no quotidiano como um momento de significação, que permite diminuir a sobrecarga emocional, reforçar a comunicação positiva e promover a resiliência familiar.

Neste enquadramento, a utilização do ritual terapêutico insere-se na prática do EF como um instrumento de intervenção sistémica que facilita a reorganização dos papéis conjugais e familiares, promove a expressão emocional e favorece a adaptação a contextos de DC.

Paralelamente foi trabalhada a valorização dos papéis complementares que o casal já desempenha, reconhecendo o esforço individual de cada um e fomentando o respeito mútuo pelas suas limitações e rotinas. O foco da intervenção não foi apenas corrigir a divisão desigual de tarefas, mas sim potenciar o diálogo, a empatia e o fortalecimento dos vínculos, fundamentais para enfrentar em conjunto os desafios da DC. Considero que a família tinha pontos fortes muito significativos, tais como a preocupação entre todos, benevolência e vontade de ser melhor. Recorri de forma frequente a estes pontos fortes da família, elogiando, mostrando empatia, sempre que necessário, para enfatizar o meu reconhecimento sobre eles junto da família. Por outro lado, de forma colaborativa, encontramos simples estratégias que

poderiam trazer mudanças nos comportamentos e uma dinâmica familiar.

Atendendo às características da matriz operativa do modelo selecionado, não foi possível intervir de forma resolutiva em todos os diagnósticos comprometidos. A satisfação conjugal permaneceu condicionada, sobretudo pela perceção de desigualdade na partilha e divisão das tarefas domésticas. Contudo, registaram-se avanços relevantes neste domínio, destacando-se a promoção da expressão de sentimentos entre os cônjuges e a melhoria da perceção relativa ao tempo de qualidade despendido em conjunto.

Com as intervenções realizadas, foram observados ganhos em saúde relevantes, nomeadamente a melhoria da consciência relacional e emocional do casal, maior disponibilidade para o diálogo, e o reconhecimento mútuo das funções desempenhadas por cada um. Estes ganhos traduzem-se numa redução do stress familiar, maior coesão e uma gestão mais partilhada da doença crónica, promovendo a autonomia, a literacia em saúde e o bem-estar global da família. A continuidade do acompanhamento permite consolidar estas melhorias e prevenir situações de exaustão, assegurando a sustentabilidade da dinâmica familiar.

4. SR D

Homem de 54 anos, motorista de profissão, com múltiplas Dcs. É diabético desde 2021 e hipertenso desde 2022. Diagnosticado com SAOS em 2021, utiliza ventilador durante o sono, o que contribui para um sono reparador e melhor qualidade de vida. Padece de Asma desde tenra idade, atualmente controlada. Apresenta comportamento de risco associado ao tabagismo, tendo feito várias tentativas de cessação tabágica com recurso a terapêutica, sem sucesso. Em 2020, sofreu um choque anafilático grave após ingestão de penicilina, episódio que, segundo relato, potenciou o aparecimento das restantes patologias crónicas. .

4.1. Enquadramento teórico

O Sr. D apresenta um quadro de multimorbilidade crónica, com diagnóstico de SAOS, DM2, HTA e Asma. Estas condições, inter-relacionadas e de gestão complexa, exigem uma abordagem centrada na pessoa, multidimensional e sustentada por práticas de ESF.

A SAOS é uma perturbação caracterizada por episódios recorrentes de obstrução das vias aéreas superiores durante o sono, resultando em hipoxemia intermitente e fragmentação do sono (Kapur et al., 2017). Este distúrbio está fortemente associado a fatores de risco como obesidade abdominal, e hábitos tabágicos, presentes no caso do Sr. D, cujo índice de massa corporal (IMC) (27,6 kg/m²) e perímetro abdominal (109 cm) indicam excesso de adiposidade abdominal — um preditor relevante para SAOS (BaHammam et al., 2022).

Relativamente à DM, o Sr. D apresenta uma hemoglobina glicada de 6,7%, valor que reflete um controlo glicémico razoável, conforme os critérios da American Diabetes Association (ADA, 2024), que recomendam valores <7% na maioria dos adultos. A terapêutica instituída — metformina e dulaglutido, um agonista do GLP-1 — segue as orientações internacionais para o controlo da glicemia e redução do risco cardiovascular (Davies et al., 2022).

No que concerne à HTA, os valores registados de 136/86 mmHg colocam o utente num limite superior de controlo tensional, conforme a classificação da ESC/ESH (2023). A terapêutica com perindopril, um Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), oferece benefícios não apenas no controlo da pressão arterial, mas também na proteção renal e cardiovascular, particularmente relevante em utentes com DM.

A Asma, enquanto doença inflamatória crónica, exige uma gestão contínua e integrada,

sobretudo quando associada a outras patologias no contexto da multimorbilidade. A literatura evidencia que o envolvimento da família é determinante para a adesão ao tratamento, controlo dos sintomas e prevenção de exacerbações, sendo o suporte familiar um fator protetor essencial (European Respiratory Society, 2023).

Caracterizada por hiperresponsividade brônquica, episódios recorrentes de pieira, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente durante a noite ou madrugada. Diferente da DPOC, a obstrução do fluxo aéreo na Asma é geralmente reversível, espontaneamente ou com medicação (Global Initiative for Asthma(GINA, 2024)). Esta pode surgir em qualquer idade, embora seja mais comum na infância e adolescência, e está frequentemente associada a fatores alérgicos, ambientais e genéticos. A convivência com a Asma requer o reconhecimento precoce dos sintomas, a adoção de medidas de controlo ambiental e uma adesão consistente ao plano terapêutico.

Em Portugal, estima-se que a prevalência da Asma ronde os 6,8% da população, sendo uma das principais causas de absentismo escolar e laboral, além de impactar negativamente a qualidade de vida quando mal controlada (Infarmed, 2022). Apesar de existirem tratamentos eficazes, o seu controlo permanece subótimo em muitas pessoas, muitas vezes por falta de adesão ao regime terapêutico ou por desconhecimento das medidas de autocuidado.

Um grupo de risco significativo é constituído por indivíduos expostos a fatores ambientais nocivos, tais como poluentes atmosféricos, gases industriais, poeira, fumo de tabaco e agentes químicos no local de trabalho. A exposição contínua a esses agentes pode agravar a inflamação das vias aéreas e precipitar crises asmáticas (EPA, 2020; Boulet et al., 2015).

A obesidade também tem sido associada a maior incidência e severidade da Asma, com mecanismos que envolvem inflamação sistémica e alterações mecânicas respiratórias (Beuther & Sutherland, 2007).

Embora a Asma seja mais frequentemente diagnosticada em crianças e adultos jovens, a doença em idosos merece atenção, dado que esta população pode apresentar um quadro clínico mais grave e maior risco de complicações devido a alterações fisiológicas e comorbidades associadas (Boulet et al., 2019).

Dessa forma, a identificação e o acompanhamento dos grupos de risco são essenciais para a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas que promovam o controlo eficaz da Asma.

O Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT) é um instrumento validado e desenvolvido em Portugal, que visa avaliar de forma integrada o controlo da Asma e da Rinite Alérgica em adultos, reconhecendo a elevada prevalência da sua coexistência (Fonseca et al., 2010).Constituído por 10 itens, o questionário permite identificar sintomas respiratórios nasais e brônquicos, impacto funcional na vida diária e necessidade de recurso a medicação de alívio,

tendo como referência temporal as últimas 4 semanas. A pontuação total varia entre 0 (ausência de controlo) e 30 (controlo total), sendo geralmente considerado como indicativo de doença não controlada um valor igual ou inferior a 24 (Fonseca et al., 2010). Uma pontuação parcial indicativa de bom controlo corresponde a um total superior a 8 nas questões 1 a 4 e a 16 ou mais nas questões 5 a 10.

A aplicabilidade do CARAT em contexto clínico, nomeadamente nas consultas de enfermagem de acompanhamento da pessoa com DRC revela-se uma mais-valia na avaliação sistemática do controlo sintomático. A sua utilização permite ao enfermeiro monitorizar de forma objetiva a evolução da condição respiratória, apoiar a tomada de decisão clínica, reforçar a literacia em saúde e adequar intervenções no âmbito da gestão da doença, nomeadamente ao nível do autocuidado, adesão terapêutica e controlo ambiental.

O Sr.D apresenta a sua Asma sob controlo, conforme avaliado pelo questionário CARAT, com pontuações que indicam estabilidade tanto das vias aéreas superiores quanto inferiores.

No entanto, o Sr. D mantém hábitos tabágicos, um fator de risco modificável que influencia negativamente todas as suas patologias — desde a resistência à insulina na DM, passando pelo agravamento da função respiratória na Asma e SAOS, até ao aumento da rigidez arterial na HTA (WHO, 2021). Assim, a cessação tabágica constitui uma prioridade de intervenção, devendo ser abordada através de estratégias motivacionais e adaptadas ao estágio de prontidão do utente (Prochaska & DiClemente, 1983).

A educação para a saúde assume um papel essencial, permitindo ao Sr. D compreender a importância da monitorização da tensão arterial, glicemia capilar, sinais de alarme e correta administração da terapêutica — como a técnica inalatória ou o uso de fármacos injetáveis. Esta intervenção deve ser articulada com os objetivos da Estratégia Nacional para a Gestão da Doença Crónica (DGS, 2020), promovendo também estilos de vida saudáveis, nomeadamente alimentação equilibrada, prática de atividade física adaptada e vigilância do peso e perímetro abdominal.

No contexto do caso do Sr. D, portador de multimorbilidade crónica que inclui SAOS, DM2, HTA e Asma, a Teoria das Transições de Afaf Meleis revela-se uma abordagem adequada para compreender e apoiar o processo de adaptação do utente a estas condições complexas. Esta teoria define a transição como um processo dinâmico e multidimensional que ocorre ao longo do tempo, no qual o indivíduo passa por mudanças significativas na sua saúde, identidade e papéis sociais (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). No caso do Sr. D, as transições são de saúde/doença, exigindo adaptações contínuas para a gestão integrada das patologias presentes e a modificação de comportamentos de risco, como o tabagismo.

A presença de múltiplas condições crónicas implica uma complexidade acrescida no processo de autocuidado e na adesão terapêutica, situações que podem representar desafios emocionais e

funcionais para o utente (Cheng et al., 2018). A manutenção do hábito tabágico pelo Sr. D constitui um fator de risco modificável que compromete a estabilidade clínica, influenciando negativamente as suas DC, nomeadamente a Asma, a SAOS, a HTA e a DM (WHO, 2021). Segundo, Meleis et al. (2000), as transições são facilitadas por condições que incluem o suporte social, o conhecimento sobre a doença e a capacidade de confrontação; já a presença de barreiras, como hábitos nocivos, pode resultar em transições disfuncionais, manifestadas por um controlo insuficiente das doenças e pior qualidade de vida.

Neste cenário, o papel do EF é essencial enquanto facilitador da transição, promovendo a educação para a saúde, o apoio motivacional e a monitorização sistemática da evolução clínica do utente. A utilização do questionário CARAT, exemplifica a aplicação prática desta abordagem, permitindo a identificação precoce de alterações e a adaptação das intervenções de enfermagem. Além disso, a aplicação do Modelo Transteórico de Mudança Comportamental (Prochaska & DiClemente, 1983) orienta a implementação de estratégias motivacionais individualizadas para a cessação tabágica, respeitando o estágio de prontidão do Sr. D.

Em suma, a Teoria das Transições oferece um enquadramento teórico sólido para compreender os desafios e necessidades do Sr. D no seu percurso de gestão da multimorbilidade. O EF, contribui para uma transição mais eficaz e saudável, potenciando o autocuidado, a adesão terapêutica e a melhoria da qualidade de vida do utente.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 54 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-07-05 12:05:00	Perindopril, 5 mg	
2025-07-05 12:05:00	Dulaglutido, [Trulicity], 1.5 mg/0.5 ml	
2025-07-05 12:05:00	Atorvastatina+ eztimiba 20mg+ 10mg	
2025-07-05 12:05:00	Budesonida + Formoterol, 160 µg/dose + 4.5 µg/dose	

Início	Medicação	Fim
2025-07-05 12:05:00	Metformina, 1000 mg	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O Sr.D encontra-se medicado com Perindopril, Dulaglutido, Atorvastatina + Ezetimiba, Budesonida + Formoterol e Metformina, no âmbito do tratamento das suas patologias crónicas, nomeadamente HTA, DM, Dislipidemia e Asma. A atuação do EF no seguimento farmacoterapêutico visa assegurar a adesão ao regime terapêutico, promover a segurança da medicação e capacitar o utente para o autocuidado.

Relativamente ao Perindopril, IECA utilizado no controlo da tensão arterial, é essencial monitorizar regularmente a pressão arterial, função renal e eletrólitos séricos, particularmente o potássio (ESC/ESH, 2023; INFARMED, 2024). A educação deve centrar-se na toma diária à mesma hora, preferencialmente de manhã, e na identificação de possíveis efeitos adversos como tosse seca persistente ou hipotensão ortostática.

No que diz respeito ao Dulaglutido, um agonista do GLP-1 administrado semanalmente por via subcutânea, o enfermeiro deve verificar a correta técnica de administração, assegurando a rotação dos locais de injeção, e esclarecer o utente sobre a importância de cumprir o esquema semanal. A vigilância deve incidir sobre efeitos adversos gastrointestinais, mais frequentes nas primeiras administrações, e sinais de hipoglicemia, especialmente em associação com outros antidiabéticos (ADA, 2024; INFARMED, 2024).

A terapêutica com Atorvastatina + Ezetimiba, utilizada para o controlo da dislipidemia, requer a monitorização da função hepática e a avaliação de queixas musculares (como mialgias ou fraqueza), que podem indicar efeitos adversos (INFARMED, 2024). O enfermeiro deve reforçar a toma preferencial à noite e explicar que os benefícios terapêuticos dependem de um uso contínuo e de vigilância laboratorial periódica.

No caso da Budesonida + Formoterol, uma associação de corticosteroide inalado com beta2-agonista de longa duração, é prioritário assegurar a correta utilização do inalador. O enfermeiro deve reforçar a necessidade de bochechar a boca após cada utilização, para prevenir candidíase oral, e salientar que se trata de uma terapêutica de manutenção, devendo ser utilizada diariamente, mesmo na ausência de sintomas (GINA, 2024; INFARMED, 2024). A monitorização dos sintomas respiratórios poderá ser complementada com a aplicação regular do questionário CARAT.

A Metformina, administrada duas vezes por dia, deve ser tomada com alimentos a fim de minimizar efeitos gastrointestinais. O enfermeiro deve acompanhar a função renal e os níveis de

hemoglobina glicada, reforçando a importância do cumprimento do esquema terapêutico e a integração da medicação com hábitos de vida saudáveis (ADA, 2024; INFARMED, 2024).

Para além do acompanhamento individual de cada medicação, o EF tem um papel central na promoção da literacia em saúde, na identificação de possíveis interações medicamentosas e na implementação de estratégias que facilitem a adesão terapêutica, como lembretes, organizadores semanais ou envolvimento da família (Mendes, 2015). A cessação tabágica deve ser alvo de intervenção prioritária, uma vez que o tabaco compromete o controlo de todas as patologias em questão (DGS, 2020; ADA, 2024).

Neste contexto, a atuação do enfermeiro contribui para a segurança da terapêutica, a prevenção de complicações e a promoção da autonomia do utente na gestão da sua medicação.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

05-07-2025 12:05

05-07-2025 12:05 - Ventilação não invasiva

05-07-2025 12:05 - Modo ventilatório: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP).

05-07-2025 12:05 - Promover autogestão: ventilação não invasiva

05-07-2025 12:05 - Conhecimento sobre ventilação não invasiva: facilitador.

05-07-2025 12:05 - *Avaliar evolução da autogestão da ventilação não invasiva*

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

No contexto da gestão da SAOS, a Ventilação Não Invasiva (VNI), com ênfase no modo de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), constitui a principal intervenção terapêutica de primeira linha. O diagnóstico de SAOS é geralmente estabelecido por polissonografia, (feito através do recurso ao uso de sensores que registam, por exemplo, atividade elétrica cerebral, movimentos dos olhos, atividade muscular e cardíaca, fluxos de respiração incluindo o ressonar e posições corporais. permitindo a identificação da gravidade dos eventos de apneia e hipopneia, o que orienta a decisão clínica relativamente ao início da VNI (Saaresranta et al., 2022).

A adesão ao tratamento com CPAP é decisiva para a eficácia clínica, sendo influenciada por múltiplos fatores, nomeadamente o conforto do dispositivo, a perceção de benefício, o suporte educacional e familiar, e o acompanhamento contínuo pela equipa de saúde (Weaver & Grunstein, 2008, Guedes et al.,2024). A atuação do EF é fundamental neste processo, promovendo a capacitação do utente para a autogestão da VNI, através da educação terapêutica, monitorização da adesão e reforço motivacional.

A promoção da autogestão exige a avaliação contínua das competências do utente, incluindo o conhecimento sobre o equipamento, a correta utilização do CPAP, e a identificação precoce de dificuldades ou efeitos adversos, como secreção nasal ou desconforto facial. O enfermeiro deve adotar uma abordagem centrada na pessoa e na família, reconhecendo os fatores facilitadores (ex: conhecimento prévio, motivação, suporte familiar) e barreiras (ex: desconforto, baixa literacia em saúde) à adesão terapêutica (Kuna et al., 2019).

Assim, os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica devem ser acompanhados de uma abordagem integrada e colaborativa, na qual o EF assume um papel ativo na promoção da autogestão, monitorização clínica e suporte psicossocial, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e do controlo da DC.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
27-03-2025 09:00	Sistema respiratório	
27-03-2025 09:00	Sistema cardiovascular	
27-03-2025 09:00	Metabolismo	
27-03-2025 09:00	Conservação de energia	
27-03-2025 09:00	Autogestão do regime medicamentoso	
27-03-2025 09:00	Padrão alimentar	
27-03-2025 09:00	Padrão de exercício	
27-03-2025 09:00	Comportamento aditivo	
27-03-2025 09:00	Atitudes terapêuticas	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A abordagem ao Sr. D, pessoa com multimorbilidade crónica (SAOS, DM, HTA e Asma), exige uma intervenção planeada e sustentada em domínios clínicos e funcionais que permitam uma resposta integrada e personalizada. A seleção dos domínios de intervenção do EEECESF baseia

se nas orientações da Estratégia Nacional para a Gestão da Doença Crónica (DGS, 2020), com foco na promoção da autonomia, autocuidado e qualidade de vida.

Sistema respiratório

Este domínio é prioritário dado o diagnóstico de SAOS e Asma, patologias que exigem vigilância contínua e uma intervenção proativa na monitorização de sintomas, uso correto da terapêutica inalatória e ventilatória (CPAP). A aplicação sistemática do questionário CARAT permite ao enfermeiro avaliar o controlo da Asma de forma objetiva e ajustar intervenções. A capacitação do utente para a correta gestão dos dispositivos respiratórios e para a identificação precoce de sinais de descompensação constitui uma componente essencial da prática de enfermagem (Fonseca et al., 2010; GINA, 2024).

Sistema cardiovascular

A presença de HTA e o risco cardiovascular acrescido, comum em pessoas com DM e SAOS, justificam a vigilância do estado hemodinâmico e a promoção da adesão à terapêutica instituída (perindopril). O acompanhamento regular da pressão arterial, bem como a educação sobre sinais de alarme e controlo de fatores modificáveis (como o tabagismo), integram-se neste domínio, com impacto direto na prevenção de complicações cardiovasculares (ESC/ESH, 2023; WHO, 2021).

Metabolismo

Este domínio relaciona-se com a DM, patologia de base metabólica que exige avaliação sistemática da glicemia, vigilância do controlo metabólico (ex. hemoglobina glicada) e suporte na administração correta dos antidiabéticos (metformina, dulaglutido). A atuação do enfermeiro neste domínio visa promover o autocontrolo, a literacia em saúde e a prevenção de complicações agudas e crónicas (ADA, 2024).

Conservação de energia

A fadiga associada à SAOS, à fragmentação do sono e às patologias crónicas pode comprometer a funcionalidade e o desempenho nas atividades da vida diária. A conservação de energia inclui o apoio ao utente na gestão do esforço físico, organização da rotina diária e adaptação de estratégias para lidar com limitações funcionais e cansaço, promovendo o equilíbrio entre atividade e repouso (BaHammam et al., 2022).

Autogestão do regime medicamentoso

A gestão eficaz da terapêutica — que inclui fármacos por via oral, injetável e dispositivos técnicos como o CPAP — requer competências de autogestão por parte do Sr. D. Este domínio inclui a educação terapêutica, a verificação da técnica correta, a vigilância da adesão e o reforço positivo. O EF atua como facilitador do processo, promovendo autonomia e segurança no uso da medicação, com base nos princípios da capacitação (Osterberg & Blaschke, 2005; Lorig &

Holman, 2003).

Padrão alimentar

O controlo do peso corporal e da adiposidade abdominal é essencial, dada a associação com SAOS, DM e HTA. A intervenção do enfermeiro neste domínio visa promover hábitos alimentares equilibrados, adequados ao plano terapêutico e às necessidades individuais, com enfoque na vigilância do perímetro abdominal, Índice de Massa Corporal (IMC) e ingestão de hidratos de carbono, de acordo com as recomendações da ADA (2024) e da DGS (2020).

Padrão de exercício

A atividade física adaptada tem benefícios reconhecidos no controlo da pressão arterial, na melhoria da sensibilidade à insulina e na função respiratória torna-se importante apoiar a utente incorporação gradual de exercício físico na sua rotina, considerando limitações relacionadas com a fadiga e o condicionamento físico, promovendo metas realistas e seguras (Davies et al., 2022; WHO, 2021).

Comportamento aditivo

O tabagismo é um comportamento aditivo de alto risco, com impacto negativo em todas as condições de saúde do Sr. D. A cessação tabágica deve ser uma prioridade de intervenção, abordada de forma contínua e adaptada ao estágio de mudança comportamental, conforme o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente (1983). O EEECESF desempenha aqui um papel motivacional e educativo, promovendo a redução progressiva do consumo e eventual cessação. A OMS recomenda uma abordagem integrada que combina intervenções comportamentais, como aconselhamento breve e suporte intensivo, com tratamentos farmacológicos, incluindo substitutos da nicotina e varenicline, para aumentar as taxas de sucesso na cessação tabágica (OMS, 2024).

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

27-03-2025 09:00

27-03-2025 09:00 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

27-03-2025 09:00 - Ritmo respiratório regular.

27-03-2025 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

27-03-2025 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

27-03-2025 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

27-03-2025 09:00 - Sem adejo nasal.

27-03-2025 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue
27-03-2025 09:00 - Periférico(a): 99 %.
27-03-2025 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.
27-03-2025 09:00 - Não comunica falta de ar.
27-03-2025 09:00 - Reflexo da tosse: presente.
27-03-2025 09:00 - Expele as secreções das vias aéreas.
27-03-2025 09:00 - Sons respiratórios: normais.
27-03-2025 09:00 - Secreções em pequena quantidade.
27-03-2025 09:00 - Secreções normais.
27-03-2025 09:00 - Secreções esbranquiçadas.

27-03-2025 09:00 - Determinar evolução da ventilação

27-03-2025 09:00 - Avaliar evolução da ventilação

05-07-2025 12:05

05-07-2025 12:05 - Frequência respiratória: 17 ciclos/min.
05-07-2025 12:05 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
05-07-2025 12:05 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
05-07-2025 12:05 - Sem adejo nasal.
05-07-2025 12:05 - Saturação do oxigénio no sangue
05-07-2025 12:05 - Periférico(a): 98 %.
05-07-2025 12:05 - Coloração da mucosa: rosada.
05-07-2025 12:05 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].
05-07-2025 12:05 - Questionário CARAT - vias aéreas superiores controladas com uma pontuação de 12. - Vias áreas inferiores controladas com uma pontuação de 18, refere nas últimas 4 semanas, sem aperto no peito com o esforço físico, sem cansaço ou dificuldade em realizar as atividades de vida diária.

Sistema cardiovascular

27-03-2025 09:00

27-03-2025 09:00 - Localização do Pulso
27-03-2025 09:00 - Braço Esquerda(o)
27-03-2025 09:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.
27-03-2025 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
27-03-2025 09:00 - Pulso rítmico.
27-03-2025 09:00 - Pulso simétrico.
27-03-2025 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
27-03-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o)
27-03-2025 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 136 mmHg.
27-03-2025 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 86 mmHg.

27-03-2025 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

27-03-2025 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

05-07-2025 12:05 - Localização do Pulso
05-07-2025 12:05 - Braço Esquerda(o)
05-07-2025 12:05 - Pulso rítmico.
05-07-2025 12:05 - Frequência do pulso: 76 pulsações por minuto.

27-03-2025 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

27-03-2025 09:00 - *Avaliar evolução da pressão sanguínea*
05-07-2025 12:05 - Local de avaliação da pressão sanguínea
05-07-2025 12:05 - Membro superior Esquerda(o)
05-07-2025 12:05 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.
05-07-2025 12:05 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.

Metabolismo

27-03-2025 09:00

27-03-2025 09:00 - Glicemia capilar: 135 mg/dl.

27-03-2025 09:00 - Determinar evolução da glicemia

27-03-2025 09:00 - *Avaliar evolução da glicemia*
05-07-2025 12:05 - Glicemia capilar: 115 mg/dl.
05-07-2025 12:05 - Exame químico de urina - glicosúria: negativo.
05-07-2025 12:05 - Exame químico de urina - cetonúria: negativo.

Conservação de energia

27-03-2025 09:00

27-03-2025 09:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso.

27-03-2025 09:00 - Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 05-07-2025 12:05

27-03-2025 09:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade

27-03-2025 09:00 - *Avaliar evolução da tolerância à atividade*
05-07-2025 12:05 - Não comunica cansaço [MELHOROU].

27-03-2025 09:00 - Promover autogestão: atividade/repouso [FIM] 05-07-2025 12:05

27-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador.
27-03-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora.
27-03-2025 09:00 - *Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso* [FIM]
05-07-2025 12:05

Autogestão do regime medicamentoso

27-03-2025 09:00

27-03-2025 09:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

27-03-2025 09:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

27-03-2025 09:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
27-03-2025 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
27-03-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso
27-03-2025 09:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
27-03-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria,

mas não é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 09:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

27-03-2025 09:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 09:00 - Dispositivo: Glicosímetro - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 09:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

27-03-2025 09:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-03-2025 09:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: dependência.

27-03-2025 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso*

05-07-2025 12:05 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

27-03-2025 09:00 - *Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso*

05-07-2025 12:05 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MELHOROU].

27-03-2025 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

Padrão alimentar

27-03-2025 09:00

27-03-2025 09:00 - Número de refeições diárias: 4.

27-03-2025 09:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

27-03-2025 09:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

27-03-2025 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-03-2025 09:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-03-2025 09:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-03-2025 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

27-03-2025 09:00 - Excesso de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.

27-03-2025 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-03-2025 09:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

27-03-2025 09:00 - Autogestão do regime dietético

27-03-2025 09:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

27-03-2025 09:00 - *Avaliar evolução do padrão alimentar*

05-07-2025 12:05 - Número de refeições diárias: 5.

05-07-2025 12:05 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

05-07-2025 12:05 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no

padrão alimentar.

05-07-2025 12:05 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

05-07-2025 12:05 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

05-07-2025 12:05 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

05-07-2025 12:05 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

05-07-2025 12:05 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

05-07-2025 12:05 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

05-07-2025 12:05 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

Padrão de exercício

27-03-2025 09:00

27-03-2025 09:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 2 horas.

27-03-2025 09:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

27-03-2025 09:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

27-03-2025 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

27-03-2025 09:00 - Autogestão do regime de exercício

27-03-2025 09:00 - Determinar evolução do padrão de exercício

27-03-2025 09:00 - Avaliar evolução do padrão de exercício

05-07-2025 12:05 - Número de horas de atividade física por lazer: 1 horas.

05-07-2025 12:05 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

05-07-2025 12:05 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

05-07-2025 12:05 - Tempo de exercício físico semanal: 120 Minutos .

Comportamento aditivo

27-03-2025 09:00

27-03-2025 09:00 - Uso de álcool: sem uso de álcool .

27-03-2025 09:00 - Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade.

27-03-2025 09:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

27-03-2025 09:00 - Abuso do tabaco

27-03-2025 09:00 - Determinar evolução do abuso do tabaco

27-03-2025 09:00 - Avaliar evolução do abuso do tabaco

05-07-2025 12:05 - Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade [MANTEVE].

05-07-2025 12:05 - Promover mudança comportamental face ao abuso do tabaco

05-07-2025 12:05 - Executar técnica de entrevista motivacional

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da ventilação

- monitorizar frequência respiratória
- ritmo respiratório
- saturação periférica de oxigénio
- coloração das mucosas
- sensação de falta de ar

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- avaliar frequência cardíaca periférica
- avaliar ritmo cardíaco periférico

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- avaliar pressão sanguínea

Avaliar evolução da glicemia

- avaliar glicemia capilar
- avaliar os resultados de auto vigilância da glicemia capilar

Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

- avaliar a percepção do utente sobre o seu desempenho na manutenção do dispositivo e realização da técnica

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

- avaliar conhecimento sobre a manutenção de dispositivo inalador
- avaliar o conhecimento sobre execução da técnica inalatória

Avaliar evolução do padrão alimentar

- avaliar a continuidade das características do padrão habitual
- avaliar a ingestão de gorduras adequadas correspondente do total da ingestão diária de alimentos o que corresponde a 1 colher de sopa de azeite por dia (DGS 2022)
- avaliar a ingestão de vegetais e fruta adequada que correspondem a 43% do total da ingestão diária de alimentos que correspondem a 3 a 5 porções por dia (a que 1 porção corresponde a 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus ou 1 chávena+ 3 porções de fruta por dia (1 porção corresponde a 1 peça de fruta tamanho médio) (DGS 2022)
- avaliar a ingestão de hidratos de carbono(HC) adequados: não ingestão de açúcares processados, o consumo de 4 a 6 por dia, (em que 1 porção corresponde a 1 pão de 50gr,ou 1 batata e meia ou 6 bolachas maria ou de água e sal ou 4 colheres de sopa de arroz/ massa cozinhados. porções de HC
- avaliar a ingestão de sal adequado que corresponde a 5gr de sal por dia, que será 1 colher rasa de chá por dia (DGS 2020)
- avaliar a continuidade ingestão de 1,5 a 3 l água por dia (DGS 2022)

- avaliar a ingestão adequada de proteínas , que corresponde a 5% da ingestão diária de alimentos (1,5 a 4,5 porções em que cada porção corresponde a 25 gr de carne ou peixe cozinhado ou 1 ovo do tamanho médio (DGS 2022)

Avaliar evolução do padrão de exercício

- avaliar adesão ao padrão de 30 a 60 minutos de exercício aeróbico 5 a 7 vezes por semana(SPEDM, 2025)

Avaliar evolução do abuso do tabaco

- realizar a intervenção breve : abordar hábitos(quantos cigarros fuma por dia), aconselhar a parar, avaliar a motivação ,ajudar na tentativa, acompanhar.(DGS 2007)
- avaliar conhecimento a relação entre o consumo de tabaco e o impacto na sua saúde

Executar técnica de entrevista motivacional

- reforçar a motivação mediante abordagem estruturada dos 5 Rs : relevância dos benefícios da cessação , riscos em continuar , recompensas, resistências , repetição

Avaliar evolução da autogestão da ventilação não invasiva

- avaliar a adesão ao uso do CPAP ,sendo o recomendado de pelo menos 4 horas noturnas no mínimo em 70% das noites (SPP et al .,s.d.).

4.8. Síntese relativa ao caso

O Sr. D é uma pessoa acompanhada na USF pelo EF, com um perfil marcado pela presença de várias DC, cuja gestão exige uma abordagem integrada, centrada na pessoa e orientada para a capacitação. O seu percurso de saúde evidencia fatores de risco modificáveis, como o tabagismo e o excesso de adiposidade abdominal, que agravam o impacto clínico e funcional das condições existentes.

A terapêutica instituída envolve múltiplos regimes farmacológicos e dispositivos técnicos, implicando uma exigência significativa em termos de adesão, monitorização e autocuidado. Neste contexto, a intervenção do EEECESF foi estruturada em torno de nove domínios-chave: sistema respiratório, sistema cardiovascular, metabolismo, conservação de energia, autogestão do regime medicamentoso, padrão alimentar, padrão de exercício, comportamento aditivo e atitudes terapêuticas.

Estes domínios refletem uma abordagem que integra os princípios da TGS, da comunicação terapêutica e dos modelos de capacitação em saúde, reconhecendo a importância de trabalhar com a pessoa reconhecendo-a também como um complexo de elementos em interação, ou seja, o próprio indivíduo como um sistema e com a sua rede familiar. A intervenção focou-se na promoção da literacia em saúde, no reforço da autonomia, na gestão de sintomas e na modificação de comportamentos, nomeadamente no incentivo à cessação tabágica e à adoção

de estilos de vida saudáveis.

No âmbito da intervenção em ESF foi utilizada a abordagem motivacional dos 5 Rs – Relevância, Riscos, Recompensas, Resistência e Repetição – para promover a reflexão do Sr. D relativamente ao seu comportamento tabágico, numa fase em que este se encontra não motivado para deixar de fumar.

A relevância da cessação foi explorada tendo em conta o contexto clínico e familiar do Sr. D, nomeadamente a presença de várias doenças crónicas – SAOS, a Asma, a HTA e a DM2 – cuja evolução e controlo são significativamente influenciados pelo consumo de tabaco. Neste sentido, foi salientada a importância de deixar de fumar para melhorar a qualidade do sono, facilitar o controlo da Asma e da tensão arterial, reduzir o risco cardiovascular e contribuir para uma maior qualidade de vida, tanto pessoal como familiar (DGS, 2019).

Relativamente aos riscos, foi discutido com o utente o impacto negativo do tabaco na progressão das suas patologias, nomeadamente o agravamento da função respiratória, o aumento da resistência à insulina e o risco acrescido de eventos cardiovasculares. O objetivo foi aumentar a perceção de risco real, com base na sua condição de saúde (Fiore et al., 2008).

No âmbito das recompensas, foram identificados potenciais benefícios da cessação tabágica: melhoria da capacidade respiratória, aumento da energia e do bem-estar, redução da dependência medicamentosa e poupança económica. Foi ainda realçado o impacto positivo que tal mudança poderia ter na dinâmica familiar, reforçando o seu papel enquanto elemento ativo na gestão da saúde familiar.

Durante a abordagem, foram também consideradas as resistências expressas pelo Sr. D, nomeadamente o receio de não conseguir abandonar o hábito, a perceção de que o tabaco é um mecanismo de coping face ao stress e a ideia de que, devido à sua idade e historial de consumo, já não compensaria tentar (Miller & Rollnick, 2013).

Por fim, aplicou-se o princípio da repetição, assumindo uma postura empática e não julgadora, mantendo o tema em aberto para futuras abordagens, com vista à construção progressiva da motivação para a mudança (DGS, 2019).

Apesar da abordagem estruturada e da informação partilhada, o Sr. D demonstrou conhecimento dos riscos associados ao consumo de tabaco e reconheceu os potenciais benefícios de cessar, mas afirmou não estar disposto a tentar deixar de fumar no momento. Por essa razão, não foi dado continuidade à técnica da EM, optando por manter o acompanhamento contínuo, com reforço positivo e reavaliação futura da sua disponibilidade para a mudança.

Em suma, o acompanhamento do Sr. D ilustra a importância do papel do EEECESF na gestão da DC, não apenas através do controlo clínico, mas também através da construção de uma relação terapêutica que valoriza a pessoa, os seus contextos e os seus recursos, promovendo a

continuidade de cuidados, a corresponsabilização e a melhoria da qualidade de vida.

5. SR^aC

A Sra. C, com 45 anos, é esposa do Sra D. trabalha como assistente operacional numa instituição de saúde e acumula ainda dois empregos como empregada doméstica em diferentes residências, sendo ativa no mundo laboral desde tenra idade. É portadora HTA. Foi lhe diagnosticada HTA no ano 2023. Revela-se cumpridora e responsável na gestão da sua condição de saúde, bem como no acompanhamento e apoio à gestão da doença do seu esposo. Apesar da carga laboral exigente e dos desafios associados à sua saúde, demonstra grande resiliência, dedicação à família e um forte sentido de responsabilidade, conciliando o trabalho, a vida pessoal e os cuidados de saúde com empenho.

5.1. Enquadramento teórico

A HTA é uma DC multifatorial, frequentemente assintomática, que exige uma abordagem holística e sustentada ao longo do tempo. De acordo com a OMS (2021), é um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e insuficiência renal, sendo prioritária na agenda de saúde pública.

A Sra. C, diagnosticada com HTA em 2023, apresenta um quadro de obesidade (IMC = 33,2) e perímetro abdominal de 113 cm, ambos fatores que contribuem para o agravamento do risco cardiovascular (DGS, 2013). Apesar destes indicadores, evidencia atualmente uma pressão arterial controlada (107/78 mmHg), o que sugere boa resposta à terapêutica e uma adequada gestão da condição crónica. Sem hábitos tabágicos ou consumo abusivo de álcool, apresenta ainda fatores protetores importantes.

A sua história de vida, marcada por uma elevada carga laboral e pela acumulação de múltiplos papéis (profissional, familiar e cuidadora), representa um desafio constante ao equilíbrio pessoal e à gestão da doença. O desempenho simultâneo de múltiplos papéis pode gerar risco de conflito e saturação, comprometendo o bem-estar e a capacidade de autocuidado (Figueiredo, 2012). A capacidade demonstrada de resiliência, responsabilidade e conciliação entre as diferentes esferas da vida é, no entanto, um indicador positivo, que deve ser reconhecido e valorizado na prática clínica. A resiliência, enquanto processo adaptativo às adversidades, tem sido associada a melhores resultados na gestão de DC e maior adesão ao regime terapêutico (Oliveira et al., 2021).

A pessoa e a família devem ser compreendidas como sistemas abertos em constante interação com o meio. A saúde de um elemento do sistema afeta todo o conjunto, sendo a Sra. C não só utente com patologia crónica, mas também cuidadora do marido, com quem mantém uma relação interdependente de apoio e acompanhamento mútuo. Esta perspetiva reforça a importância de uma abordagem centrada não apenas no indivíduo, mas na unidade familiar como cliente (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012).

A Sra. C demonstra autorregulação eficaz do seu estado de saúde, interpretando sinais do seu corpo, cumprindo com o regime terapêutico e ajustando comportamentos com vista à estabilidade da sua condição. Tal capacidade de feedback e ajuste constante reforça a sua competência em autogestão da doença (Silva & Rodrigues, 2019). Esta dinâmica é facilitada pela comunicação contínua e funcional com os profissionais de saúde.

Neste contexto, o ESF assume um papel essencial na promoção da literacia em saúde, na monitorização dos fatores de risco e no apoio emocional e motivacional. A intervenção deve considerar os determinantes sociais, os recursos da pessoa e família, bem como os desafios psicossociais, reconhecendo a Sra. C como agente ativo na gestão da sua condição (Mendes, 2018).

A abordagem deve ser centrada nas suas necessidades, valorizando as suas competências e promovendo intervenções individualizadas, como estratégias de redução de peso, gestão do stress e reorganização da rotina de vida de modo a preservar o equilíbrio entre os vários domínios que compõem o seu sistema familiar e pessoal.

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 45 anos | Feminino

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-07-05 14:29:00	Alprazolam Farmoz 1 mg,	
2025-07-05 14:29:00	bisoprolol ciclum 10mg	

5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A Sra. C, com diagnóstico de HTA desde 2023, está medicada com Bisoprolol Ciclum 10 mg e Alprazolam Farmoz 1 mg. Revela-se responsável na gestão da sua medicação, apesar da elevada carga laboral e do envolvimento nos cuidados ao marido, também com DC.

Do ponto de vista da ESF, o acompanhamento da Sra. C requer vigilância clínica e suporte educativo, com vista à promoção da segurança terapêutica, da autonomia e do equilíbrio familiar.

Relativamente ao Bisoprolol, importa monitorizar pressão arterial e frequência cardíaca (fc), detetar sinais de intolerância (tonturas, fadiga) e reforçar a toma regular e segura. No caso do Alprazolam, é essencial vigiar efeitos adversos como sonolência ou sedação excessiva e alertar para o risco de dependência. Ambos os fármacos exigem cuidados de educação para a saúde e vigilância rigorosa.

Deste modo, a intervenção do EF deve ser sistémica, educativa e relacional, orientada para a capacitação da Sra. C na gestão da sua terapêutica e na manutenção do equilíbrio familiar.

5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

5.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e

terapêutica médica.

A Sra. C, de 45 anos, foi diagnosticada com HTA no ano de 2023, tratando-se, assim, de uma pessoa com DC recente. Exerce funções como assistente operacional numa instituição de saúde, acumulando ainda dois empregos como empregada doméstica. Esta carga laboral intensa pode influenciar significativamente a sua saúde cardiovascular, uma vez que o stress crónico e a exaustão física estão associadas ao aumento da pressão arterial e ao agravamento de doenças cardiovasculares (WHO, 2021).

O diagnóstico de HTA deve seguir critérios clínicos estabelecidos, com base em medições repetidas da pressão arterial em diferentes momentos, utilizando técnica adequada e ambiente controlado. Para além da avaliação em consulta, pode ser necessário recorrer a métodos como a Automonitorização da Pressão Arterial (AMPA), que permitem uma análise mais precisa e contextualizada (DGS, 2013). A avaliação laboratorial, o eletrocardiograma e a estratificação do risco cardiovascular são procedimentos complementares fundamentais na abordagem diagnóstica e no planeamento terapêutico (ESH/ESC, 2018).

A intervenção de enfermagem deve incluir a vigilância da pressão arterial e da adesão à terapêutica, o reforço da literacia em saúde, incentivar o utente a realizar a AMPA, o reconhecimento precoce de efeitos adversos e a promoção de estratégias não farmacológicas para gestão do stress, como técnicas de relaxamento, atividade física adaptada e reorganização de rotinas (DGS, 2016). Adicionalmente, a articulação com a restante equipa de saúde permite ajustar o plano terapêutico sempre que necessário, garantindo uma abordagem centrada na pessoa e adequada às suas necessidades biopsicossociais.

5.5. Domínios

Início

05-07-2025 14:29

Domínios

Sistema cardiovascular

Fim

5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Os dados clínicos atuais refletem um controlo eficaz da HTA, com valores tensionais dentro dos parâmetros normais (107/78 mmHg), ausência de hábitos tabágicos e de consumo abusivo de álcool, o que contribui positivamente para a estabilidade do seu estado de saúde. A utente apresenta obesidade, evidenciada pelo IMC de 33,2 kg/m² e perímetro abdominal de 113 cm. Relativamente à terapêutica, encontra-se sob tratamento com Bisoprolol, fármaco apropriado ao seu quadro clínico, demonstrando boa adesão às recomendações médicas. A toma diária de Alprazolam, indicada para controlo da ansiedade, também se insere no plano terapêutico sem indícios de incumprimento.

Adicionalmente, a Sra C. demonstra conhecimento acerca da sua condição de saúde e dos cuidados necessários à sua manutenção, o que se reflete na sua postura ativa e resiliente. Neste sentido, não se identifica, neste momento, necessidade de intervenção direta no que se refere à gestão do regime terapêutico, uma vez que esta não se encontra comprometida.

Recomenda-se, no entanto, a continuidade de um acompanhamento regular e a promoção de reforço positivo, como estratégia motivacional para manter a adesão ao regime terapêutico e consolidar os comportamentos de saúde já adquiridos. Esta abordagem contribui não apenas para a manutenção da estabilidade clínica, mas também para o fortalecimento da autonomia e da autogestão da Sra C. no seu processo de viver com DC.

5.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

05-07-2025 14:29

05-07-2025 14:29 - Localização do Pulso

05-07-2025 14:29 - Antebraço Esquerda(o)

05-07-2025 14:29 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

05-07-2025 14:29 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

05-07-2025 14:29 - Pulso rítmico.

05-07-2025 14:29 - Pulso simétrico.

05-07-2025 14:29 - Local de avaliação da pressão sanguínea

05-07-2025 14:29 - Membro inferior Esquerda(o)

05-07-2025 14:29 - Pressão sanguínea sistólica: 107 mmHg.

05-07-2025 14:29 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.

05-07-2025 14:29 - Determinar evolução da pressão sanguínea

05-07-2025 14:29 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

05-07-2025 14:29 - Promover autogestão: regime medicamentoso

05-07-2025 14:29 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador.

05-07-2025 14:29 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

05-07-2025 14:29 - Promover autogestão: regime dietético

05-07-2025 14:29 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

05-07-2025 14:29 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

05-07-2025 14:29 - Promover autogestão: regime de exercício

05-07-2025 14:29 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador.

05-07-2025 14:29 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

5.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- avaliar capacidade de auto monitorizar pressão sanguínea
- avaliar pressão arterial

5.8. Síntese relativa ao caso

O acompanhamento da Sra. C evidenciou a complexidade de viver com uma DC como a HTA no contexto de uma vida marcada por múltiplas exigências pessoais, profissionais e familiares. Apesar da carga laboral intensa e do excesso ponderal, destaca-se pela sua adesão terapêutica, sentido de responsabilidade e resiliência. A sua postura ativa na gestão da saúde – tanto próprio como do marido – reflete a importância da capacitação e do papel do EEECESF na promoção do autocuidado e no apoio à tomada de decisão informada.

Este caso reforça a relevância de uma abordagem sistémica e centrada na pessoa, reconhecendo não apenas os fatores clínicos, mas também os determinantes sociais e emocionais que influenciam a vivência e o controlo da DC.

6. FAMÍLIA B

A família B em estudo é composta pelo Sr. M., de 72 anos, e pela sua esposa, a Sr.^a F., de 66 anos, casados há 43 anos. Trata-se de um casal que se destaca pela coesão, afeto e resiliência, servindo de suporte emocional e prático para os restantes membros da família alargada. Ao longo da sua trajetória conjugal, construíram uma rede relacional sólida, centrada nos valores do respeito, do compromisso e da valorização da vida familiar. O Sr. M. iniciou cedo a sua atividade laboral como serralheiro, com baixa escolaridade, e trabalhou longamente em ambiente industrial, aliado a um hábito tabágico de quatro décadas, fatores que contribuíram para a sua atual condição de saúde. Diagnosticado com DPOC, HTA e apneia do sono, mantém um estilo de vida ativo, apoiando os netos e participando em convívios familiares e comunitários. Destaca-se pela sua resiliência, forte fé religiosa e valorização das relações interpessoais e da união familiar. A Sr.^a F. apresenta várias comorbilidades físicas e mentais, incluindo depressão há 13 anos, DM diagnosticada em 2023, HTA e histórico de histerectomia total em 2010. Apresenta ainda sinais iniciais de sintomatologia demencial, sugerindo possível deterioração cognitiva que requer monitorização e intervenção precoce. O casal tem dois filhos adultos: o primogénito, de 42 anos, é pai de duas crianças do sexo feminino (de 6 anos e 18 meses), enquanto a filha, de 41 anos, é mãe de um menino de 6 anos e de um bebé com 2 meses. A família alargada mantém uma relação estreita entre si, caracterizada por contacto diário e apoio mútuo. Uma das tradições mais valorizadas é o almoço dominical, que reúne várias gerações à volta da mesa, promovendo o reforço dos laços afetivos e a continuidade da história e identidade familiar. Na família B, destaca-se a forte rede de suporte familiar, a capacidade de adaptação às adversidades e o papel ativo dos idosos na dinâmica intergeracional.

6.1. Enquadramento teórico

Apesar dos desafios próprios da fase do CVF em que se encontram — família com filhos adultos, e em envelhecimento — o casal em estudo demonstra uma vivência muito positiva do seu papel enquanto avós. Participam ativamente no apoio aos filhos, sobretudo no cuidado dos netos, o que encaram como uma oportunidade de reforçar os laços familiares e garantir a continuidade entre gerações. Esta participação é vista por ambos como uma fonte de realização pessoal, contribuindo para o seu bem-estar emocional e para um envelhecimento com sentido e propósito (Yang & Yin, 2023).

A relação próxima com os filhos e netos fortalece os vínculos familiares e permite que o casal se sinta valorizado e satisfeito ao acompanhar o crescimento dos netos, promovendo um envelhecimento ativo e saudável (Antonucci, 2001). O envolvimento com os netos é vivido com prazer e significado, não sendo percebido como um fardo, mas sim como uma forma de manter um papel útil e relevante na família, o que tem impacto positivo na saúde psicológica e emocional dos avós (Rowe & Kahn, 1997).

Contudo, esta fase é também marcada pela presença de multimorbilidades, nomeadamente DC como HTA, DM, DPOC ou SAOS, que afetam a saúde e a funcionalidade do casal. A presença de múltiplas DC exige uma adaptação contínua por parte da família, tanto a nível emocional como pragmático.

A condição crónica influencia diretamente a dinâmica familiar, alterando rotinas, redefinindo papéis e exigindo uma reorganização constante das tarefas e responsabilidades. De facto, estudos indicam que a condição crónica infantil pode gerar uma crise que compromete o funcionamento do sistema familiar, repercutindo-se na saúde física e mental dos seus integrantes. Adicionalmente, as perturbações no funcionamento familiar estão associadas à sobrecarga do cuidador principal, a problemas emocionais e comportamentais e a dificuldades na adesão aos cuidados em saúde (Silva ,2021; Vaz et al., 2023)

Apesar dessas exigências, o casal demonstra uma postura consciente e resiliente face à sua condição. Mostram preocupação em preservar a autonomia e em planear o futuro, reconhecendo que, caso a sua funcionalidade venha a diminuir, estão recetivos à possibilidade de frequentar um centro de dia. Esta atitude revela responsabilidade e maturidade, procurando evitar a sobrecarga dos filhos e manter a harmonia familiar (Berkman et al., 2000).

Este exemplo evidencia a importância das relações intergeracionais no envelhecimento ativo, mostrando que o convívio e o apoio mútuo entre gerações beneficiam não só os mais velhos, mas também a coesão entre gerações. O contacto com os netos contribui para a transmissão de valores e tradições, reforçando a identidade familiar e promovendo o bem-estar físico e emocional dos idosos (Silverstein et al., 2006).

O casal faz parte de uma família nuclear, atualmente a vivenciar a última fase do CVF — Família com filhos adultos - e o Envelhecimento, segundo a tipologia proposta por Relvas (2022). Esta etapa, que geralmente inicia-se com a aposentação e prolonga-se até à morte do membro mais velho, envolve mudanças significativas a nível físico, emocional e relacional.

Entre as tarefas normativas desta fase destacam-se: a adaptação à reforma, a aceitação do processo de envelhecimento, a reorganização das rotinas, o enfrentamento da perda de amigos ou do cônjuge, e a redefinição dos papéis familiares, especialmente com os filhos e netos (Silva et al., 2020).

Os principais desafios incluem alterações de saúde, perda de autonomia, sentimentos de

inutilidade, isolamento e solidão (Fonseca et al., 2018). A evidência científica demonstra que o apoio familiar e comunitário tem um papel essencial na promoção do bem-estar físico e psicológico dos idosos (Martins,2020).

Neste contexto, o EEECESF tem um papel fundamental na promoção de uma transição saudável para esta fase da vida. Cabe-lhe desenvolver intervenções que valorizem a autonomia, incentivem o envelhecimento ativo e respeitem a identidade e dignidade da pessoa idosa.

Concomitantemente a esta transição desenvolvimental, observa-se também nesta família a transição saúde-doença, com especial destaque para a DPOC, condição prevalente entre o membro masculino. Esta realidade reflete um padrão clínico complexo, em que as DRC, nomeadamente a DPOC, coexistem com outras patologias, aumentando significativamente a vulnerabilidade e a necessidade de cuidados continuados. A presença simultânea de diferentes DC reforça a importância de uma abordagem holística, centrada na família e sustentada nos princípios da ESF. Neste âmbito, o enfermeiro assume um papel fundamental na avaliação das necessidades da família, na promoção do autocuidado, na gestão da doença e na articulação com os restantes elementos da equipa de saúde.

A DPOC, pelo seu carácter progressivo e pelo impacto na funcionalidade dos indivíduos, constitui um desafio acrescido, exigindo uma vigilância próxima, intervenções educativas e apoio na reorganização das rotinas familiares. Segundo Rolland (1994), as famílias que convivem com doenças crónicas de curso progressivo experienciam de forma permanente o aumento dos efeitos da doença, o que implica uma adaptação contínua às novas exigências. Esta adaptação traduz-se em mudanças nas regras e na estrutura do sistema familiar, podendo gerar risco de exaustão entre os cuidadores e a necessidade de um ajuste constante para manter o equilíbrio e o bem-estar do agregado familiar.

Assim, o presente estudo de caso procura analisar as implicações da DPOC na dinâmica familiar, identificar fatores de risco presentes no agregado e refletir sobre as estratégias de intervenção do EEECESF na resposta às necessidades identificadas.

6.2. Clientes

Cliente

Família

Família

27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00 - Família nuclear.

27-06-2025 17:00 - Ausência de animais domésticos.

27-06-2025 17:00 - Membro da família: Sr M.

27-06-2025 17:00 - Papel do cliente na família: Provedor financeiro, Gestor financeiro.

27-06-2025 17:00 - Membro da família: Sr^a F.

27-06-2025 17:00 - Papel do cliente na família: Organizador do funcionamento da casa, Gestor de atividades familiares.

6.3. Domínios

Início

27-06-2025 17:00
27-06-2025 17:00
27-06-2025 17:00
27-06-2025 17:00
27-06-2025 17:00
27-06-2025 17:00
27-06-2025 17:00

Domínios

Organização do funcionamento da casa
Edifício residencial
Rendimento familiar
Precaução e segurança
Abastecimento de água
Satisfação conjugal
Processo familiar

Fim

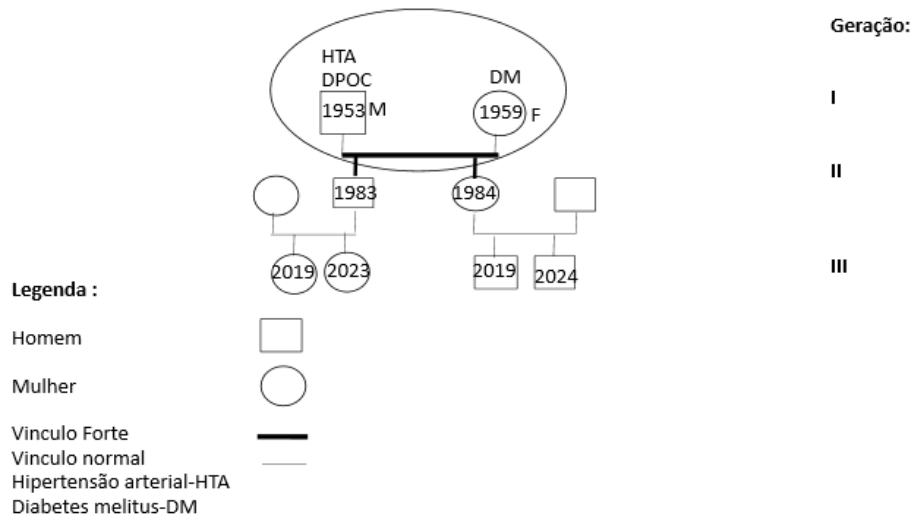
6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Na análise dos domínios da dimensão estrutural do MDAIF, que visa compreender a família enquanto sistema dinâmico, em interação constante com os seus contextos internos e externos (Vieira et al., 2014). Foram considerados os seguintes domínios: Organização do funcionamento da casa, Edifício residencial, Rendimento familiar, Precaução e segurança e Abastecimento de água.

A família em estudo é do tipo nuclear, inserida na fase do CVF com membro idoso, de acordo com a tipologia de Relvas (1996), que identifica esta etapa como marcada por ajustamentos à reforma, alterações no papel social e potenciais perdas, como a viuvez. Esta fase exige

reorganizações no funcionamento familiar e na adaptação aos desafios do envelhecimento, o que reforça a importância de um ambiente físico e social seguro e estruturado, constituindo-se este como um recurso importante para a família.

Figura 5-Genograma



O genograma construído representa três gerações (I a III) e centra-se na família nuclear formada pelo casal da geração I, composto por um homem, Sr M, nascido em 1953, com diagnóstico HTA e DPOC e uma mulher, Srª F nascida em 1959, com diagnóstico de DM. Este instrumento permite visualizar não apenas a estrutura familiar, mas também os padrões de saúde e doença, fundamentais para a prática da ESF.

O casal apresenta um vínculo conjugal forte, o que sugere estabilidade relacional e suporte mútuo no processo de gestão da DC.

A geração II inclui os filhos do casal. O filho, mais velho, nascido em 1983 encontra-se unido a uma mulher (não se encontra registada com patologias) e juntos têm dois filhos do sexo feminino, nascidos em 2019 e 2023, representando assim a geração seguinte. Do mesmo modo, a mulher nascida em 1984, mais nova, tem um companheiro (não identificado com patologias) e dois filhos do sexo masculino, nascidos em 2019 e 2024.

A geração III corresponde, portanto, aos netos do casal da primeira geração. Esta geração inclui quatro crianças, duas pertencentes a cada um dos filhos da geração II. Até ao momento, não estão registadas doenças nesta geração, o que reflete uma linha de continuidade ainda em desenvolvimento.

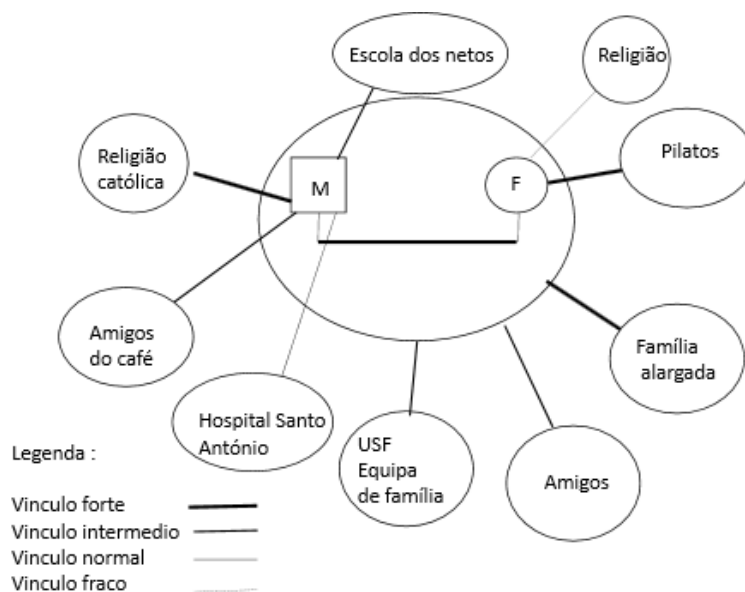
De forma geral, o genograma evidencia uma estrutura familiar caracterizada por relações conjugais estáveis e pelo surgimento de novas famílias nucleares na segunda geração. A presença de DC na primeira geração (HTA, DPOC e DM) constitui um dado relevante, uma vez

que fornece de imediato esta informação sobre a geração I, bem como sugere a possibilidade de risco transgeracional para os descendentes.

Assim, este genograma constitui uma ferramenta essencial para o ESF, permitindo identificar recursos, padrões de saúde e potenciais vulnerabilidades, bem como orientar intervenções dirigidas à promoção da saúde e à prevenção da doença em diferentes gerações.

Apesar de não beneficiar de apoio social formal, a família dispõe de uma rede informal sólida, caracterizada pelo contacto presencial diário com familiares da rede extensa, o que constitui um importante fator de proteção no quadro da avaliação familiar. A rede social pode ser entendida como o conjunto de relações interpessoais significativas que oferecem suporte ao indivíduo e à família, podendo dividir-se em rede primária e secundária. A rede primária refere-se às relações mais próximas, como familiares, amigos e vizinhos, que fornecem apoio afetivo, instrumental e emocional. Já a rede secundária corresponde às instituições e serviços formais, como unidades de saúde, escolas, associações ou organizações de apoio social. Neste caso específico, a solidez da rede primária revela-se fundamental para suprir a ausência de apoio da rede secundária, contribuindo para a promoção da resiliência e do bem-estar familiar (Figueiredo, 2023).

Figura 6- Ecomapa



O ecomapa construído representa a rede de interações sociais, familiares, institucionais e comunitárias do casal, permitindo visualizar as principais fontes de apoio e a intensidade dos vínculos estabelecidos. Este instrumento é particularmente útil na prática da ESF, na medida em que possibilita identificar os recursos disponíveis, os fatores de vulnerabilidade e os potenciais pontos de intervenção na promoção da saúde e bem-estar da família.

Observa-se que o casal mantém um vínculo conjugal forte, refletindo estabilidade e suporte mútuo no contexto familiar. Entre os sistemas de maior proximidade destaca-se a família alargada, que se encontra representada com um vínculo forte, constituindo um recurso essencial de apoio emocional e social.

No campo institucional, verifica-se a ligação à USF, com vínculo intermédio, evidenciando a importância da equipa de saúde na monitorização e acompanhamento da família, sobretudo no que respeita à gestão da DC. A ligação ao Hospital Santo António surge com intensidade intermédia, traduzindo uma relação significativa com cuidados hospitalares especializados.

As redes sociais informais assumem igualmente relevância. O Sr M mantém vínculo forte com a religião católica e uma ligação intermédia com os amigos do café, que representam uma fonte de socialização e suporte emocional no quotidiano. Ambos têm ainda contacto com um grupo de amigos, embora representado com vínculo intermédio.

A Sr^a F mantém uma ligação intermédia a práticas de atividade física, nomeadamente Pilatos, que podem constituir fator protetor para a saúde e bem-estar, e mantém uma ligação fraca com a religião católica.

Outro aspeto relevante é a ligação à escola dos netos, representada como vínculo intermédio, reforçando a participação do casal no suporte à geração seguinte e o papel ativo nas relações intergeracionais.

De forma global, o ecomapa revela uma rede de apoio diversificada, com destaque para a família alargada, os serviços de saúde e os vínculos sociais próximos. A presença de múltiplos contextos de interação, formais e informais, sugere fatores de proteção relevantes para a gestão da saúde e da doença. Contudo, a diferenciação na intensidade dos vínculos também aponta para áreas menos exploradas, como a integração comunitária da Sr^a F através da religião, que surge como mais frágil.

Assim, a análise deste ecomapa permite ao ESF compreender a amplitude das relações externas que influenciam a saúde da família, identificar recursos a potenciar e áreas de vulnerabilidade a acompanhar, contribuindo para a promoção da resiliência e da adaptação às exigências do CVF.

No domínio do edifício residencial, observou-se uma habitação classificada como grau 2 na Escala de Graffar, adaptada e integrada na classe média. Este grau corresponde a uma habitação em boas condições, com acesso a água canalizada, eletricidade, saneamento básico e espaço adequado para os elementos da família, refletindo um nível socioeconómico estável. Assim, a avaliação residencial enquadra a família num contexto de condições habitacionais favoráveis, coerente com a sua integração na classe média (Graffar, 1956). Trata-se de uma moradia com 9 divisões, incluindo 3 quartos e uma casa de banho completa no interior, com aquecimento por aquecedor elétrico. A estrutura física da habitação demonstra-se segura, confortável e adaptada às necessidades da fase atual do ciclo familiar, estrutura doméstica

revela-se funcional, com condições de higiene e conservação adequadas, o que favorece o bem-estar dos seus membros o que corresponde a um Edifício residencial não negligenciado (Figueiredo, 2012)

Quanto ao rendimento familiar, verifica-se que este é suficiente, permitindo a cobertura das necessidades básicas, o que, aliado à autonomia habitacional, contribui para a manutenção da independência da família. Estudos demonstram que o funcionamento económico familiar e o bem-estar dependem não apenas do rendimento, mas também de fatores individuais, familiares e comunitários que sustentam a estabilidade familiar (Mammen & Paxson, 2015).

No domínio Prevenção e segurança destaca-se a ausência de barreiras arquitetónicas, a utilização segura do gás de botija e um sistema de aquecimento funcional, evidenciando uma atitude consciente de prevenção de acidentes e promoção da segurança doméstica. A noção de prevenção e segurança no contexto habitacional refere-se à adoção de medidas que minimizam os riscos de acidentes e favorecem um ambiente familiar saudável. Isso inclui práticas como a instalação de detetores de fumaça e de dióxido de carbono, pisos antiderrapantes, corrimãos, manutenção adequada de sistemas de gás e aquecimento, entre outras estratégias. Tais medidas visam prevenir lesões, intoxicações e outros incidentes, reforçando a segurança e o bem-estar do lar (Davis & Davis, 2023; YourHome, n.d.)

No que respeita ao “Abastecimento de água”, a habitação está ligada à rede pública, com serviço de saneamento e tratamento de resíduos igualmente assegurado, garantindo condições adequadas de salubridade. A avaliação das condições sanitárias é essencial, uma vez que estas são determinantes para a saúde, sobretudo de pessoas de idade avançada e com doenças crónicas. Um abastecimento de água adequado inclui a utilização de água da rede pública ou o controlo da qualidade da água em sistemas privados, em conformidade com as recomendações da Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos (ERSAR, s.d.).

Em síntese, a análise dos domínios estruturais revela uma família com estrutura física segura, rendimentos suficientes e suporte informal eficaz, adequada à fase do CVF, conforme o referencial de Relvas (1996). Estes fatores contribuem para a promoção da qualidade de vida e autonomia dos seus membros, com especial atenção às necessidades decorrentes do envelhecimento.

Na avaliação da dimensão de desenvolvimento, foram feitas questões que permitiram avaliar a Satisfação Conjugal. Segundo Figueiredo (2012), a satisfação conjugal centra-se nos processos de conjugalidade, associada à continuidade de uma relação percebida como satisfatória e apoiante, nas suas múltiplas vertentes, que se interligam. Assim, a análise da satisfação conjugal permite compreender a qualidade da relação entre os cônjuges, os mecanismos de apoio mútuo e a forma como estes influenciam o funcionamento familiar global; como o casal expressa os seus sentimentos, como passam o tempo juntos e se estão satisfeitos com a partilha das tarefas domésticas, e qual o padrão da sua sexualidade.

Foi possível avaliar que a Satisfação Conjugal era “Não mantida”, sendo que a função sexual era a única dimensão não comprometida. O casal tem consciência do que é a sexualidade na etapa do Cv em que se enquadram, e manifestavam-se satisfeitos, interação sexual adequada. A satisfação conjugal é uma área de atenção de extrema importância para a saúde familiar, em todas as fases do CVF, incluindo esta em que o casal se encontra. Como refere Relvas, num processo de evolução dito normal, os filhos vêm e vão e só o casal se mantém ao longo da história familiar que começa e acaba com o casal sozinho” (Relvas, p.26).

A avaliação da dimensão de desenvolvimento evidencia que a Satisfação Conjugal depende de vários fatores, incluindo o tempo de qualidade que o casal passa junto, a partilha equitativa das tarefas domésticas e a manutenção da intimidade e sexualidade. Estudos apontam que a percepção de apoio mútuo, a divisão equilibrada das responsabilidades e a vivência de momentos de proximidade contribuem para a continuidade de uma relação satisfatória e para o bem-estar individual e conjugal (Figueiredo, 2012; Spanier, 1976; Gottman & Silver, 2015). No caso em estudo, embora o casal partilhe algumas tarefas — com o Sr. M a assumir a preparação do almoço durante a semana — a Sr. F manifesta sobrecarga face às restantes tarefas domésticas, e descontentamento com o tempo que o marido passa fora, especialmente associado ao consumo excessivo de álcool. Estes fatores podem comprometer a comunicação e gerar tensão, revelando a importância de estratégias de ajustamento que promovam equilíbrio, compreensão mútua e satisfação global na relação.

Através da entrevista familiar sistémica realizada, foi possível identificar um padrão relacional marcado por desequilíbrio na divisão das tarefas domésticas, sobrecarga emocional da esposa e afastamento afetivo entre os membros do casal. Esta dinâmica evidencia o princípio da circularidade, característico da abordagem sistémica, segundo o qual os comportamentos dos membros da família se influenciam mutuamente, gerando ciclos interativos contínuos (Wright & Leahey, 2013). Neste caso, a queixa persistente da esposa em relação à falta de colaboração do marido desencadeia a sua postura defensiva, o que por sua vez reforça a frustração e sentimento de solidão da esposa, mantendo um ciclo de comunicação não eficaz.

Este padrão relacional é também sustentado por um processo de retroação positiva, no qual as tentativas de ambos os cônjuges para lidar com a situação acabam por amplificar o problema. A busca da esposa por reconhecimento emocional, através da crítica e do apelo, leva o marido a retirar-se (verbal ou fisicamente), o que é interpretado como indiferença, intensificando ainda mais a tensão relacional. Este tipo de retroação contribui para a manutenção de padrões disfuncionais, mesmo quando há insatisfação por parte dos envolvidos (Imber-Black, 1993).

A compreensão destes processos permite ao EF intervir de forma mais eficaz, promovendo a tomada de consciência dos ciclos relacionais e facilitando o desenvolvimento de estratégias comunicacionais mais funcionais e empáticas

Enquanto EEECESF em formação, reconheço a importância de uma abordagem centrada na

família, que incida não só numa dimensão focada nos problemas relacionados com a clínica da patologia, mas que também aborde os aspetos emocionais, relacionais e sociais da vida dos seus membros. A comunicação entre o casal revelou-se ineficaz, com sentimentos nem sempre bem interpretados pelo outro, o que tende a perpetuar mal-entendidos e insatisfações. Neste sentido, torna-se evidente a relevância da intervenção do EF na promoção da comunicação assertiva, na mediação de conflitos e no reforço dos laços afetivos, com o intuito de contribuir para o equilíbrio relacional (Silva et al., 2020).

Além disso, torna-se essencial abordar de forma sensível comportamentos de risco como o consumo de álcool pela parte do Sr. M, tendo em conta o impacto que este tem não só na saúde do indivíduo, mas também na dinâmica familiar. Através de intervenções educativas e do reforço das redes de apoio, é possível fomentar mudanças que contribuam para ganhos em saúde.

Este caso reforça a ideia de que o EF deve atuar como facilitador de processos de adaptação e crescimento, reconhecendo a complexidade das relações familiares e valorizando a escuta, o respeito e a promoção da autonomia de cada membro da família (Melo & Santos, 2019).

A avaliação da dimensão funcional da família, revela uma estrutura relacional marcada por desafios significativos, particularmente ao nível da Comunicação emocional e do Coping familiar. A dificuldade da esposa em dissuadir o marido de comportamentos prejudiciais, nomeadamente o consumo excessivo de álcool em contextos sociais, evidencia uma comunicação emocional ineficaz, caracterizada pela ausência de escuta ativa e validação afetiva no seio conjugal (Wright & Leahey, 2013). Embora os restantes membros da família alargada comuniquem de forma clara e direta, a ineficácia da comunicação entre o casal compromete a coerência e coesão relacional, o que, segundo Walsh (2016), enfraquece a capacidade da família em enfrentar desafios de forma resiliente.

A Interação de papéis foi também uma área de atenção escolhida para avaliação nesta família. De acordo com Figueiredo (2012), este domínio do Processo Familiar reporta-se à dimensão Funcional. Observa-se uma interação de papéis parcialmente funcional: os papéis de provedor, gestor financeiro e recreativo encontram-se bem definidos, contudo, o papel de cuidador doméstico recai quase exclusivamente sobre a esposa, o que tem gerado saturação de papel e desgaste emocional. Tal situação reforça a assimetria na gestão das responsabilidades familiares, um fator que, de acordo com Bell (2009), pode contribuir para a exaustão e sentimentos de desvalorização, afetando o bem-estar global do cuidador.

A presença de Coping familiar não eficaz torna-se evidente na medida em que não há reconhecimento, por parte do marido, do impacto do seu comportamento no bem-estar da esposa, nem uma mobilização de estratégias adaptativas conjuntas. Como referem Kaakinen et al. (2018), o Coping familiar eficaz exige a partilha de significados e a perceção de apoio mútuo, elementos pouco presentes neste caso.

Na Família B, observa-se uma ausência de alianças e uniões significativas entre os membros, refletindo um baixo grau de influência mútua e uma percepção moderada de satisfação quanto à forma como os comportamentos individuais impactam o sistema familiar como um todo (Wright & Leahey, 2013). Apesar disso, os membros relatam contentamento com a distribuição do poder, que permite preservar um funcionamento democrático e colaborativo, evitando comprometimentos na dinâmica familiar. Segundo Figueiredo (2012), a dinâmica familiar centra-se na partilha de responsabilidades, sentimentos e emoções, aliada à aptidão para a flexibilidade de papéis, permitindo à família adaptar-se às mudanças, promover equilíbrio interno e fomentar crescimento conjunto. No caso da Família B, esta capacidade de adaptação e colaboração favorece uma relação funcional, mesmo na ausência de alianças fortes, sustentando a resiliência e o desenvolvimento conjunto do sistema familiar.

Diante do contexto identificado, tornou-se prioritária uma intervenção de enfermagem centrada na família, com enfoque na promoção da comunicação emocional eficaz e na redistribuição funcional dos papéis familiares, visando fomentar uma dinâmica mais colaborativa, resiliente e ajustada às exigências da etapa do envelhecimento. A avaliação da dimensão funcional da família foi apoiada por instrumentos validados, como a Escala APGAR Familiar de Smilkstein (1978), que permite identificar percepções individuais sobre o funcionamento familiar, avaliando áreas como adaptação, parceria, crescimento, afeto e resolução de problemas. Esta ferramenta auxilia o enfermeiro de família a delinear intervenções direcionadas para fortalecer a coesão familiar, melhorar a comunicação e promover a resiliência do sistema familiar. e a escala de FACES II, cujos resultados evidenciam percepções distintas entre os elementos do casal: o Sr. M obteve um valor de 8 na escala de APGAR, indicativo de uma família altamente funcional, e na escala FACES II registou uma coesão de 59 (separada) e uma adaptabilidade de 55 (muito flexível), classificando a família como tipo 5 — equilibrada. Já a Sra. F obteve um valor de 6 na escala de APGAR, traduzindo uma família moderadamente disfuncional, com resultados semelhantes na FACES II. Estes dados evidenciam assimetrias na percepção da funcionalidade familiar e da qualidade relacional, em especial por parte da Sra. F, que expressa sentimentos de sobrecarga e frustração perante a partilha desigual de tarefas e o afastamento emocional do marido.

6.4. Conceção de Cuidados

Organização do funcionamento da casa

27-06-2025 17:00

- 27-06-2025 17:00 - Fazer compras: a família assegura .
- 27-06-2025 17:00 - Arranjar a casa: a família assegura .
- 27-06-2025 17:00 - Armazenamento dos alimentos: a família assegura .
- 27-06-2025 17:00 - Preparação dos alimentos: a família assegura .
- 27-06-2025 17:00 - Acompanhar membro da família a serviço de saúde: a família assegura .

27-06-2025 17:00 - Promover o processo familiar: organização do funcionamento da casa

27-06-2025 17:00 - Participação dos membros da família nos processos familiares de organização doméstica: a família participa.

10-07-2025 16:00 - Participação dos membros da família nos processos familiares de organização doméstica: a família participa [MANTEVE].

27-06-2025 17:00 - Significado atribuído pela família aos serviços comunitários de apoio à organização doméstica: não dificultador.

10-07-2025 16:00 - Significado atribuído pela família aos serviços comunitários de apoio à organização doméstica: não dificultador [MANTEVE].

27-06-2025 17:00 - Acesso da família a serviços comunitários de apoio à organização doméstica: tem disponibilidade financeira e sabe como aceder ao serviço.

10-07-2025 16:00 - Acesso da família a serviços comunitários de apoio à organização doméstica: tem disponibilidade financeira e sabe como aceder ao serviço [MANTEVE].

10-07-2025 16:00

10-07-2025 16:00 - Fazer compras: a família assegura [MANTEVE].

10-07-2025 16:00 - Arranjar a casa: a família assegura [MANTEVE].

10-07-2025 16:00 - Armazenamento dos alimentos: a família assegura [MANTEVE].

10-07-2025 16:00 - Preparação dos alimentos: a família assegura [MANTEVE].

10-07-2025 16:00 - Acompanhar membro da família a serviço de saúde: a família assegura [MANTEVE].

Edifício residencial

27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.

27-06-2025 17:00 - Edifício residencial com abastecimento de água.

27-06-2025 17:00 - Edifício residencial seguro para crianças/doentes/idosos.

27-06-2025 17:00 - Edifício residencial sem barreiras arquitetónicas para crianças/doentes/idosos.

27-06-2025 17:00 - Edifício residencial com espaço suficiente para integração de um novo membro.

27-06-2025 17:00 - Edifício residencial com espaço adequado para englobar pessoa doente/idoso .

27-06-2025 17:00 - Edifício residencial da família com condições adequadas para manter animal doméstico em segurança.

10-07-2025 16:00

10-07-2025 16:00 - Edifício residencial da família com condições de salubridade.

10-07-2025 16:00 - Edifício residencial com abastecimento de água [MANTEVE].

10-07-2025 16:00 - Edifício residencial seguro para crianças/doentes/idosos.

10-07-2025 16:00 - Edifício residencial sem barreiras arquitetónicas para

crianças/doentes/idosos.

10-07-2025 16:00 - Edifício residencial com espaço suficiente para integração de um novo membro.

10-07-2025 16:00 - Edifício residencial com espaço adequado para englobar pessoa doente/idoso .

10-07-2025 16:00 - Edifício residencial da família com condições adequadas para manter animal doméstico em segurança [MANTEVE].

Rendimento familiar

27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00 - Família com rendimento familiar assegurado .O casal auferre reformas com rendimentos capazes de fazer face às despesas

10-07-2025 16:00

10-07-2025 16:00 - Família mantém rendimento familiar assegurado .O casal auferre reformas com rendimentos capazes de fazer face às despesas

Precaução e segurança

27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00 - Edifício residencial seguro, sem barreiras arquitetónicas; abastecimento de Gás canalizado; aquecimento elétrico; com boa higiene de habitação.

10-07-2025 16:00

10-07-2025 16:00 - Edifício residencial mantém-se seguro, sem barreiras arquitetónicas, abastecimento de Gás canalizado aquecimento elétrico, com boa higiene de habitação

Abastecimento de água

27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00 - Abastecimento de água da rede pública; serviço de tratamento de resíduos da rede pública

10-07-2025 16:00

10-07-2025 16:00 - Abastecimento de água mantém-se adequado Rede pública Serviço de tratamento de resíduos rede pública

Satisfação conjugal

27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00 - O casal não está satisfeito com a partilha das tarefas domésticas.

segundo a esposa "Sr^aF: Ele faz o almoço durante a semana, mas o resto... fica tudo para mim. Limpezas, roupa, arrumações...-Sr M: Sim, faço o almoço, mas acho que é uma ajuda importante.-Sr^a F: sinceramente, sinto-me muito sobrecarregada. Já lho disse várias vezes.

27-06-2025 17:00 - O casal não está satisfeito com o tempo que passam juntos, segundo a esposa "passa muito tempo no café, e eu fico sozinha em casa a tratar de tudo, eu não me importo que ele esteja com os amigos, não gosto é como ele as vezes chega a casa, bebe cervejas a mais"

27-06-2025 17:00 - O casal não está satisfeito com cada um expressa os sentimentos, segundo a esposa ,Sr^a F"Eu tento, mas às vezes parece que ele não me ouve ou não leva a sério, por exemplo em relação a esta situação, ele não faz caso nenhum do que eu lhe digo" - O marido Sr M: ": Fico calado para não criar discussões... às vezes acho que é melhor não dizer nada."

27-06-2025 17:00 - O casal não conversa sobre as expectativas e receios de cada um :Enf :

"O que acha que o seu marido sente quando diz que se sente sobrecarregada com as tarefas da casa?-Srª F: "Acho que ele pensa que estou a exagerar... que são "coisas de mulher". Não se põe no meu lugar."

27-06-2025 17:00 - O casal não consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião: Enf : " E quando vai ao café, como acha que a sua esposa se sente?"-Sr M: "Ela não gosta... já me disse várias vezes. Mas eu preciso de um bocado para descontraír, jogar umas cartas."-Srª F: "Fico triste... às vezes até me sinto posta de lado. E sei que ele bebe mais do que devia."

27-06-2025 17:00 - O casal não esta satisfeito com o padrão de comunicação :segundo a Srª F:"Normalmente sou eu que tento falar..., mas se ele não responde ou muda de assunto, não dá."-Sr M: "Eu não gosto de discussões, acho que mais vale ficar calado até passar."

27-06-2025 17:00 - O casal esta satisfeito com o padrão de interação sexual: o casal tem consciência de que a sexualidade se enquadra na etapa do ciclo de vida que estão a viver.

27-06-2025 17:00 - Promover a relação dinâmica do casal

27-06-2025 17:00 - Satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional (insatisfação do casal com a partilha das tarefas domésticas ; insatisfação do casal com o tempo que passam juntos; insatisfação do casal como cada um expressa os sentimentos).

27-06-2025 17:00 - Motivar para a redefinição /partilha das tarefas domésticas.

27-06-2025 17:00 - Aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas.

10-07-2025 16:00 - Satisfação conjugal não mantida por relação dinâmica disfuncional (insatisfação do casal com a partilha das tarefas domésticas ; insatisfação do casal com o tempo que passam juntos).

10-07-2025 16:00 - Motivar para a redefinição /partilha das tarefas domésticas.

10-07-2025 16:00 - Aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas

10-07-2025 16:00 - Motivar para atividades em conjunto.

27-06-2025 17:00 - Promover a comunicação no casal

27-06-2025 17:00 - Satisfação conjugal não mantida por comunicação não eficaz (o casal não conversa sobre as suas expetativas e receios, não consegue chegar acordo com quando há discordância de opinião, e revela se insatisfação com o padrão de comunicação).

27-06-2025 17:00 - Promover a comunicação expressiva das emoções.

27-06-2025 17:00 - Promover a comunicação do casal.

27-06-2025 17:00 - Motivar para atividades em conjunto.

27-06-2025 17:00 - Planear rituais familiares.

10-07-2025 16:00 - Satisfação conjugal mantida por comunicação eficaz.

10-07-2025 16:00

10-07-2025 16:00 - O casal mantém insatisfação com a partilha das tarefas domésticas.

10-07-2025 16:00 - O casal não esta satisfeito com o tempo que passam juntos, segundo a esposa.

10-07-2025 16:00 - O casal esta satisfeito com cada um expressa os sentimentos.

10-07-2025 16:00 - O casal conversa sobre as expetativas e receios de cada um.

10-07-2025 16:00 - O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião.

10-07-2025 16:00 - O casal esta satisfeito com o padrão de comunicação.

10-07-2025 16:00 - O casal esta satisfeito com o padrão de interação sexual.

Processo familiar

27-06-2025 17:00

27-06-2025 17:00 - Os membros da família não estão satisfeitos relativamente ao modo como expressão os sentimentos. segundo a Sr^a F: "eu tento falar com ele, mas quando bebe... ele não ouve."-Sr. M: "ouço, mas não acho que seja assim tão grave ir ao café beber um copo com os amigos".

27-06-2025 17:00 - Todos na família não se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros-Enf: "Como costumam lidar com situações que causam tensão ou desentendimento? -segundo a Sr^a F: "Tento manter a calma, mas às vezes sinto-me sozinha nesse esforço.-Sr. M:" Eu deixo passar... não gosto de conflitos".

27-06-2025 17:00 - Os membros da família não estão satisfeitos da forma como se comunica em família.:Enf:" E se eu perguntasse à vossa filha o que ela sente quando há esse tipo de situações entre vocês, o que acham que ela diria?"-Sr^aF: "Provavelmente diria que eu fico frustrada."-Sr. M:" Talvez dissesse que sou teimoso. Pode ser que tenha razão."

27-06-2025 17:00 - Os membros da família sentem se insatisfeitos com a forma como se discutem os problemas: Enf: "Como costumam lidar com situações que causam tensão ou desentendimento?"-Sr^a F: "Tento manter a calma, mas às vezes sinto-me sozinha nesse esforço."-Sr. M: "Eu deixo passar... não gosto de conflitos"

27-06-2025 17:00 - Papel de cuidado domestico , não existe consenso do papel .com conflito e saturação por parte da Sr^a F:"Eu faço quase tudo. Às vezes sinto-me cansada, mas ele diz que não tem muito jeito para isso."

27-06-2025 17:00 - Promover a satisfação da família quanto à forma como comunicam.

27-06-2025 17:00 - Processo familiar disfuncional por comunicação não eficaz (insatisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos; comunicação verbal e não verbal é não favorável; nem todos na família se expressão claramente quando comunicam e sentem se insatisfeitos a forma como se comunica na família).

27-06-2025 17:00 - Promover a comunicação expressiva das emoções.

27-06-2025 17:00 - Promover o envolvimento da família.

27-06-2025 17:00 - Otimizar a comunicação na família.

27-06-2025 17:00 - Planear rituais terapêuticos.

27-06-2025 17:00 - Otimizar padrão de assertividade.

10-07-2025 16:00 - Processo familiar funcional por comunicação eficaz .

10-07-2025 16:00 - Promover a comunicação expressiva das emoções.

10-07-2025 16:00 - Promover o envolvimento da família.

10-07-2025 16:00 - Otimizar a comunicação na família.

27-06-2025 17:00 - Promover coping familiar mais eficaz.

27-06-2025 17:00 - Processo familiar disfuncional por coping familiar não eficaz (os membros da família sentem se insatisfeitos com a forma como se discute os prolemas).

27-06-2025 17:00 - Promover estratégias adaptativas /Coping familiar.

27-06-2025 17:00 - Negociar estratégias adaptativas /Coping familiar.

10-07-2025 16:00 - Processo familiar funcional por coping familiar eficaz

27-06-2025 17:00 - Promover uma melhor interação dos papéis na família.

27-06-2025 17:00 - Processo familiar disfuncional por interação de papéis familiares não eficaz (conflito e saturação do papel cuidado domestico).

27-06-2025 17:00 - Motivar a redefinição de papéis pelos membros da família.

27-06-2025 17:00 - Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família.

10-07-2025 16:00 - Processo familiar mantém se disfuncional por interação de papéis familiares não eficaz (conflito e saturação do papel cuidado domestico).

10-07-2025 16:00

10-07-2025 16:00 - Os membros da família estão satisfeitos relativamente ao modo como expressão os sentimentos.

10-07-2025 16:00 - Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros.

10-07-2025 16:00 - Os membros da família estão satisfeitos da forma como se comunica em família.

10-07-2025 16:00 - Os membros da família sentem se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas.

10-07-2025 16:00 - Papel de cuidado domestico, não existe consenso do papel com conflito e saturação, mantém por parte da esposa.

6.5. Especificação das intervenções

Motivar para a redefinição /partilha das tarefas domésticas.

- Proporcionar ambiente calmo com espaço para o dialogo sobre a sobrecarga da esposa
- Questionar as preferências de cada membro do casal
- Envolver o casal para a redefinição das tarefas e a partilha

Aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas.

- Identificar e refletir sobre a distribuição atual das tarefas com o casal
- Proporcionar ao casal espaço para refletir sobre a sobrecarga, lacuna ou desigualdade com o objetivo de facilita a negociação.

Promover a comunicação expressiva das emoções.

- Ajudar cada elemento do casal a reconhecer e verbalizar como se sente em relação às tarefas domésticas.
- Proporcionar um ambiente calmo, assegurar respeito e validar emoções sem formular julgamentos
- Estimular a expressão das emoções, pedir a cada elemento do casal que verbalize o que sente e identifique a situação em que se sente pior

Promover a comunicação do casal.

- Utilizar perguntas abertas durante a consulta para perceber, de forma a identificar bloqueios na comunicação ou necessidades específicas do casal (Dias, M. O. ,s.d.)
- Sugerir que o casal reserve 10 minutos por dia ou semana para falar entre si, sem distrações.

Motivar para atividades em conjunto.

- Explorar com o casal interesse comuns- o que gostavam de fazer juntos e deixaram de fazer ?"
- Reforçar positivamente mesmo as poucas conquistas que vão surgindo

Planear rituais familiares.

- Questionar o casal se já tiveram algum ritual no passado e deixaram de o fazer
- Ajudar o casal a identificar e planear um ritual que lhes desse prazer , uma atividade simples e realista (Torre, A. L. 2023)
- Lembrar que o ritual deve ser um momento de união e prazer, não uma obrigação rígida

6.6. Síntese relativa ao caso

A Família B apresenta uma estrutura nuclear e valoriza intensamente os vínculos intergeracionais, mantendo contacto diário próximo com filhos e netos. Estes momentos de convívio funcionam como importantes fontes de apoio emocional, fortalecendo a coesão familiar, reforçando a identidade coletiva e garantindo a transmissão de valores entre gerações. Esta interação contribui significativamente para um envelhecimento pleno, com sentido e propósito, promovendo bem-estar emocional e continuidade familiar.

Contudo, apesar dos recursos estruturais e relacionais disponíveis, a família evidencia fragilidades ao nível da dinâmica conjugal, nomeadamente na distribuição desigual das tarefas domésticas, comunicação emocional ineficaz e presença de comportamentos de risco, como o consumo excessivo de álcool por parte do Sr. M. Estes fatores têm vindo a comprometer o equilíbrio do casal, gerando tensão, frustração e desgaste, especialmente para a esposa, que se sente emocionalmente sobrecarregada e pouco valorizada na relação.

Neste contexto, foi realizada uma abordagem sistémica a esta família, tendo em conta as competências comuns e específicas do EEECESF, e com recurso ao MDAIF, mostrou-se essencial. Através de uma abordagem terapêutica centrada na família, foi possível criar um espaço seguro e facilitador de diálogo, onde foram trabalhadas as perceções de cada elemento do casal relativamente à partilha de tarefas, às necessidades emocionais não satisfeitas e à importância da corresponsabilidade no relacionamento.

Ao nível sistémico, a intervenção centrou-se na promoção da comunicação emocional

expressiva, ajudando o casal a reconhecer e verbalizar sentimentos, a validar as emoções do outro e a reconstruir pontes de empatia. Foram também discutidas estratégias para uma redistribuição mais equitativa das tarefas domésticas, respeitando as preferências, capacidades e limitações de cada um. A criação ou retoma de rituais familiares e atividades partilhadas foi igualmente incentivada, como forma de reforçar a ligação afetiva e revitalizar a dinâmica conjugal.

Paralelamente, foi realizada uma intervenção individual com o Sr. M, através da EM com o objetivo de abordar de forma sensível e respeitosa o seu consumo de álcool, que estava a afetar negativamente a relação conjugal e a saúde familiar. Esta técnica, centrada na pessoa e na valorização da autonomia, permitiu explorar a ambivalência do utente face à mudança, identificar motivações internas e refletir sobre o impacto do seu comportamento no bem-estar da esposa e na harmonia do casal. Apesar de não se esperar uma mudança imediata, a EM constituiu um primeiro passo para o reconhecimento do problema, essencial para iniciar um processo de transição saudável. Sendo uma técnica dirigida ao indivíduo, Sr. M, teve e tem grande potencial impacto à saúde familiar, nomeadamente do casal

Os ganhos em saúde decorrentes desta intervenção foram múltiplos. A nível individual, destaca-se o aumento da consciência sobre comportamentos prejudiciais, a valorização da expressão emocional e o reconhecimento de papéis assumidos sem equilíbrio. A nível conjugal, observou-se uma maior disponibilidade para o diálogo, a reaproximação afetiva e o compromisso em redefinir a partilha de responsabilidades. A nível familiar, a redução da sobrecarga emocional da esposa, aliada ao fortalecimento dos laços afetivos, potenciou a coesão familiar e o funcionamento democrático do sistema.

De acordo com as características da matriz operativa do modelo escolhido, MDAIF, não foi possível alterar o diagnóstico de satisfação conjugal, embora tenha sido observada uma melhoria significativa na comunicação entre o casal, bem como na capacidade de expressarem os seus sentimentos de forma eficaz. Persistem, porém, dificuldades na redistribuição e partilha das tarefas domésticas, conforme referido pela esposa, o que contribui para saturação e conflitos relacionados com o papel doméstico, mantendo-se assim o diagnóstico de processo familiar disfuncional. Apesar destas dificuldades, verificam-se ganhos importantes em saúde, com impacto positivo no bem-estar geral da família.

Num momento do ciclo de vida marcado pela adaptação ao envelhecimento, ao aparecimento de DC e à redefinição de papéis, a atuação do EEECESF revelou-se crucial, não apenas na vertente clínica, mas também enquanto facilitador de processos relacionais, promotor de comunicação saudável e defensor do bem-estar integral da pessoa e da família. A presença de uma família que valoriza fortemente os encontros familiares, a proximidade com filhos e netos e a partilha intergeracional, reforçou o potencial para uma resposta adaptativa eficaz, desde que apoiada e orientada por intervenções terapêuticas ajustadas às necessidades emocionais,

funcionais e relacionais dos seus membros.

7. SR.^a F

A Sr.^a F de 66 anos, lida com diversas comorbilidades que afetam tanto a sua saúde física como mental. Apresenta diagnóstico de depressão há cerca de 13 anos, sendo esta uma condição com impacto relevante no seu bem-estar emocional. Em 2010 foi submetida a histerectomia total e, mais recentemente, em 2023, diagnosticada com DM. Tal como o marido, é hipertensa. Adicionalmente, evidencia sinais iniciais de sintomatologia demencial, o que poderá indicar uma possível deterioração cognitiva progressiva, exigindo monitorização e intervenção precoce.

7.1. Enquadramento teórico

A Sr.^a F apresenta um quadro de multimorbilidade com impacto físico, emocional e cognitivo, incluindo depressão crónica, HTA, DM e sinais iniciais de deterioração cognitiva. Esta complexidade clínica exige uma abordagem centrada na pessoa e no seu sistema familiar.

Segundo a TGS, a pessoa deve ser entendida como parte de um sistema interdependente, onde alterações em um dos elementos influenciam o todo (von Bertalanffy, 1968). Já a Cibernética, aplicada ao cuidado em saúde, valoriza os mecanismos de autorregulação e feedback, fundamentais na acomodação contínua às transições, nomeadamente aquelas relacionadas com DC e no ajustamento contínuo dos cuidados (Wiener, 1948).

Segundo a Teoria das Transições de Meleis, estes processos são dinâmicos, multidimensionais e envolvem mudanças na saúde, nos papéis sociais e nas relações interpessoais, exigindo adaptação contínua (Meleis, 2010). No caso da Sr.^a F, destacam-se a transição saúde/doença, pela progressão das condições crónicas; a transição de papéis, uma vez que a dependência progressiva pode alterar responsabilidades familiares; e a transição situacional, ligada à reorganização das rotinas para a gestão terapêutica.

Neste contexto, o EEECESF assume um papel integrador, promovendo o autocuidado, acompanhando a evolução clínica e articulando respostas que favoreçam a qualidade de vida da utente e da família.

7.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 67 anos | Feminino

7.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-06-27 15:00:00	Metformina + Dapagliflozina, [Ebymect], 850 mg + 5 mg	
2025-06-27 15:00:00	Amlodipina + Candesartan 5 mg + 16 mg	
2025-06-27 15:00:00	Atorvastatina 10 mg	
2025-06-27 15:00:00	Clopidogrel 75 mg	
2025-06-27 15:00:00	Pregabalina 100 mg	
2025-06-27 15:00:00	Duloxetina 60 mg	
2025-06-27 15:00:00	Alprazolam 0.5 mg	

7.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A terapêutica medicamentosa da Sr.^a F envolve múltiplos fármacos, exigindo uma abordagem de enfermagem centrada na gestão segura da polimedicação, monitorização de efeitos adversos e promoção da adesão terapêutica.

A associação de Metformina + Dapagliflozina (Ebymect) exige vigilância de sinais de hipoglicemia, hidratação adequada (devido ao risco de infeções urinárias e desidratação com os inibidores SGLT2), e controlo regular da função renal. A Pregabalina, indicada na neuropatia diabética, pode causar tonturas e sonolência, sendo importante reforçar a segurança no domicílio e avaliar o risco de quedas.

A terapêutica anti-hipertensiva com Amlodipina + Candesartan requer monitorização da pressão arterial e vigilância de sintomas como hipotensão ortostática, principalmente em idosos. Por sua vez, o uso de Atorvastatina implica a avaliação de queixas musculares ou alterações hepáticas. O Clopidogrel, como antiagregante plaquetário, aumenta o risco de hemorragias, devendo-se educar a utente sobre sinais de alerta (equimoses, hemorragias espontâneas).

A nível da saúde mental, a utente encontra-se medicada com Duloxetina (antidepressivo com ação dual), e Alprazolam, um benzodiazepínico. Ambos requerem avaliação contínua do estado emocional, risco de dependência (no caso do Alprazolam) e vigilância de efeitos como sedação ou alterações do humor.

A intervenção do EF deve incluir a educação para o autocuidado, a gestão de horários e interações medicamentosas, a prevenção de efeitos adversos, e a promoção da literacia em saúde, especialmente relevante perante sinais de deterioração cognitiva e polimedicação.

7.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

7.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

A gestão clínica da Sr.^a F, marcada por múltiplas comorbilidades e sinais de declínio cognitivo, requer uma abordagem diagnóstica e terapêutica centrada na pessoa, com foco na segurança, adequação e proporcionalidade dos cuidados prestados.

Nos procedimentos de diagnóstico, deve privilegiar-se a proporcionalidade e pertinência clínica dos exames complementares, tendo em conta a idade, o estado funcional e os objetivos terapêuticos. A realização de exames deve respeitar os princípios da autonomia e consentimento informado, sendo crucial adaptar a linguagem e o processo de comunicação, especialmente perante alterações cognitivas (Silva et al., 2021). A monitorização regular de parâmetros como glicemia, função renal, perfil lipídico, tensão arterial e estado cognitivo é essencial no contexto da DM, HTA e polimedicação (DGS, 2023).

Em relação à terapêutica médica, a polimedicação em pessoas idosas constitui um fator de risco para iatrogenia, interações medicamentosas, efeitos adversos e diminuição da adesão terapêutica (Oliveira et al., 2020). A revisão periódica da medicação deve ser uma prática sistemática, promovendo a prescrição segura sempre que os riscos superem os benefícios. A abordagem terapêutica deve ser interdisciplinar, integrando o controlo glicémico, o tratamento da dor neuropática, a gestão da saúde mental e a prevenção de eventos cardiovasculares.

O papel do EF é central na vigilância da eficácia e segurança da terapêutica, na educação terapêutica, no reforço da adesão ao regime medicamentoso e na comunicação eficaz com a

equipa multidisciplinar, assegurando cuidados personalizados, contínuos e humanizados (OE, 2022).

7.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
27-06-2025 15:00	Sistema cardiovascular	
27-06-2025 15:00	Metabolismo	
27-06-2025 15:00	Autogestão do regime medicamentoso	
27-06-2025 15:00	Autoconceito	

7.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A seleção dos domínios Sistema Cardiovascular, Metabolismo, Autogestão do Regime Medicamentoso e Autoconceito decorre da complexidade clínica apresentada pela Sr.^a F, que reúne múltiplas condições crónicas - HTA, DM, depressão crónica e sinais de deterioração cognitiva.

O domínio Sistema Cardiovascular justifica-se pela presença de HTA, uma condição crónica que requer monitorização contínua e adesão rigorosa ao regime terapêutico, com o objetivo de prevenir complicações cardiovasculares. A HTA é uma das doenças cardiovasculares mais prevalentes em Portugal, afetando aproximadamente 30% da população adulta em 2019 (DGS, 2019) e apresentando um aumento para 33% em 2023 (DGS, 2023). Esta condição contribui significativamente para o aumento do risco cardiovascular e para a morbilidade associada a doenças cardíacas e cerebrovasculares.

O domínio Metabolismo justifica-se pela presença de DM2, uma condição crónica que exige monitorização contínua dos níveis glicémicos, gestão rigorosa da alimentação e prática regular de atividade física. A Sociedade Portuguesa de Diabetes (2018) destaca que, além da terapêutica farmacológica, a implementação de uma alimentação saudável, o controlo do peso corporal e o aumento da atividade física são fundamentais para o tratamento eficaz da hiperglicemia na DM. Este enfoque multidisciplinar é essencial para prevenir complicações associadas à doença e promover a qualidade de vida dos pacientes.

O domínio Autogestão do Regime Medicamentoso assume um papel central na presença de multimorbilidade, uma vez que a utente necessita de gerir múltiplas terapêuticas

farmacológicas. Esta capacidade de autogestão está intimamente ligada ao conceito de autocuidado, definido por Orem (2001) como o conjunto de práticas que os indivíduos desenvolvem para manter a própria saúde e bem-estar. A habilidade de organizar, monitorizar e administrar corretamente os medicamentos representa uma dimensão fundamental do autocuidado, promovendo adesão terapêutica, prevenção de complicações e manutenção da funcionalidade e qualidade de vida da pessoa com DC.

O domínio Autoconceito assume particular relevância face à presença de depressão crónica e sinais de deterioração cognitiva, condições que comprometem a perceção de si própria e a capacidade de gerir as exigências impostas pela doença. A depressão, definida pela OMS (2023) como um transtorno mental caracterizado por humor persistentemente deprimido e perda de interesse ou prazer em atividades quotidianas, impacta significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida dos indivíduos. Em Portugal, estima-se que aproximadamente 12% da população adulta apresenta sintomas depressivos ao longo da vida (DGS, 2023).

A depressão crónica tem implicações diretas na autoestima, na perceção de competência pessoal e nas interações sociais, podendo afetar negativamente a adaptação às condições de saúde crónicas. Neste contexto, o EF desempenha um papel central na promoção do bem-estar emocional, no reforço da autoestima e no apoio à família enquanto recurso de suporte, contribuindo para a adaptação da utente à doença e para a manutenção da funcionalidade e qualidade de vida do sistema familiar.

7.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

27-06-2025 15:00

27-06-2025 15:00 - Localização do Pulso

27-06-2025 15:00 - Braço Esquerda(o)

27-06-2025 15:00 - Frequência do pulso: 87 pulsações por minuto.

27-06-2025 15:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

27-06-2025 15:00 - Pulso rítmico.

27-06-2025 15:00 - Pulso simétrico.

27-06-2025 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-06-2025 15:00 - Membro superior Esquerda(o)

27-06-2025 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 128 mmHg.

27-06-2025 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 82 mmHg.

27-06-2025 15:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

27-06-2025 15:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

27-06-2025 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

27-06-2025 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

27-06-2025 15:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea

27-06-2025 15:00 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador.

10-07-2025 16:45 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador [MANTEVE].

27-06-2025 15:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador.

10-07-2025 16:45 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador [MANTEVE].

27-06-2025 15:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora.

10-07-2025 16:45 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora [MANTEVE].

27-06-2025 15:00 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador.

10-07-2025 16:45 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador [MANTEVE].

10-07-2025 16:45

10-07-2025 16:45 - Localização do Pulso

10-07-2025 16:45 - Braço Esquerda(o)

10-07-2025 16:45 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

10-07-2025 16:45 - Pulso de amplitude mediana e regular.

10-07-2025 16:45 - Pulso rítmico.

10-07-2025 16:45 - Pulso simétrico.

10-07-2025 16:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

10-07-2025 16:45 - Membro superior Esquerda(o)

10-07-2025 16:45 - Pressão sanguínea sistólica: 132 mmHg.

10-07-2025 16:45 - Pressão sanguínea diastólica: 82 mmHg.

Metabolismo

27-06-2025 15:00

27-06-2025 15:00 - Glicemia capilar: 105 mg/dl.

27-06-2025 15:00 - Exame químico de urina - glicosúria: negativo.

27-06-2025 15:00 - Exame químico de urina - cetonúria: negativo.

27-06-2025 15:00 - Glicemia

27-06-2025 15:00 - Determinar evolução da glicemia

27-06-2025 15:00 - Avaliar evolução da glicemia

27-06-2025 15:00 - Promover autogestão: glicemia

27-06-2025 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

10-07-2025 16:45 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MANTEVE].

27-06-2025 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador.

10-07-2025 16:45 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador [MANTEVE].

27-06-2025 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador.

10-07-2025 16:45 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MANTEVE].

- 27-06-2025 15:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia: facilitadora.
10-07-2025 16:45 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da glicemia: facilitadora [MANTEVE].
27-06-2025 15:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da glicemia: facilitadora.
10-07-2025 16:45 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da glicemia: facilitadora [MANTEVE].
27-06-2025 15:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia: facilitadora.
10-07-2025 16:45 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da glicemia: facilitadora [MANTEVE].
27-06-2025 15:00 - Capacidade para vigiar a glicemia
27-06-2025 15:00 - Dispositivo: Glicosímetro - facilitadora.
27-06-2025 15:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso
27-06-2025 15:00 - facilitadora.
10-07-2025 16:45 - Capacidade para gerir regime medicamentoso
10-07-2025 16:45 - facilitadora [MANTEVE].
10-07-2025 16:45 - Autoeficácia para vigiar a glicemia
10-07-2025 16:45 - facilitadora.
27-06-2025 15:00 - *Avaliar evolução da autogestão da glicemia*

10-07-2025 16:45

10-07-2025 16:45 - Glicemia capilar: 114 mg/dl.

Autoconceito

27-06-2025 15:00

- 27-06-2025 15:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.
27-06-2025 15:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.
27-06-2025 15:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.
27-06-2025 15:00 - Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

27-06-2025 15:00 - Autoconceito comprometido

27-06-2025 15:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito

27-06-2025 15:00 - *Executar reestruturação cognitiva*

10-07-2025 16:45

- 10-07-2025 16:45 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].
10-07-2025 16:45 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].
10-07-2025 16:45 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MANTEVE].
10-07-2025 16:45 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MELHOROU].

Autogestão do regime medicamentoso

27-06-2025 15:00

27-06-2025 15:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

27-06-2025 15:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme horário.

27-06-2025 15:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

27-06-2025 15:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

27-06-2025 15:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

27-06-2025 15:00 - Administra a medicação pela via adequada.

27-06-2025 15:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

27-06-2025 15:00 - Dispositivo: Glicosímetro - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

27-06-2025 15:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

27-06-2025 15:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

7.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Questionar sintomas típicos de arritmia , tais como : palpitações , tonturas ou vertigens, fadiga ou intolerância ao esforço
- Avaliar os batimentos cardíacos

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Instruir a Auto monitorização da pressão sanguínea.
- Alertar para os sinais de alarme, como tonturas se pressão estiver muito baixa , podendo haver risco de quedas,
- Ensinar quais os valores de referência.

Avaliar evolução da glicemia

- Intruir o uso correto do medidor de glicemia
- Ensinar quais os valores de referencia de glicemia em jejum (entre 80-130mg/dl) e pós prandial , 2horas apos ,(Inferior a 140mg/dl) (ADA 2024)
- Ensinar quais os sinais de alerta , numa Hipoglicemia: <70 mg/dL (avaliar sintomas como tremores, suores, confusão, fraqueza).

Avaliar evolução da autogestão da glicemia

- Observar a técnica de medição da glicemia capilar (uso correto do aparelho, higiene, punção).
- Avaliar se a Srª F segue o regime medicamentoso prescrito (horário, dosagem).
- Reforçar conhecimentos sobre hipoglicemia, hiperglicemia, importância do autocontrolo e prevenção de complicações.

Executar reestruturação cognitiva

- Estimular a Sr.^a F a expressar os seus pensamentos e crenças negativas recorrentes (ex: “não sou capaz”, “nada vai melhorar”).
- Ouvir ativamente, validando os seus sentimentos sem julgamento
- Incentivar a Sr.^a F a substituir pensamentos negativos por outros mais equilibrados (“Tenho dificuldades, mas consigo melhorar com ajuda”).
- Valorizar cada pequena mudança positiva na forma de pensar ou agir.

7.8. Síntese relativa ao caso

Com base nos dados clínicos e no historial de saúde apresentados, pode-se afirmar que a Sr.^a F. demonstra um bom nível de controlo da sua condição de saúde atual, evidenciando adesão ao regime terapêutico prescrito e uma adequada auto-gestão da sua situação clínica.

Apesar de apresentar várias comorbilidades — incluindo HTA, DM 2, depressão, e sinais iniciais de possível deterioração cognitiva — os indicadores clínicos, como os valores de pressão arterial (128/82 mmHg), FC (87 ppm), Hemoglobilna glicada (5,9%), IMC (24,5) e perímetro abdominal (93 cm), apontam para um estado de saúde estável e controlado. Adicionalmente, a ausência de hábitos tabágicos e consumo de álcool, associada a um risco cardiovascular estimado em apenas 5% (baixo risco), reforça este quadro positivo.

A medicação encontra-se bem ajustada às necessidades clínicas da utente, abrangendo as diferentes áreas terapêuticas necessárias (controlo glicémico, pressão arterial, prevenção de eventos cardiovasculares, saúde mental e dor neuropática). A Sr.^a F. revela-se colaborante e cumpridora com o regime terapêutico instituído, não manifestando, até ao momento, sinais de descompensação clínica ou dificuldades relevantes na gestão do seu tratamento.

Neste contexto, não se justifica, de momento, uma intervenção de reforço do regime terapêutico com foco no incentivo ou motivação para a adesão, uma vez que a utente demonstra competência e autonomia na gestão da sua saúde. Todavia, é importante manter uma vigilância ativa e contínua, especialmente face aos sinais iniciais de possível deterioração cognitiva, que poderão vir a comprometer futuramente a capacidade de autogestão. A atuação precoce e multidisciplinar, incluindo o acompanhamento por parte da equipa de ESF, poderá ser essencial para antecipar e mitigar eventuais impactos negativos na qualidade de vida da utente.

8. SR M

O Sr. M., de 72 anos, apresenta um percurso de vida marcado por um início precoce de atividade laboral, tendo iniciado funções como serralheiro aos 11 anos, após concluir apenas a 4.ª classe. O seu longo percurso profissional decorreu em ambiente industrial, associado ao hábito tabágico durante cerca de quatro décadas, fatores que contribuíram significativamente para a sua condição de saúde atual. Clinicamente, o Sr. M. é portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), hipertensão arterial e apneia do sono. Apesar das limitações impostas por estas patologias crónicas, mantém um estilo de vida ativo, assumindo funções no apoio aos netos, nomeadamente no transporte diário para a escola, e participa ativamente em momentos de convívio familiar e comunitário. É um indivíduo resiliente, com fortes convicções religiosas, que valoriza o contacto interpessoal e a promoção da união familiar, frequentemente organizando passeios e encontros com familiares e amigos. O Sr. M. tem o hábito de frequentar diariamente o café da localidade, onde se encontra com amigos, momento que associa ao prazer da socialização. Nesses encontros, é habitual consumir bebidas alcoólicas, geralmente em quantidade moderada, como forma de convívio e integração no grupo.

8.1. Enquadramento teórico

A DPOC é uma DRC caracterizada por uma inflamação crónica das vias aéreas inferiores, resultando em obstrução progressiva e parcialmente irreversível do fluxo aéreo (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2024). A DPOC é uma doença evitável e tratável, está frequentemente associada a fatores de risco como o tabagismo, considerado o principal, bem como à exposição prolongada a partículas e gases nocivos, poluição atmosférica e fatores ocupacionais, como poeiras e produtos químicos inalados. Também se reconhece a influência de infeções respiratórias recorrentes na infância no desenvolvimento da doença (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2024). Clinicamente, manifesta-se sobretudo por dispneia, tosse crónica e expetoração, com episódios de exacerbação aguda que contribuem para hospitalizações recorrentes e aceleram a sua progressão.

A prevalência da DPOC em Portugal é estimada em cerca de 14,2% da população adulta com mais de 40 anos, sendo mais frequente nos homens e em indivíduos com antecedentes tabágicos ou exposição a fatores ambientais agressivos (DGS, 2023). Trata-se de uma condição frequentemente subdiagnosticada, sobretudo nas fases iniciais, o que compromete a adoção

precoce de estratégias de controlo e tratamento.

O caso do Sr. M., com historial de tabagismo durante quatro décadas e atividade profissional em ambiente industrial desde os 11 anos, enquadra-se nos perfis clássicos de risco para o desenvolvimento da DPOC. O tratamento farmacológico da DPOC visa principalmente o alívio dos sintomas, a prevenção de exacerbações e a melhoria da tolerância ao esforço físico. Segundo o Manual MSD (2024), a terapia medicamentosa é fundamental para reduzir a limitação do fluxo aéreo e melhorar a função pulmonar, especialmente em pacientes com doença moderada a grave. Além disso, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2024) destaca que o uso de broncodilatadores de ação prolongada e corticoides inaláveis pode reduzir a frequência das exacerbações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Estudos revisados por Menezes (2011) indicam que os medicamentos utilizados no tratamento da DPOC aliviaram os sintomas, melhoraram a qualidade de vida, a função pulmonar e preveniram as exacerbações (MSD, 2024). O Sr. M. encontra-se medicado com uma combinação broncodilatadora de longa ação (olodaterol + brometo de tiotrópio), que atua na dilatação das vias aéreas, promovendo melhor ventilação pulmonar (Miravittles et al., 2022). Esta terapêutica é central na abordagem à DPOC moderada a grave (GOLD; 2024).

Nas consultas de enfermagem é recomendado a utilização de instrumentos de avaliação, questionários específicos para a avaliação da sintomatologia respiratória. No caso da DPOC, a escala Modified Medical Research Council (mMRC) é um instrumento subjetivo, validado, que permite avaliar a intensidade da dispneia com base na limitação das atividades diárias provocadas pela falta de ar (Munari et al., 2018).

A mMRC pontua a dispneia de 0 a 4, sendo que valores mais elevados refletem maior limitação funcional. Esta escala está recomendada pelas diretrizes GOLD (2024) para estratificação da gravidade da DPOC e orientação terapêutica, sendo também uma ferramenta útil no planeamento dos cuidados para o EF. O questionário aplicado ao Sr M teve uma classificação de Grau I (falta de folgo em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado).

Um outro questionário que poderá ser usado no âmbito das consultas de enfermagem é o COPD Assessment Test (CAT) é um instrumento validado, desenvolvido para avaliar o impacto DPOC na vida quotidiana do utente. Trata-se de um questionário composto por 8 itens, que explora sintomas respiratórios (tosse, expectoração, dispneia), limitação nas atividades, qualidade do sono e níveis de energia (Jones et al., 2011). Cada item é pontuado de 0 a 5, permitindo um total de 0 a 40 pontos. Valores mais elevados indicam maior impacto da doença na qualidade de vida. Quando utilizamos o CAT o ponto de corte são os 10 pontos. A partir desse valor é considerado como sintomático.

O CAT é recomendado pelas diretrizes GOLD (2024) como ferramenta complementar à escala mMRC, sendo útil na estratificação da gravidade da DPOC e na orientação terapêutica. A sua

aplicação é simples, rápida e facilita a comunicação entre profissionais de saúde e utentes, promovendo o envolvimento ativo da pessoa no processo de autocuidado. O Sr M teve uma pontuação de 9.

Contudo, a eficácia da terapêutica pode ser comprometida por fatores comportamentais, como o consumo de álcool. Apesar de o Sr. M. referir uma ingestão alcoólica associada a momentos de convívio, é relevante notar que o consumo, por vezes abusivo, pode afetar negativamente o controlo das DC, nomeadamente a DPOC e a HTA. Estudos sugerem que o álcool em excesso pode contribuir para a disfunção imunológica pulmonar, aumentar o risco de infeções respiratórias e interferir na função mucociliar (Moss & Burnham, 2006; Simet & Sisson, 2015), comprometendo assim o estado respiratório do doente.

Além disso, o álcool pode interferir com a eficácia e o metabolismo de alguns fármacos utilizados pelo Sr. M. A atorvastatina, prescrita para controlo lipídico, tem potencial hepatotóxico, especialmente em associação com álcool, o que exige monitorização cuidadosa da função hepática (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2023). Fármacos anti-hipertensores como o candesartan, a lercanidipina e o nebivolol também podem ter o seu efeito hipotensor potenciado pelo álcool, aumentando o risco de hipotensão postural e quedas em idosos (Santos et al., 2020).

No caso da SAOS, outra condição diagnosticada no Sr. M., esta é também uma condição muito sensível ao uso do álcool, pode agravar os episódios apneicos ao promover relaxamento muscular da orofaringe e redução do reflexo respiratório, comprometendo ainda mais a oxigenação noturna (Jordan et al., 2014). A conjugação da SAOS com a DPOC – conhecida como síndrome de overlap – agrava significativamente o prognóstico respiratório e cardiovascular (Marin et al., 2010).

Por fim, é importante considerar que, embora o Sr. M. mantenha uma vida social ativa e resiliente, o acompanhamento em saúde familiar deve contemplar estratégias de intervenção motivacionais e educativas orientadas para a redução de comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool, sobretudo em contexto de múltiplas comorbilidades e polimedicação. Neste sentido, a EM constitui uma técnica comunicacional centrada na pessoa, que visa reforçar a motivação intrínseca e promover a mudança de comportamentos através da exploração e resolução da ambivalência (Miller & Rollnick, 2013).

O uso da EM tem demonstrado eficácia na intervenção com indivíduos que apresentam comportamentos aditivos, como o consumo problemático de álcool, sendo reconhecida como uma ferramenta relevante no contexto dos cuidados de saúde primários (Santos, Pimenta, & Carneiro, 2020).

Neste contexto, pretende-se igualmente identificar em que estágio de mudança se encontra o Sr. M, com base no Modelo Transteórico de Mudança proposto por Prochaska e DiClemente

(1983), o qual compreende cinco estádios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Compreender o estádio em que o utente se situa é essencial para que a intervenção do EEECESF seja ajustada às necessidades reais e ao momento motivacional vivido pelo indivíduo (Prochaska & Velicer, 1997). Por exemplo, na fase de pré-contemplação, o indivíduo não reconhece o comportamento como problemático, o que requer estratégias de sensibilização; já na contemplação, apesar da ambivalência, existe alguma abertura para refletir sobre a mudança.

A EM possibilita, assim, a exploração dos valores pessoais, dos objetivos de vida e das preocupações do utente, criando condições favoráveis à mudança sustentada (Miller & Rollnick, 2013). Esta intervenção constitui uma ação essencial do ESF, não apenas na promoção da saúde individual, mas também como uma estratégia de reequilíbrio do sistema familiar, tendo em conta que o consumo nocivo de álcool pode desestabilizar a convivência, potenciar conflitos e comprometer o funcionamento familiar (World Health Organization [WHO], 2018; Lima, Oliveira, Silva, & Ribeiro, 2021).

O ESF, ao adotar esta abordagem, assume um papel fundamental na promoção da adesão terapêutica, no desenvolvimento do autocuidado e na literacia em saúde, favorecendo escolhas mais saudáveis e ajustadas às necessidades clínicas complexas do utente.

8.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 72 anos | Masculino

8.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-06-27 17:41:00	Ácido acetilsalicílico 100mg	
2025-06-27 17:41:00	Olodaterol + Brometo de tiotrópio [Spiolto Respimat], 2.5 µg/dose + 2.5 µg/dose	
2025-06-27 17:41:00	Pantoprazol Bluepharma, 20 mg	

Início	Medicação	Fim
2025-06-27 17:41:00	Candesartan + Hidroclorotiazida Ciclum , 32 mg + 25 mg,	
2025-06-27 17:41:00	Lercanidipina Jaba, 10 mg	
2025-06-27 17:41:00	Nebivolol 5 mg	
2025-06-27 17:41:00	Atorvastatina , 40 mg	

8.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No acompanhamento ao Sr.M em consulta de enfermagem no âmbito da vigilância da sua DC, torna-se essencial considerar os principais aspetos de enfermagem relacionados à terapêutica farmacológica prescrita. Este cliente apresenta múltiplas patologias crónicas, nomeadamente HTA, SAOS, DPOC e dislipidemia, encontrando-se sob um regime terapêutico complexo, o que exige uma abordagem sistematizada e centrada na pessoa.

O ácido acetilsalicílico 100 mg, frequentemente utilizado na prevenção de eventos cardiovasculares, exige vigilância para sinais de hemorragia, sobretudo gastrointestinal. A toma deve ocorrer após as refeições, de forma a minimizar a irritação gástrica. Neste contexto, o pantoprazol 20 mg, um inibidor da bomba de prótons, está indicado para a proteção da mucosa gástrica, devendo ser administrado em jejum, cerca de 30 minutos antes do pequeno-almoço.

A terapêutica anti-hipertensiva inclui a associação candesartan + hidroclorotiazida, lercanidipina e nebulolol. Esta combinação requer monitorização regular da pressão arterial, identificação precoce de sinais de hipotensão, bradicardia e alterações hidroeletrólíticas, como a hipocalcemia. A lercanidipina, por ser sensível à ingestão alimentar, deve ser tomada em jejum, enquanto o nebulolol, sendo um beta-bloqueador, deve ser utilizado com precaução em indivíduos com patologia respiratória (ex. SAOS), devido ao risco potencial de broncospasmo.

Relativamente à terapêutica respiratória, o cliente encontra-se medicado com a associação inalável olodaterol + brometo de tiotrópio (Spiolto Respimat), indicada na gestão da DPOC. Neste contexto, é fundamental assegurar a correta técnica inalatória, reforçar a importância da utilização regular (mesmo na ausência de sintomas) e monitorizar efeitos adversos como boca seca, taquicardia ou tremores.

Por fim, o utente realiza tratamento com atorvastatina 40 mg, utilizado na prevenção cardiovascular primária ou secundária. A administração deve ocorrer preferencialmente à noite, devendo este vigiar sintomas sugestivos de mialgia e alterações hepáticas, além de alertar para possíveis interações, como o consumo de sumo de toranja, que pode aumentar o risco de toxicidade.

Deste modo, a intervenção do EF deve centrar-se na vigilância contínua dos efeitos da terapêutica, na promoção da literacia em saúde e no reforço da autonomia do utente na gestão

da sua medicação, contribuindo para a eficácia terapêutica e a melhoria dos resultados em saúde.

8.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

27-06-2025 17:41

27-06-2025 17:41 - Ventilação não invasiva

27-06-2025 17:41 - Modo ventilatório: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP).

27-06-2025 17:41 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

27-06-2025 17:41 - Débito de oxigénio: 98.00 L/min.

27-06-2025 17:41 - Promover autogestão: ventilação não invasiva

27-06-2025 17:41 - Conhecimento sobre ventilação não invasiva: facilitador.

27-06-2025 17:41 - *Avaliar evolução da autogestão da ventilação não invasiva*

8.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

No seguimento do plano terapêutico do Sr. M., destaca-se a utilização de VNI em modo CPAP no contexto do diagnóstico SAOS. Esta terapia tem por objetivo manter as vias aéreas pérvias durante o sono, prevenindo episódios de hipoxemia e apneias, além de reduzir o risco de complicações cardiovasculares (SciELO Brasil, 2024; Manual MSD, 2023). O CPAP é reconhecido como o tratamento de escolha (padrão-ouro) para SAOS devido à sua eficácia em restabelecer a permeabilidade das vias aéreas superiores, corrigir dessaturações noturnas e melhorar a qualidade do sono (SciELO Brasil, 2024; Valença, 2002). Estudos indicam também que o uso prolongado do CPAP melhora a função endotelial, reduz o stress oxidativo e a inflamação sistémica, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade cardiovascular associada à SAOS (Peker et al., 2015).

Do ponto de vista do EF, importa considerar aspetos fundamentais como a monitorização da adesão e tolerância à VNI, a educação para a autogestão do equipamento e a avaliação regular da eficácia clínica. A identificação de conhecimento prévio como fator facilitador permite ao enfermeiro ajustar a intervenção educativa às necessidades reais do cliente.

A VNI não deve ser vista isoladamente, mas como parte de um sistema de cuidados onde o enfermeiro atua como elemento regulador e facilitador da adaptação. A família tem um fator

preponderante na adesão do utente a esta terapêutica, beneficiando também ela da sua adaptação eficaz, nomeadamente na ausência de roncopatia, na comunicação, com o próprio utente, na interação dos papéis e na relação dinâmica entre todos (Guedes et al, 2020).

A atuação do EF nesta área assume, assim, um papel central na promoção da adesão terapêutica, da autonomia e da literacia em saúde, com impacto direto na qualidade de vida do utente com DR.

8.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
27-06-2025 17:41	Sistema respiratório	
27-06-2025 17:41	Sistema cardiovascular	
27-06-2025 17:41	Autogestão do regime medicamentoso	
27-06-2025 17:41	Padrão alimentar	
27-06-2025 17:41	Padrão de exercício	
27-06-2025 17:41	Comportamento aditivo	
27-06-2025 17:41	Atitudes terapêuticas	
27-06-2025 17:41	Conservação de energia	

8.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Segundo a TGS (von Bertalanffy, 1968), o ser humano pode ser compreendido como um sistema aberto em constante interação com o meio. Cada elemento que compõe o sistema (biológico, psicológico, social e espiritual) influencia os restantes, sendo a estabilidade alcançada através do equilíbrio dinâmico. No contexto da ESF, esta visão holística permite compreender o Sr. M. como parte de um sistema familiar funcional, onde os fatores biológicos (DC), comportamentais (consumo de álcool), relacionais (interações familiares) e ambientais (rede de suporte, contexto comunitário) interagem de forma contínua.

A abordagem centrada no sistema permite identificar pontos de vulnerabilidade e de resiliência. O Sr. M. revela mecanismos de compensação e adaptação, contudo, a coexistência de fatores de risco (polimedicação, consumo de álcool, comorbilidades) compromete a sua saúde e a homeostase do sistema, exigindo intervenções direcionadas e integradas.

Sistema Cardiovascular

A HTA e a dislipidemia exigem controlo rigoroso. A toma de vários anti-hipertensores e estatina

(Nebivolol, Candesartan/Hidroclorotiazida, Lercanidipina, Atorvastatina) aponta para um regime farmacológico exigente. A interação com o álcool pode comprometer a eficácia terapêutica e aumentar o risco cardiovascular (Santos et al., 2020).

Autogestão do Regime Medicamentoso

A complexidade do regime terapêutico exige capacidades cognitivas, motivacionais e organizacionais que garantam adesão, segurança e eficácia. O papel do EF inclui a supervisão do plano de medicação, ensino sobre interações medicamentosas, e promoção da literacia em saúde. A vigilância do uso correto do inalador (Spiolto Respimat) é essencial para o controlo da DPOC (Miravittles et al., 2022).

Padrão Alimentar

Embora não se tenham verificado alterações evidentes no estado nutricional, a alimentação deve ser orientada com vista à redução do risco cardiovascular, seguindo recomendações fundamentadas. A adoção de um padrão alimentar baseado na dieta mediterrânica — rica em frutas, hortícolas, cereais integrais e gorduras insaturadas — tem-se revelado eficaz na diminuição do risco cardiovascular (Sociedade Portuguesa de Cardiologia,(SPC) 2025). Além disso, a redução da ingestão de sal a níveis inferiores, por exemplo diminuindo o consumo diário em apenas 2 g, pode reduzir a taxa de AVC em 30 a 40 % nos cinco anos subsequentes (Sociedade Portuguesa de Hipertensão), Fundação Portuguesa Cardiologia (FPC). É igualmente crucial a moderação no consumo de gorduras saturadas, evitando alimentos de origem animal gordos e optando por fontes saudáveis como o peixe rico em ácidos gordos ómega-3, que protegem a saúde cardiovascular (FPC) . Por fim, a restrição no consumo de álcool — especialmente em contexto de convivências sociais frequentes — complementa as orientações nutricionais, contribuindo para a gestão eficaz da HTA e da dislipidemia.

Padrão de Exercício

Apesar da DPOC, o Sr. M. apresenta funcionalidade preservada, desempenhando tarefas como o transporte dos netos. Este padrão é um recurso positivo, devendo ser valorizado com exercícios leves, respiração controlada e pausas regulares. A conservação de energia, e o conhecimento sobre o seu controlo, torna-se fundamental para manter a funcionalidade sem provocar fadiga excessiva (Rodrigues et al., 2021).

Comportamento Aditivo

O consumo de álcool, especialmente em contexto social, constitui um fator de risco para a estabilidade clínica. A abordagem sistémica deve considerar este comportamento como parte da dinâmica relacional e afetiva do utente. O EEECESF pode intervir através de estratégias de EM, ajudando o utente a refletir sobre os riscos e a redefinir comportamentos (Simet & Sisson, 2015).

Conservação de Energia

A fadiga associada à DPOC e à SAOS requer planeamento diário e gestão do esforço. Técnicas de conservação de energia e educação para o uso eficiente da capacidade respiratória podem melhorar a qualidade de vida e prevenir exacerbações (GOLD, 2024), pelo que é essencial avaliar o conhecimento e eficácia sobre esta competência de autocuidado.

8.6. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

27-06-2025 17:41

27-06-2025 17:41 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

27-06-2025 17:41 - Ritmo respiratório regular.

27-06-2025 17:41 - Movimento respiratório simétrico.

27-06-2025 17:41 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

27-06-2025 17:41 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

27-06-2025 17:41 - Sem adejo nasal.

27-06-2025 17:41 - Saturação do oxigénio no sangue

27-06-2025 17:41 - Periférico(a): 98 %.

27-06-2025 17:41 - Coloração da mucosa: rosada.

27-06-2025 17:41 - Não comunica falta de ar.

27-06-2025 17:41 - Reflexo da tosse: ausente.

27-06-2025 17:41 - Expele as secreções das vias aéreas.

27-06-2025 17:41 - Sons respiratórios: normais.

27-06-2025 17:41 - Secreções em pequena quantidade.

27-06-2025 17:41 - Secreções fluídas.

27-06-2025 17:41 - Secreções esbranquiçadas.

27-06-2025 17:41 - Questionário mMRC- Grau I - falta de folgo em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado

27-06-2025 17:41 - Determinar evolução da ventilação

27-06-2025 17:41 - Avaliar evolução da ventilação

27-06-2025 17:41 - Dispneia

27-06-2025 17:41 - Determinar evolução da dispneia [FIM] 08-07-2025 16:15

27-06-2025 17:41 - Avaliar evolução da dispneia [FIM] 08-07-2025 16:15

08-07-2025 16:15 - Promover autocontrolo: dispneia

08-07-2025 16:15 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador.

08-07-2025 16:15 - Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia

08-07-2025 16:15

- 08-07-2025 16:15 - Frequência respiratória: 15 ciclos/min.
- 08-07-2025 16:15 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
- 08-07-2025 16:15 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
- 08-07-2025 16:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
- 08-07-2025 16:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
- 08-07-2025 16:15 - Sem adejo nasal.
- 08-07-2025 16:15 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 08-07-2025 16:15 - Periférico(a): 99 %.
- 08-07-2025 16:15 - Coloração da mucosa: rosada.
- 08-07-2025 16:15 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].
- 08-07-2025 16:15 - Reflexo da tosse: presente [MELHOROU].

Sistema cardiovascular

27-06-2025 17:41

- 27-06-2025 17:41 - Localização do Pulso
 - 27-06-2025 17:41 - Braço Esquerda(o)
 - 27-06-2025 17:41 - Frequência do pulso: 85 pulsações por minuto.
 - 27-06-2025 17:41 - Pulso de amplitude mediana e regular.
 - 27-06-2025 17:41 - Pulso rítmico.
 - 27-06-2025 17:41 - Pulso simétrico.
- 27-06-2025 17:41 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 27-06-2025 17:41 - Membro superior Direita(o)
 - 27-06-2025 17:41 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.
 - 27-06-2025 17:41 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.

27-06-2025 17:41 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

27-06-2025 17:41 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

27-06-2025 17:41 - Determinar evolução da pressão sanguínea

27-06-2025 17:41 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Conservação de energia

27-06-2025 17:41

- 27-06-2025 17:41 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso.
- 27-06-2025 17:41 - Questionário mMRC- Grau I - falta de folgo em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado

27-06-2025 17:41 - Intolerância à atividade

27-06-2025 17:41 - Determinar evolução da intolerância à atividade

27-06-2025 17:41 - Avaliar evolução da tolerância à atividade

27-06-2025 17:41 - Promover autogestão: atividade/repouso

27-06-2025 17:41 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

08-07-2025 16:15 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

27-06-2025 17:41 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para

a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

08-07-2025 16:15 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora [MELHOROU].

27-06-2025 17:41 - Promover autogestão: regime de exercício

27-06-2025 17:41 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

08-07-2025 16:15 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

27-06-2025 17:41 - Capacidade para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

08-07-2025 16:15 - Capacidade para executar regime de exercício: facilitadora [MELHOROU].

27-06-2025 17:41 - Autoeficácia para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

08-07-2025 16:15 - Autoeficácia para executar regime de exercício: facilitadora [MELHOROU].

27-06-2025 17:41 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício*

27-06-2025 17:41 - *Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício*

08-07-2025 16:15

08-07-2025 16:15 - Não comunica cansaço [MELHOROU].

08-07-2025 16:15 - Questionário - mMRC- mantém Grau I , falta de folgo em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. Questionário CAT- tem pontuação de 3- ausência de sintomas de dificuldade respiratória.

Autogestão do regime medicamentoso

27-06-2025 17:41

27-06-2025 17:41 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

27-06-2025 17:41 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme horário.

27-06-2025 17:41 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

27-06-2025 17:41 - Dispositivo: Corta comprimidos - Prepara a medicação conforme a dose.

27-06-2025 17:41 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

27-06-2025 17:41 - Administra a medicação pela via adequada.

27-06-2025 17:41 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

27-06-2025 17:41 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

27-06-2025 17:41 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

27-06-2025 17:41 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Padrão alimentar

27-06-2025 17:41

27-06-2025 17:41 - Número de refeições diárias: 5.

27-06-2025 17:41 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

27-06-2025 17:41 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

27-06-2025 17:41 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-06-2025 17:41 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-06-2025 17:41 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-06-2025 17:41 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

27-06-2025 17:41 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

27-06-2025 17:41 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

27-06-2025 17:41 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

Padrão de exercício

27-06-2025 17:41

27-06-2025 17:41 - Número de horas de atividade física por lazer: 3 horas.

27-06-2025 17:41 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

27-06-2025 17:41 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

27-06-2025 17:41 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

08-07-2025 16:15

08-07-2025 16:15 - Número de horas de atividade física por lazer: 5 horas.

08-07-2025 16:15 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

08-07-2025 16:15 - Tempo de exercício físico diário: 30 Minutos .

08-07-2025 16:15 - Tempo de exercício físico semanal: 90 Minutos .

Comportamento aditivo

27-06-2025 17:41

27-06-2025 17:41 - Uso de álcool: uso regular que causa disfuncionalidade.

27-06-2025 17:41 - Uso de tabaco: sem uso de tabaco .

27-06-2025 17:41 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

27-06-2025 17:41 - ECOGRAFIA ABDOMINAL: ANORMAL - Fígado normodimensionado, de contornos regulares e ecoestrutura discretamente heterogénea e hiperecogénica de forma difusa, alteração que relacionamos primariamente com infiltração esteatósica hepática difusa moderada/grave.

27-06-2025 17:41 - Abuso do álcool

27-06-2025 17:41 - Promover mudança comportamental face ao abuso do álcool

27-06-2025 17:41 - Executar técnica de entrevista motivacional

27-06-2025 17:41 - Promover autocontrolo: abuso do álcool

27-06-2025 17:41 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-07-2025 16:15 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: facilitador [MELHOROU].

27-06-2025 17:41 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-07-2025 16:15 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool: facilitador [MELHOROU].

27-06-2025 17:41 - Consciencialização da relação entre abuso do álcool e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-07-2025 16:15 - Consciencialização da relação entre abuso do álcool e disfuncionalidade: facilitadora [MELHOROU].

08-07-2025 16:15 - Significado atribuído ao abuso do álcool: não dificultador.

27-06-2025 17:41 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool

27-06-2025 17:41 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre abuso do álcool e disfuncionalidade

27-06-2025 17:41 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre abuso do álcool e disfuncionalidade

27-06-2025 17:41 - Analisar com o cliente a relação entre abuso do álcool e disfuncionalidade

27-06-2025 17:41 - Potencial para melhorar significado atribuído ao abuso do álcool

27-06-2025 17:41 - Avaliar evolução do significado atribuído ao abuso do álcool

27-06-2025 17:41 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

27-06-2025 17:41 - Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do álcool

8.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da ventilação

- Monitorizar frequência respiratória
- Ritmo respiratório
- Saturação periférica de oxigénio
- Coloração das mucosas
- Sensação de falta de ar

Avaliar evolução da autogestão da ventilação não invasiva

- Avaliar a adesão ao uso do CPAP, sendo o recomendado de pelo 4 horas noturnas no mínimo em 70% das noites (SPP et al., sd.) S.

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliar a pressão sanguínea

Avaliar evolução da tolerância à atividade

- Observar se há aumento da frequência, duração ou intensidade da atividade sem agravamento dos sintomas.

- Questionar se o utente descreve menos cansaço, menos dispneia para a mesma atividade ao longo do tempo.

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício

- Avaliar adesão ao padrão de 30 a 60 minutos de exercício aeróbico 5 a 7 vezes por semana(SPEDM, 2025) Executar técnica de entrevista m

Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

- Analisar se o utente consegue adaptar o regime de exercício de acordo com as suas necessidades, limitações e evolução da doença.
- Se é capaz de reconhecer sinais de alerta para modificar o plano (por exemplo, reduzir intensidade em caso de fadiga excessiva ou dor).

Analisar com o cliente a relação entre abuso do álcool e disfuncionalidade

- Criar um ambiente seguro e de confiança, possibilitando um dialogo aberto com disponibilidade a comunicação expressiva
- Ajudar a identificar aspetos da vida que podem estar a ser prejudicados pelo uso do álcool-" já percebeu se o álcool interfere no seu dia a dia ou em nas suas relações?

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Questionar a pessoa se sabe o significado de "Dificultador "-“O que pensa ou sente que dificulta em lidar com a sua condição?”
- Incentivar a pessoa a pensar em interpretações alternativas mais construtivas.

Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do álcool

- Avaliar a motivação para mudança, resistência, barreiras e facilitadores do autocontrolo.
- Explorar estratégias de coping que o utente usa para controlar o consumo.

Executar técnica de entrevista motivacional

- Enf: Sr. M, obrigado por estar aqui hoje. Gostaria de conversar um pouco consigo sobre a sua saúde e o seu dia a dia. Para começar, como tem passado os seus momentos com os seus netos? O que gosta mais nessas ocasiões? Sr. M: Ah, gosto muito de estar com eles, ir busca los a escola, brincar, contar histórias... são momentos que me fazem sentir bem. Enf: Que ótimo ouvir isso! Esses momentos parecem ser muito importantes para si. O que pensa que o ajuda a estar bem e aproveitar esses momentos da melhor forma? Sr. M: Creio que estar saudável é fundamental para poder acompanhar o ritmo deles, mesmo que às vezes seja cansativo. Enf: Percebo. A saúde é realmente um pilar para estar presente nas coisas que gostamos. E já pensou sobre o papel que o consumo de álcool tem na sua saúde e na sua energia para esses momentos?
- Sr. M: Olhe, eu costumo beber uma ou outra cervejita, mas acho que não é nada que me prejudique, e faço o quando vou ao café, e estou a jogar umas cartas, uma coisa leva a outra ... e sem me aperceber já bebi duas ou três cervejas sempre fiz assim e nunca tive grandes problemas. Enf :É bastante comum ouvirmos isso. E, ao mesmo tempo, a ciência nos mostra que o consumo regular de álcool, mesmo em pequenas quantidades, pode afetar aspetos importantes da saúde, como a energia, o sono e a capacidade de recuperação do corpo. Por exemplo, estudos indicam que o álcool pode dificultar a

qualidade do sono e afetar o sistema imunológico, o que pode reduzir a sua disposição para estar com a família. Como se sente ao ouvir isto? Sr. M: Não sei... nunca pensei nisso dessa forma. Sempre achei que era algo controlado. Enf: É natural sentir alguma dúvida. Gostava de saber: o que para si é mais importante na vida para garantir que continua a desfrutar desses momentos com os seus netos daqui a alguns anos?

- Sr. M: Acho que continuar saudável para estar com eles, vê-los crescer e poder partilhar a minha experiência. Enf: Esse é um objetivo muito valioso e importante. Quando pensa nisso, vê alguma ligação entre esse objetivo e o seu modo atual de viver, incluindo o consumo de álcool? Sr. M: Não tinha feito essa ligação até agora. Talvez tenha que pensar melhor nisso. Enf: Claro, Sr. M, o que aqui fazemos é apenas abrir espaço para refletir, sem qualquer pressão. Muitas vezes, essas pequenas reflexões ajudam-nos a olhar para as coisas sob uma nova perspetiva. Se estiver interessado, podemos conversar mais sobre isso quando quiser.

Avaliar evolução da dispneia

- Aplicar o questionário CAT COPD Assessment Test
- Aplicar o questionário mMRC (Modified Medical Research Council)

8.8. Síntese relativa ao caso

O Sr. M., de 72 anos, apresenta um percurso de vida marcado por um início precoce de atividade laboral e exposição prolongada a ambientes industriais, associado a um historial tabágico significativo. Estas condições contribuíram para o desenvolvimento das suas patologias, nomeadamente DPOC, HTA, dislipidemia e SAOS.

Apesar das limitações impostas pelo quadro clínico, o Sr. M. revela um estilo de vida funcionalmente ativo, desempenhando tarefas familiares e participando em momentos de convívio comunitário. Demonstra resiliência, fortes convicções religiosas e valorização dos laços afetivos, o que constitui um importante fator protetor.

Do ponto de vista terapêutico, encontra-se em regime de polimedicação complexa, incluindo broncodilatadores inaláveis, anti-hipertensores, estatinas, antiagregantes plaquetários e protetores gástricos. Este regime exige elevada competência de autogestão, que poderá ser influenciada por comportamentos de risco, como o consumo, por vezes abusivo, de álcool, especialmente em contexto social. Tal comportamento representa um risco acrescido para a sua estabilidade clínica, com impacto na eficácia medicamentosa, na função hepática e no controlo da pressão arterial e das DRC.

A análise sistémica do caso evidencia a necessidade de uma abordagem integrada e centrada na pessoa, valorizando os domínios funcionais críticos: sistema cardiovascular, autogestão do regime terapêutico, padrão alimentar, padrão de exercício, comportamento aditivo, atitudes

terapêuticas e conservação de energia. O EEECESF assume aqui um papel essencial na monitorização, educação, motivação e apoio ao Sr. M., promovendo a literacia em saúde, a adesão terapêutica e a adaptação funcional à sua condição crónica.

Dado o impacto significativo que o consumo excessivo de álcool exerce sobre a dinâmica familiar e individual, tornou-se evidente a necessidade de realizar uma entrevista com o Sr. M, com o objetivo de aprofundar a compreensão da sua perceção relativamente ao comportamento de consumo e às motivações subjacentes. Esta abordagem individualizada visa proporcionar um espaço seguro e confidencial, favorecendo a expressão livre de sentimentos, pensamentos e atitudes, promovendo uma maior consciencialização sobre o impacto dos seus comportamentos na própria saúde e no bem-estar familiar (Miller & Rollnick, 2013).

A entrevista foi conduzida segundo os princípios da EM, uma abordagem centrada na pessoa, colaborativa e diretiva, que tem como objetivo explorar e resolver a ambivalência face à mudança de comportamento, reforçando a motivação intrínseca do utente (Miller & Rollnick, 2013).

No início da entrevista, o Sr. M demonstrava estar no estágio de pré-contemplação, conforme descrito no Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska & DiClemente, 1983). Este estágio caracteriza-se por uma ausência de intenção consciente de mudar comportamentos num futuro próximo (habitualmente nos próximos seis meses). O Sr M tendia a não reconhecer o seu comportamento como problemático, frequentemente por falta de informação, minimização dos riscos, ou experiências prévias de insucesso que geram desmotivação e resistência.

Para ele, a perceção de que o consumo de álcool estava "sob controlo" e fazia parte da sua rotina social, refletindo essa ausência de consciência crítica sobre os potenciais impactos negativos do comportamento. Esta perceção é típica deste estágio, onde não há, ainda, disposição interna para a mudança, sendo comum a ambivalência e a normalização do comportamento de risco.

Neste contexto, procurei privilegiar estratégias de sensibilização, como a exploração cuidadosa dos valores pessoais (neste caso, o papel de avô e o desejo de estar presente na vida dos netos), e a promoção de reflexões significativas, sempre respeitando o ritmo do utente. O objetivo nesta fase foi sempre não induzir uma mudança imediata, mas sim aumentar a consciencialização sobre a possível discrepância entre os valores do indivíduo e os seus comportamentos atuais, tal como proposto por Miller e Rollnick (2013).

A forma como o Sr. M refletiu, no final da entrevista, sobre a possibilidade de “pensar melhor nisso” deixou uma ligeira abertura à contemplação, sinalizando que, com o apoio adequado, poderá progredir no processo de mudança. Este tipo de evolução gradual é consistente com o percurso dinâmico proposto pelo modelo transteórico, onde cada estágio representa uma fase importante na construção de uma mudança sustentada. Futuramente, será importante então

continuar este processo de “conversa sobre mudança” com o Sr. M, sempre com uma postura de empatia, aceitação e respeito pela sua autonomia, mas transmitindo sempre a esperança na mudança para melhor.

9. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O conceito de ESF evoluiu de forma paralela à história dos CS e, conseqüentemente, dos CSP como os conhecemos nos dias de hoje. Para definir-se ESF é necessário ter em conta o contexto de atuação profissional uma vez que pode variar conforme as políticas de saúde de um determinado país ou organizações de saúde.

O papel do EEECESF é regulamentado pelo Decreto-Lei nº 428/2018 de 16 julho onde é definido como o profissional de enfermagem que estando integrado numa equipa multiprofissional, assume a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem globais à família em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade. O EEECESF presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, tendo em conta os vários níveis de prevenção e em articulação/complementaridade com outros profissionais de saúde.

A perspetiva sistémica sobre a família permite avaliá-la no que diz respeito à função, dinâmica, desenvolvimento e estrutura tendo em conta a interação dos elementos entre si e da família enquanto sistema, com outros sistemas mais amplos, nomeadamente com o EF (Figueiredo, 2023).

Cabe ao enfermeiro decidir quais as subcategorias em que fazem sentido a avaliação em determinado momento, colocando-se lado a lado com as famílias, tendo em conta que a mudança é uma constante e que cada elemento da família tem uma visão própria de uma situação, colocando a ênfase na interação entre todos os elementos da família (Santo, M.L, 2023).

O perfil de competências, abrangendo dimensões comuns e específicas, tem como finalidade enquadrar e regulamentar o processo de certificação profissional, ao mesmo tempo que clarifica aos cidadãos as expectativas legítimas relativamente aos cuidados de enfermagem especializados. Deste modo, assegura-se que o EE é detentor de um corpo de conhecimentos, capacidades e aptidões que, de forma contextualizada face às necessidades de saúde da população-alvo, são mobilizadas para a intervenção em múltiplos contextos de vida e em todos os níveis de prevenção (OE).

Segundo Dias (2006), a competência pode ser entendida como a articulação organizada de conhecimentos, habilidades práticas e atitudes, adequadas ao contexto e às responsabilidades do enfermeiro, de modo a garantir uma prática profissional eficaz e eticamente sustentada.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, “o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns ... e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade”

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre estas competências, proceder-se-á a uma análise crítica e reflexiva do seu desenvolvimento ao longo do estágio, considerando os contextos de prática e os pressupostos teóricos que fundamentam a enfermagem especializada.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 140/2019, que define como Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE), este profissional é reconhecido pela sua capacidade científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas da especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019)

A concessão do título de EE exige não apenas a demonstração das competências específicas de cada especialidade, conforme descrito nos regulamentos, mas também a partilha de um conjunto de competências comuns, aplicável a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019)

Estas competências comuns exercem as capacidades partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialização, e traduzem-se na experiência para conceber, gerir e supervisionar cuidados de elevada qualidade. Além disso, incluem a capacidade de apoiar, de forma eficaz, a prática profissional especializada, especialmente nos âmbitos da formação, investigação e consultoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Em seguida, serão apresentados os domínios das CCEE (Regulamento n.º 140/2019, 2019) associados às atividades desenvolvidas, com o objetivo de ilustrar o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento.

Domínio- Responsabilidade profissional, ética e deontológica

Constituem as competências deste domínio: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746) e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

O EE, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, deve fundamentar as suas decisões em princípios éticos, valores humanistas e normas deontológicas, assegurando que a prática clínica respeita a dignidade e os direitos da pessoa, família e comunidade. Esta competência implica integrar conhecimento científico, legislação e o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009) no processo de decisão, garantindo que as intervenções sejam orientadas para o melhor

interesse do utente.

Durante o estágio, desenvolvi estratégias de resolução de problemas em colaboração com o utente, selecionando soluções adequadas às necessidades identificadas. Apoiei as decisões com base no conhecimento e experiência adquiridos, reforçados pelo programa formativo do mestrado, que contribuiu para uma análise crítica mais aprofundada das situações clínicas. Participei ativamente na definição de decisões conjuntas com a enfermeira tutora e com a equipa multidisciplinar, integrando sempre aspetos éticos, deontológicos e jurídicos no julgamento clínico, o que me permitiu promover uma prática profissional coerente com os princípios da deontologia. Neste contexto, assegurei o respeito pela dignidade e autonomia do utente, garantindo o consentimento informado e promovendo a sua participação ativa nas decisões de saúde, em conformidade com os artigos 83.º e 84.º do Código Deontológico (OE, 2009). Mantive o compromisso com a confidencialidade e a privacidade, princípios centrais da prática profissional (ICN, 2021), e procurei atuar de forma justa e equitativa, garantindo igualdade de tratamento e facilitando o acesso a recursos adequados, respeitando as diferenças individuais. Do mesmo modo, fundamentei as intervenções em evidência científica e na colaboração com a equipa, assumindo responsabilidade profissional e mantendo uma postura crítica e reflexiva perante a prática. Desenvolvi ainda atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, incentivando estilos de vida saudáveis e fomentando a adesão ao regime terapêutico, tal como defendido pelo Guia de Orientações Ético-Deontológicas da OE (2015).

Perante situações mais complexas, como dilemas familiares na gestão da DC, procurei sempre equilibrar os princípios da beneficência e da não maleficência, assegurando que as decisões fossem tomadas no melhor interesse do utente e da família (Nunes, 2016).

No exercício profissional, assumi um papel ativo na liderança dos processos de tomada de decisão ética, disponibilizando-me sempre que os cuidados exigiam competências específicas da ESF. Reconheci e valorizei as responsabilidades inerentes à minha área de especialização, posicionando-me como recurso e suporte para decisões complexas, reforçando a confiança e a colaboração interprofissional. Durante o estágio, desenvolvi estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente, assegurando o respeito pela sua dignidade e autonomia através do consentimento informado e da participação ativa nas decisões de saúde (OE, 2015). Participei em reuniões multidisciplinares para discutir casos de utentes com múltiplas comorbilidades, propondo intervenções fundamentadas em evidência científica e em práticas de autocuidado (Silva & Perreira, 2020). Entrevi em dilemas éticos familiares, promovendo decisões alinhadas com os princípios de beneficência e não maleficência e respeitando os direitos do utente (Nunes, 2016; ICN, 2021). Esclareci colegas sobre protocolos de gestão de DC e educação para a saúde, contribuindo para um plano de cuidados coerente e centrado na pessoa e na família. Paralelamente, promovi um ambiente de comunicação clara e partilha de conhecimento, garantindo que a equipa atuasse de forma coordenada, ética e conforme o Regulamento n.º 140/2019 e as orientações ético-deontológicas da OE (OE, 2016; OE, 2019).

De igual forma, avaliei sistematicamente o processo e os resultados das decisões tomadas, refletindo sobre a adequação das intervenções e sobre a ponderação que sustentou cada escolha. Partilhei estas reflexões com a equipa, fomentando um espaço de aprendizagem coletiva e melhoria contínua na qualidade dos cuidados. Este exercício consolidou a importância de uma postura crítica e reflexiva, essencial para o crescimento profissional e para a garantia de uma prática ética e segura.

Esta dimensão inclui a análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados e a gestão de contextos potencialmente comprometedores para os utentes. Nesse sentido, procurei defender os Direitos Humanos em conformidade com a deontologia profissional, assegurando o respeito pelo direito dos utentes ao acesso à informação e garantindo a confidencialidade e segurança de todos os dados obtidos no exercício profissional. Conforme estabelece o Código Deontológico do Enfermeiro, “o enfermeiro respeita a dignidade humana, os direitos do utente e da família, promovendo o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual” (OE, 2015, art. 82.º, al. b)). Para cumprir estes princípios, mantive cuidados como bloquear a sessão do computador sempre que me ausentei e evitar que a informação clínica ficasse visível a terceiros, protegendo assim a privacidade e integridade dos dados dos utentes. Respeitei o direito à privacidade, realizando consultas em gabinete fechado, e garanti que o utente e a sua família participassem ativamente na elaboração do plano de cuidados, de acordo com as suas necessidades, valores e preferências.

Além disso, assegurei cuidados culturalmente sensíveis, respeitando os costumes, crenças e práticas específicas de cada indivíduo e família, como a perceção de igualdade de género na Família A ou padrões sociais relacionados com o consumo de álcool, garantindo um atendimento personalizado e inclusivo. Os cuidados culturalmente sensíveis consistem em práticas que reconhecem e respeitam as diferenças culturais, sociais e espirituais dos utentes, promovendo um cuidado mais eficaz, seguro e centrado na pessoa (Campinha-Bacote, 2011).

Também promovi a segurança das práticas nas vertentes ética e deontológica, procurando sempre obter o consentimento informado antes da implementação de cuidados. Incentivei a livre escolha dos participantes nas entrevistas familiares, deixando à família a decisão sobre quem deveria estar presente. Adotei uma postura antecipatória, procurando prevenir incidentes, ao mesmo tempo que garanti, de forma contínua, a segurança, privacidade e dignidade do cliente.

Domínio- Melhoria contínua da qualidade

Constituem as competências deste domínio: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019,2019, p. 4747).

O Enfermeiro Especialista (EE), de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, assumiu um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, participando ativamente na governação clínica e assegurando práticas orientadas pela qualidade, segurança e melhoria contínua. No decurso do estágio, mobilizei conhecimentos e competências adquiridos em congressos científicos, direcionados para os cuidados especializados e para a otimização do acompanhamento da pessoa em contexto clínico (Anexo I,II,III,IV,V). A atualização sistemática destas competências traduziu-se na implementação de intervenções fundamentadas e na promoção da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Paralelamente, participei ativamente na disseminação científica, através da apresentação de uma comunicação oral intitulada “Malformação fetal na gravidez: o olhar do enfermeiro de família” (Anexo VI), e de um poster intitulado "Quando a Resposta Esta na Pergunta: Abordagem do Enfermeiro de Família"(Anexo VII) bem como da apresentação de um póster designado “RespiraSaúde: Respirar bem, viver melhor - consulta de enfermagem estruturada da doença respiratória” (Anexo VIII), contribuindo assim para a partilha de conhecimento e para o fortalecimento da prática baseada na evidência.

Reconheci que a melhoria da qualidade envolve a avaliação contínua das práticas, a revisão de processos quando necessário e a implementação de estratégias baseadas em evidência científica, pensamento crítico e utilização de ferramentas adequadas, garantindo o cumprimento das normas essenciais (Silva & Perreira, 2020). Identifiquei áreas prioritárias de intervenção, com destaque para a capacitação dos utentes na gestão da sua doença e para o fortalecimento do acompanhamento familiar, alinhando a prática com o padrão de cuidado centrado na pessoa e família (Regulamento n.º 367/2015, 2015). A partir desta análise, planeei ações que promovem um acompanhamento mais próximo e personalizado, envolvendo a família como parte integrante do processo terapêutico, e assumi um papel ativo na liderança de iniciativas de melhoria contínua na USF, motivando e capacitando a equipa para prestar cuidados mais centrados na pessoa/família e na sua realidade clínica.

A gestão de um ambiente terapêutico seguro constituiu outra prioridade, integrando os padrões de segurança e qualidade. Promovi condições físicas, psicossociais, culturais e espirituais que favorecessem o bem-estar e a proteção dos utentes e famílias. Todas as intervenções foram realizadas em conformidade com normas e procedimentos institucionais, garantindo a correta identificação dos utentes, prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e cumprimento de medidas de proteção, incluindo o uso de máscara quando necessário (OE,2015; ICN, 2021).

Apliquei princípios de ergonomia para prevenir danos próprios e aos utentes de forma a adaptar as condições laborais às capacidades e limitações dos profissionais, prevenindo lesões músculo-esqueléticas e promovendo a saúde ocupacional (Oliveira et al., 2017; Silva et al., 2020). No contexto da enfermagem, a aplicação desses princípios é fundamental para garantir a segurança tanto do profissional quanto do utente, contribuindo para a qualidade dos cuidados

prestados. Assegurei a confidencialidade e segurança dos dados clínicos, bloqueando o acesso eletrónico ao ausentar-me do gabinete.

Na gestão do risco, trabalhei em parceria com a enfermeira tutora na realização de manutenções preventivas de materiais e equipamentos, seguindo rigorosamente as medidas de prevenção e controlo da infeção. Conforme orientações da DGS, a implementação de práticas de controlo de infeção é fundamental para reduzir a taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, sendo esta uma prioridade nos CSP(DGS,2013).

Em observações realizadas, notei que nem todos os membros da equipa de enfermagem estavam a cumprir rigorosamente as práticas de higiene das mãos antes e após o contacto com os utentes. De acordo com as orientações da DGS, a higiene das mãos é uma das medidas mais eficazes para prevenir a transmissão de infeções nos CSP. Para reforçar esta prática, sugeri sessões de sensibilização e a implementação de lembretes visuais nas áreas de atendimento, visando aumentar a adesão às boas práticas de higiene das mãos(DGS,2019).

Durante o acompanhamento de utentes com DRC, observei que alguns não realizavam a higiene da boca após a utilização de dispositivos inalatórios. Esta prática inadequada aumenta o risco de complicações, como candidíase oral e infeções respiratórias secundárias, orientei os utentes sobre a importância de lavar a boca após cada inalação e demonstrei técnicas adequadas de higiene oral. Paralelamente, a equipa de enfermagem passou a reforçar esta instrução em cada consulta, promovendo a adesão às medidas de prevenção e contribuindo para a redução do risco de infeções associadas à terapia inalatória.

Mantive conhecimento atualizado sobre o mapa de riscos da USF e os procedimentos de reporte de incidentes, bem como sobre os planos institucionais de resposta a emergências, catástrofes e falhas informáticas. Organizei o meu trabalho de forma a minimizar a probabilidade de erros e acidentes, contribuindo para um ambiente seguro, funcional e centrado nas necessidades do utente e família, em conformidade com os padrões de qualidade e gestão da prática profissional definidos pela (Regulamento n.º 367/2015,2015).

Domínio- Gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados integra as seguintes competências: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748).

O EE, segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE, desempenha um papel central na gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e articulando com os restantes elementos da equipa de saúde. Esta função implica garantir que as intervenções realizadas respondem de forma eficaz às necessidades dos utentes e famílias, assegurando que as tarefas delegadas são conduzidas com segurança e qualidade. No decorrer do estágio, ofereci apoio

direto aos enfermeiros e à equipa da USF, permanecendo atenta a situações que requeriam encaminhamento para outros profissionais, como no caso de utentes beneficiários de consulta de cessação tabágica.

No sentido de assegurar a qualidade dos cuidados prestados, supervisionei tarefas delegadas, orientando e avaliando a eficácia da equipa de limpeza na higienização dos gabinetes de enfermagem entre consultas. Esta supervisão contribuiu para garantir um ambiente seguro e higienizado, alinhado com as normas de prevenção e controlo de infeção, reforçando a segurança tanto dos utentes como dos profissionais.

A gestão de cuidados implica a adaptação da liderança e dos recursos às necessidades específicas de cada contexto, de forma a assegurar a qualidade das intervenções. Para tal, apliquei legislação, políticas e procedimentos institucionais relacionados com a gestão de cuidados, adotando métodos de organização do trabalho que permitissem alcançar os objetivos definidos no plano de estágio.

No planeamento das consultas de enfermagem, estruturei o acompanhamento de utentes com DPOC e Asma, recorrendo a escalas de avaliação, garantindo que todas as intervenções fossem realizadas segundo os padrões definidos e os objetivos do estágio (Regulamento n.º 367/2015, 2015). Na gestão de medicamentos e terapêuticas, apliquei normas institucionais sobre armazenamento, administração e registo de medicamentos, assegurando a correta identificação do utente, a verificação de doses e horários, minimizando riscos e promovendo a segurança do cuidado (OE, 2009). Paralelamente, organizei o trabalho de forma a garantir a confidencialidade dos dados clínicos, seguindo a legislação sobre proteção de dados em Portugal (Lei n.º 58/2019), bloqueando sempre o acesso eletrónico aos sistemas ao ausentar-me do gabinete, reforçando a segurança e a privacidade da informação clínica (DGS, 2013).

Colaborei ativamente com todos os elementos da USF para otimizar a utilização dos recursos disponíveis, assegurando simultaneamente eficiência, segurança e qualidade na prestação dos cuidados.

Adaptei o meu estilo de liderança de acordo com o clima organizacional, favorecendo um ambiente de trabalho positivo e colaborativo. A equipa da USF revelou-se motivada e empenhada, o que facilitou a implementação de estratégias de cooperação entre diferentes grupos profissionais. Reconheço a importância de conhecer as funções e responsabilidades de cada membro da equipa, bem como a distribuição das tarefas, para garantir que cada elemento atua de forma coordenada e complementar, otimizando a resposta global aos utentes e suas famílias.

Domínio- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais integra a seguinte competências: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada

em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

O EE, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, deve desenvolver continuamente o autoconhecimento e a assertividade, bem como fundamentar a sua prática clínica especializada em evidência científica. No meu percurso formativo e no estágio, mantive uma busca constante pelo autoconhecimento, reconhecendo que a forma como me percebo e sou percebida influencia diretamente as relações estabelecidas com utentes, famílias e colegas da equipa multidisciplinar. Estou consciente dos meus recursos e limitações, tanto no plano pessoal como profissional, assumindo uma postura de abertura para o crescimento e a melhoria contínua. Procuro orientar as minhas emoções e sentimentos de modo a responder de forma eficaz às exigências do contexto, prevenindo e gerindo situações de conflito através de estratégias de comunicação assertiva e resolução colaborativa.

A minha prática clínica especializada assenta sempre em evidência científica, reconhecendo-a como alicerce para a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Com o apoio da enfermeira tutora, identifiquei necessidades formativas na equipa de enfermagem da USF, especialmente na área da saúde familiar e na abordagem às DR. Nesse âmbito, desenvolvi e realizei a formação “Cuidar da Respiração, Cuidar da Família” (Anexo V), com uma abordagem integrada à gestão da DR, e disponibilizei-me para criar outros conteúdos que promovessem a capacitação da equipa e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Complementarmente, participei em congressos de ESF, partilhando conhecimento através de posters e comunicações orais, contribuindo para a atualização científica da equipa e para a disseminação de boas práticas na área. (Anexo II e III)

Para além da partilha de conhecimento, incentivei a equipa a integrar novas evidências e a aplicar competências específicas da ESF na sua prática diária.

A implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada foram prioridades na minha atuação, garantindo consistência, qualidade e segurança nas intervenções de enfermagem. Nesse contexto, participei na implementação guias de avaliação com foco em utentes com DPOC ou Asma que assegurassem que todas as etapas do acompanhamento clínico fossem cumpridas de forma padronizada e baseada em evidência científica. Estes procedimentos permitiram uniformizar as práticas, orientar a tomada de decisão clínica e promover a segurança do utente, assegurando que a equipa atuasse de acordo com os padrões de qualidade definidos para a ESF (Regulamento n.º 367/2015, 2015; OE, 2009).

Apoiei-me nos conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, tanto na vertente teórica como na componente prática, aplicando modelos de enfermagem, instrumentos de avaliação e intervenções adequadas ao contexto. Esta integração de teoria e prática permitiu-me prestar cuidados especializados com segurança, competência e foco na pessoa e família, assegurando que as decisões clínicas fossem sempre baseadas em conhecimento atualizado e validado cientificamente.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS DO ENFRMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITARIA NA AREA DA ENFERMAGEM DE SAUDE FAMILIAR

Entende-se por competências específicas “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.4745).

O EEECESF ocupa uma posição estratégica no sistema de saúde, caracterizando-se pela sua proximidade com os utentes e respetivas famílias. Esta relação de proximidade confere-lhe um papel essencial na promoção da saúde, na prevenção da doença e no acompanhamento contínuo ao longo do ciclo vital. Reconhecendo a importância desta intervenção diferenciada, foi publicado o Regulamento n.º 428/2018 da OE, que estabelece as competências específicas do EEECESF definindo igualmente os critérios necessários para a certificação profissional.

Tendo por base o disposto no dito regulamento, a prática do EEECESF, desenvolve-se a partir de um conjunto de competências específicas que orientam a sua intervenção junto das famílias e comunidades. Estas competências refletem a capacidade de intervir de forma autónoma e diferenciada em todas as fases do CVF, promovendo o bem-estar, prevenindo a doença e otimizando a gestão da saúde (Regulamento n.º 428/2018, 2018). De seguida, apresenta-se a análise reflexiva de cada competência, articulando a sua descrição regulamentar com a experiência prática e as aprendizagens desenvolvidas ao longo do estágio.

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

Durante o estágio em ESF, desenvolvi competências essenciais para cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção. A prática de cuidados em contexto familiar exige uma abordagem holística e centrada na família, reconhecendo que esta constitui um sistema único com forças, competências e processos interacionais próprios, que influenciam significativamente as crenças, os comportamentos em saúde e a tomada de decisão. A comunicação familiar — verbal e não-verbal — e o seu legado cultural são elementos fundamentais na construção de significados em torno da saúde e da doença (IFNA, 2015).

A minha intervenção foi guiada pelo MDAIF, com a recolha sistemática de dados que permitiu uma compreensão aprofundada da estrutura, desenvolvimento e funcionalidade familiar. Utilizei instrumentos de avaliação como a Escala de Graffar, FACES II APGAR Familiar de Smilkstein, genogramas e ecomapas, os quais possibilitaram uma análise integrada das dimensões socioeconómicas, relacionais e contextuais das famílias. Através desta abordagem, foi possível identificar fatores de risco, vulnerabilidades, mas também os recursos e forças que sustentam o processo de adaptação e de saúde familiar, permitindo-me desenhar intervenções

adequadas a cada situação e ciclo de vida.

No decorrer do meu estágio, percebi a importância da Entrevista Familiar Sistémica como instrumento facilitador da relação com as famílias em situação de DR. Esta abordagem, descrita por Wright e Leahey 2013 permitiu-me compreender as dinâmicas familiares, identificar padrões de interação e reconhecer recursos internos da família, muitas vezes não valorizados pelos próprios membros.

No âmbito da intervenção familiar, a utilização de técnicas específicas revelou-se fundamental para responder às necessidades complexas das famílias acompanhadas. No caso do utente com consumo excessivo de álcool, que interferia na dinâmica familiar, utilizei a EM como ferramenta para estimular a reflexão e o envolvimento ativo na mudança comportamental, promovendo o empoderamento e respeitando o ritmo do indivíduo. Já na família com relação dinâmica disfuncional, caracterizada por dificuldades na comunicação, implementei o Ritual Terapêutico, criando um espaço seguro para a expressão emocional e a reconstrução dos vínculos, fortalecendo a coesão familiar.

Estas estratégias demonstram a importância da prática do EEESF sustentada em evidência científica, adaptando as intervenções às especificidades de cada contexto familiar. Ao liderar e colaborar com a equipa de saúde e as famílias, procurei promover respostas personalizadas e eficazes, centradas na pessoa, essenciais para a promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação do equilíbrio familiar em situações complexas.

Na prática, procurei adotar o princípio da hipotetização, com consciência que não existem hipóteses certas ou erradas, apenas suposições que poderão ser reformuladas ao longo da relação terapêutica (Wright & Leahey, 2013). Ao trabalhar com famílias em que um dos elementos apresentava Asma ou DPOC, realcei aspetos como a cooperação na vigilância dos sintomas, a organização das rotinas diárias e o apoio mútuo na adesão ao regime terapêutico. Senti que esta valorização aumentava a motivação e a confiança da família para lidar com os desafios impostos pela DR.

A neutralidade foi igualmente essencial. Segundo Figueiredo (2012), esta postura implica uma escuta ativa, sem julgamento e sem tomar partido. Mantendo esta atitude, mesmo perante divergências sobre a partilha de responsabilidades nos cuidados, consegui que todos os elementos se sentissem ouvidos e legitimados, criando um espaço seguro para a expressão das suas dificuldades, medos e expectativas.

A circularidade orientou a forma como formulei as minhas questões durante as entrevistas familiares. Como referem Wright e Leahey (2013), a utilização de diferentes tipos de questões permite explorar tanto informações objetivas como significados subjetivos atribuídos à doença. Assim, utilizei questões lineares para recolher dados sobre hábitos de vida ou adesão à medicação; recorri a questões estratégicas para incentivar a reflexão sobre comportamentos de

risco, como o tabagismo; explorei questões reflexivas para estimular a família a pensar sobre o impacto das suas respostas face às crises respiratórias; e utilizei questões circulares para compreender como as ações de um membro influenciavam o bem-estar dos restantes.

Paralelamente, estabeleci uma relação terapêutica próxima, empática e colaborativa com as famílias, criando um ambiente de confiança que facilitou a partilha de experiências e expectativas. Promovi o envolvimento ativo dos seus diferentes elementos na definição de objetivos de saúde, respeitando os seus valores, crenças e decisões, e assegurando a co-construção de planos de cuidados individualizados e culturalmente sensíveis. Esta abordagem fomentou a autonomia, o empoderamento e a corresponsabilização da família no processo de cuidados, potenciando intervenções eficazes em todos os níveis de prevenção: primário, secundário e terciário.

Refletindo sobre esta experiência, reconheço que a aplicação dos princípios da Entrevista Familiar Sistémica e a valorização da parceria terapêutica foram determinantes para consolidar a minha intervenção como futuro EEECESF, em conformidade com o Regulamento n.º 428/2018. Esta abordagem possibilitou uma avaliação mais completa, potenciou a corresponsabilização da família no processo de cuidar e promoveu a resiliência e a autonomia familiar na gestão da DR.

A Teoria das Transições, de Afaf Meleis, constitui uma referência central para compreender e apoiar os elementos da família em momentos de mudança significativa, como o diagnóstico de DC, a reorganização de papéis ou alterações na dinâmica familiar. Estas transições, muitas vezes complexas e multidimensionais, exigem do EEECESF a capacidade de identificar indicadores de vulnerabilidade, reconhecer os significados atribuídos pelas famílias e planear intervenções que favoreçam a adaptação, a reorganização interna e a aquisição de novas competências (Meleis, 2010). Complementarmente, a perspetiva de Rolland (1987) sobre as DC enfatiza que estas não afetam apenas o indivíduo, mas alteram todo o sistema familiar, provocando mudanças nos papéis, nas rotinas diárias e nas relações emocionais. O comportamento da família face à doença depende do tipo, da fase e da gravidade da condição, podendo variar entre adaptação resiliente, reorganização funcional ou situações de sobrecarga e disfunção. A integração destas teorias na prática de ESF permite antecipar necessidades, reforçar recursos familiares e implementar estratégias de apoio individualizadas, promovendo processos de transição mais seguros e uma resposta familiar mais adaptativa à DC.

Na monitorização das respostas familiares às intervenções, considerei variáveis como os vínculos afetivos, o estágio do CVF, os recursos disponíveis, as crenças culturais e espirituais, e o contexto ambiental. A avaliação funcional da família permitiu-me identificar barreiras e oportunidades de mudança, orientar decisões clínicas fundamentadas e desenvolver intervenções alinhadas com os princípios da prática avançada, tais como : Ajuste de intervenções de enfermagem de acordo com dados clínicos, resultados de escalas de avaliação familiar (como APGAR ou FACES II), garantindo que as decisões considerem fatores físicos,

psicológicos e sociais.; facilitação de discussões familiares para redistribuição de papéis, resolução de conflitos e fortalecimento do suporte emocional, promovendo a resiliência familiar.

Para acompanhar os ganhos em saúde da pessoa com DRC, utilizei instrumentos de avaliação validados, como o CARAT, CAT e o mMRC, que fornecem dados objetivos sobre a condição respiratória e a percepção de sintomas. Paralelamente, a interpretação das narrativas familiares sobre as intervenções propostas — como os Rituais Terapêuticos ou EM — possibilitou avaliar o impacto subjetivo dessas estratégias na adaptação familiar, na adesão às recomendações e na reorganização dos papéis e rotinas, permitindo ajustar as intervenções de forma individualizada e centrada na família.

Os cuidados prestados foram registados no processo clínico individual e familiar, assegurando rastreabilidade e continuidade, enquanto a prática reflexiva e a avaliação contínua dos ganhos em saúde permitiram analisar o impacto das intervenções e ajustar os planos de cuidados. A incorporação de evidência científica, através de pesquisa em bases de dados e participação em encontros científicos, já anteriormente referidos, reforçou a fundamentação das decisões clínicas. Trabalhando em estreita articulação com a enfermeira orientadora e a enfermeira tutora, desenvolvi competências técnico-científicas, relacionais e ético-deontológicas, fortalecendo a capacidade de intervir de forma autónoma e centrada na família, promovendo a saúde em todas as fases do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção.

Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de Saúde familiar

No exercício da competência de liderar e colaborar nos processos de intervenção em ESF, assumi uma postura ativa e integrada na articulação com as diferentes equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para garantir cuidados centrados na família e no indivíduo. A colaboração interdisciplinar foi uma constante, promovendo o trabalho em equipa e a partilha de responsabilidades, o que contribuiu para uma abordagem mais holística e eficaz.

Durante o estágio, apresentei às famílias os recursos sociais e de saúde disponíveis na comunidade, como os espaços verdes que possibilitem a caminhada, associações que preconizem a atividade física, apoiando-as na escolha informada dos serviços mais adequados às suas necessidades específicas. Esta ação facilitou a autonomização das famílias, valorizando a sua participação ativa no processo de cuidados. Além disso, coloquei-me à disposição como consultora especializada, intervindo sempre que os cuidados exigiram conhecimentos e competências específicas da EEECESF.

Na gestão do sistema de cuidados da família, abordei os diferentes níveis de prevenção, promovendo uma visão ampla e integrada da saúde familiar. Assumi como prioridade a educação para a saúde, fundamental para a manutenção da estabilidade clínica, para a adesão ao regime terapêutico e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com Asma ou DPOC.

No âmbito da prevenção primária, incentivei a vacinação em utentes com DRC, promovendo a adesão às vacinas sazonais, como a da gripe e da COVID-19, bem como às vacinas antipneumocócicas, entre outras. Esta intervenção teve como objetivo reduzir o risco de complicações respiratórias, hospitalizações e infeções graves, contribuindo para a manutenção da saúde e da qualidade de vida dos utentes. Para tal, disponibilizei informação clara e baseada em evidência científica sobre a eficácia, a segurança e a importância da vacinação, esclarecendo dúvidas e desmistificando receios comuns. Paralelamente, registrei a adesão vacinal e monitorizei possíveis efeitos adversos, garantindo um acompanhamento seguro e personalizado. Esta prática reforça a abordagem proactiva e centrada na pessoa, característica da Enfermagem de Saúde Familiar, e alinha-se com as recomendações das autoridades de saúde nacionais e internacionais (DGS, 2023). Promovi estratégias de sensibilização e capacitação da família para a redução da exposição a fatores de risco respiratório, como o tabagismo, poeiras e ambientes poluídos. Através da educação e do planeamento conjunto, incentivei a adoção de estilos de vida mais saudáveis, promovendo mudanças que favoreçam não apenas a saúde individual, mas também o equilíbrio e o funcionamento familiar nos seus domínios cognitivo, afetivo e comportamental.

Na prevenção secundária, assumi a responsabilidade de vigiar, aconselhar e educar a pessoa e a família relativamente à gestão da DC. Desenvolvi intervenções centradas na monitorização de sintomas, no reconhecimento precoce de sinais de exacerbação e no uso correto da terapêutica inalatória. Procurei apoiar a aquisição de competências de autovigilância e de autocontrolo, fundamentais para a aceitação da condição respiratória e para a adesão ao regime terapêutico (DGS,2017, Gold;2024).

No âmbito da prevenção terciária, orientei a pessoa e a família para a reabilitação e para a maximização da capacidade funcional, valorizando a reintegração precoce e a promoção da autonomia. Liderei e colaborei na implementação de planos terapêuticos que incluem a terapêutica inalatória, a educação em técnicas de conservação de energia e o suporte emocional e social necessário. Assim, contribuí para a estabilização clínica, a prevenção de complicações e a diminuição do impacto socioeconómico da DR na família.

Ao ministrar formação à equipa de enfermagem sobre o tema “Cuidar da Respiração, Cuidar da Família” (Anexo X), sob a forma de power point (Anexo XII), com a elaboração de um plano de formação (Anexo XI), tive a oportunidade de refletir acerca da relevância da capacitação contínua na melhoria da qualidade dos cuidados. Durante este momento formativo, procurei não apenas partilhar conhecimento sustentado na evidência científica, mas também reforçar a sensibilização da equipa para a importância de um acompanhamento mais próximo e adequado à pessoa e à família em situação de doença respiratória. No mesmo sentido de partilha e difusão de conhecimento, participei em congressos científicos através da apresentação de uma comunicação oral e de um póster (Anexos VI,VII,VIII), experiências que contribuiriam para o fortalecimento da prática baseada na evidência. Fui ainda convidada a palestrar no II Congresso

de Enfermagem de Saúde Familiar de Leiria, na mesa-redonda “Cuidar ao longo do ciclo vital: novos desafios, velhos temas”, com a temática “Respira se puderes”, o que constituiu um momento de valorização profissional e de contributo para a reflexão coletiva sobre os desafios emergentes em saúde familiar (Anexo IX).

O registo rigoroso e sistematizado da informação relativa à saúde da família, como condições habitacionais, fatores socioeconómicos e fases do ciclo vital, foi parte essencial do processo de avaliação e planeamento. Identifiquei a necessidade de adaptar os sistemas de informação para permitir a avaliação direta dos resultados e ganhos em saúde decorrentes da intervenção do ESF. Para tal, propus a integração de ferramentas como genogramas, ecomapas e escalas familiares (APGAR, FACES II, entre outras), que enriquecem a análise e apoiam a tomada de decisão. Dada a impossibilidade de registar diretamente estas ferramentas no sistema informático, sugeri a elaboração de um documento em Word contendo os gráficos, resultados das escalas e uma síntese interpretativa, que posteriormente seria convertido em PDF e impresso para anexar ao processo em papel da família. No registo digital, procedia-se ao registo apenas de uma nota-resumo indicando que a documentação completa se encontrava anexada, garantindo a acessibilidade da informação e a continuidade dos cuidados.

Na minha prática, percebo que a competência EEECESF, ao liderar e colaborar nos processos de intervenção, está profundamente ligada aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001; 2015). Assumir este papel de liderança não se resume à coordenação de cuidados, mas implica envolver a família de forma ativa, promovendo comunicação clara, corresponsabilização e tomada de decisão partilhada (OE, 2011). Ao orientar as intervenções para a promoção da saúde e prevenção de complicações, senti que consigo capacitar as famílias, estimulando o autocuidado e reforçando a sua autonomia (Mendes, 2020).

Refletindo sobre esta competência, compreendi a importância de respeitar os valores e crenças de cada família, ajudando-as a adaptar-se às mudanças impostas pela doença, mas também a mobilizar recursos que favorecem a sua readaptação e bem-estar (Wright & Leahey, 2013; Hesbeen, 2001). Ao assumir um papel ativo na organização dos cuidados, percebi que contribuo diretamente para a continuidade, a segurança e a qualidade do processo de cuidar (OE, 2011).

Este estágio revelou-se, para mim, uma oportunidade única de aprofundar e expandir competências que já possuía como EF, ao experienciar a prática avançada e reflexiva exigida ao EESF. Senti que pude consolidar a minha capacidade de liderança, de colaboração interprofissional e de envolvimento das famílias na gestão da saúde, reforçando não só a qualidade dos cuidados prestados, mas também o meu crescimento profissional e pessoal.

10. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio constitui um momento de integração entre o conhecimento científico e a prática clínica especializada, no âmbito da ESF, tendo a gestão da DRC como fio condutor. A experiência desenvolvida em contexto de CSP possibilitou não apenas a consolidação das competências comuns e específicas do EE, mas também o aprofundamento de uma prática sustentada em referenciais teóricos, que reconhecem a família como sistema dinâmico, interdependente e central no processo de cuidar. De forma crítica-reflexiva, considera-se que os objetivos inicialmente delineados foram, em grande medida, atingidos: a aquisição e aprofundamento das competências do EEECESF foram assegurados através da utilização do MDAIF, da aplicação do processo de enfermagem e da mobilização de evidência científica para sustentar as intervenções. A intervenção junto das famílias em processo de transição não normativa, como a vivência da DRC, permitiu desenvolver competências de avaliação, planeamento e intervenção familiar, valorizando o papel do enfermeiro na capacitação e no reforço das dinâmicas adaptativas. Contudo, alguns desafios emergiram, nomeadamente a limitação temporal do estágio, que condicionou a implementação de estratégias de acompanhamento continuado e a monitorização dos resultados a longo prazo. Assim, embora os objetivos gerais e específicos tenham sido cumpridos, este percurso formativo evidenciou a necessidade de uma prática reflexiva e ajustada à realidade dos contextos, reforçando a importância da liderança, da colaboração interdisciplinar e da flexibilidade na gestão da intervenção em ESF.

O percurso descrito neste relatório assenta igualmente numa vivência profissional construída ao longo de vários anos como EF. Este trajeto revelou, de forma progressiva, a necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências avançadas, capazes de dar resposta a desafios complexos colocados pelas doenças crónicas e pela sua repercussão no quotidiano das famílias. Assim, a realização deste estágio representou também um processo de empowerment pessoal e profissional, que reforçou a capacidade de intervir com maior segurança, fundamentação científica e sensibilidade humana.

A utilização de modelos como o MDAIF e o MCAIF, bem como o recurso aos fundamentos da TGS, à Cibernética, à Teoria da Comunicação Humana, à Teoria das Transições às Teorias do Desenvolvimento Familiar, permitiram compreender de forma holística as famílias acompanhadas, respeitando as suas singularidades e potenciando os seus recursos internos. Este enquadramento orientou intervenções diferenciadas, que abrangeram não só a gestão da doença e das suas repercussões clínicas, mas também a reorganização relacional, a capacitação dos cuidadores e o reforço da resiliência familiar.

Os estudos de caso apresentados evidenciam que a gestão da doença respiratória crónica não se esgota no plano individual, exigindo uma abordagem integrada, centrada na família, capaz de articular o cuidado técnico, a educação para a saúde e o suporte emocional. Neste sentido, as intervenções de enfermagem realizadas traduziram-se em ganhos efetivos em saúde, designadamente no controlo da sintomatologia, na adesão terapêutica, na melhoria da comunicação intrafamiliar e na promoção da autonomia e coesão.

Numa perspetiva reflexiva, este percurso formativo revelou-se determinante para o desenvolvimento de competências clínicas, relacionais e éticas, reafirmando a relevância do EF enquanto facilitador de processos de adaptação e mudança em contextos de vulnerabilidade. Mais do que uma prática centrada na doença, destacou-se uma prática centrada na família, numa lógica de corresponsabilização, proximidade e humanização dos cuidados.

Não obstante aos ganhos alcançados, este percurso não esteve isento de desafios. O regresso ao estudo após vários anos de prática profissional implicou um esforço acrescido de adaptação, nomeadamente na conciliação entre o saber experiencial e os referenciais teóricos que fundamentam a prática especializada. Acresce ainda a necessidade de desenvolver competências no domínio digital, uma vez que a utilização de sistemas informáticos menos familiares, bem como o recurso a plataformas específicas como o e4nursing e a Ontologia de Enfermagem, exigiram um processo de aprendizagem contínuo e, por vezes, exigente. Estas dificuldades, contudo, traduziram-se em oportunidades de crescimento, pois permitiram ampliar horizontes, adquirir novas ferramentas de análise e fortalecer a autonomia na integração entre teoria e prática.

Em suma, este estágio reforçou a consciência de que a intervenção do EEECESF, na gestão da doença respiratória crónica, constitui não apenas uma resposta às necessidades clínicas, mas também um contributo essencial para a promoção da saúde familiar, para o fortalecimento das capacidades adaptativas das famílias e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2006). *Famílias em mudança e a terapia familiar*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Amaro, F. (1996). Escala de Graffar adaptada. In A. M. B. Costa, F. R. Leitão, J. Santos, J. V. Pinto, & M. N. Fino (Eds.), *Currículos funcionais* (Vol. II). Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- American Diabetes Association. (2024). Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S1-S350. <https://doi.org/10.2337/dc24-SINT>.
- Antonucci, T. C. (2001). Social relations & health: A sociological perspective. *Journal of Health & Social Behavior*, 42(4), 338-350.
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 58/2019: Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679, relativo à proteção das pessoas singulares no tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados [Lei]. *Diário da República*, série I, n.º 151, pp. 3-40. Recuperado de <https://dre.pt/home/-/dre/124652963/details/maximized>.
- BaHammam, A. S., et al. (2022). Obesity & Obstructive Sleep apnea. *Sleep & Breathing*, 26(1), 223-230.
- Bavelas, J. B. (2021). Pragmatics of human communication: 50 years later. *Journal of Systemic Therapies*, 40(2), 3-25
- Bell, J. M. (2009). Family systems nursing: Re-examined. *Journal of Nursing*, 15(2), 123-129.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new Millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-847
- Beuther, D. A., & Sutherland, E. R. (2007). Overweight, obesity, & incident asthma: a meta-analysis of prospective epidemiologic studies. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*, 175(7), 661-666.
- Bispo, R. M., Santiago, L. M., Rosendo, I., & Simões, J. A. (2022). Risco familiar, classificação socioeconómica e multimorbilidade em medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38(2), 149-156.
- Boulet, L.-P., Reddel, H. K., Bateman, E. D., et al. (2015). The Global Initiative for Asthma (GINA): 2015 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management & Prevention. *European Respiratory Journal*, 46(6), 1574-1575.
- Boulet, L.-P., Vervloet, D., Magar, Y., et al. (2019). Asthma in the elderly: Current understanding

& future research needs—A report of a National Institute on Aging workshop. *The Journal of Allergy & Clinical Immunology: In Practice*, 7(5), 1337-1346

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.

Broto, G. R., & Guimarães, L. S. P. (2017). Família e doença crônica: Uma compreensão sistêmica das interações familiares. *Revista da SPAGESP*, 18(1), 47-56.

Butcher, L. (2024). Chronic diseases—Chronic respiratory diseases: Understanding, impact & management. *Open Access Research on Chronic Diseases*, 8(5), 220-221.

Caillé, P., & Rey, Y. (2005). *Les objets flottants : Méthodes d'entretiens systémiques* (3^e éd. rev. et augm.). Paris: Fabert.

Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *Online journal of Issues in Nursing*, 16(2).

Carter, B., & McGoldrick, M. (2016). *The expanding family life cycle: Individual, family, & social perspectives* (5.^a ed.). Pearson.

Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1988). *The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family, & Social Perspectives*. Allyn & Bacon

Carvalho, A. P., Figueiredo, M. H., & Silva, M. E. (2021). Promoção da saúde familiar em contextos de doença crónica: contributos do enfermeiro de família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar*, 8(1), 34-42.

Castanyer, O. (2017). *Voy a ser asertiva: Utiliza tu inteligencia emocional para autoafirmarte*. Desclée De Brouwer.

Cheng, S., Sit, J. W., & Li, X. (2018). Managing multiple chronic conditions: A qualitative study of patient experiences. *BMC Family Practice*, 19(1), 1-8.

Cotrim, H., & Figueiredo, S. (2023). Famílias reconstruídas. In H. Cotrim & S. Figueiredo (Eds.), *Diversidade e dinâmicas familiares: Desafios para a intervenção* (pp. 107-118). Pactor.

Davies, K. L., & Davies, D. D. (2023). Home safety techniques. In *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing

Davies, M. J., Aroda, V. R., Collins, B. S., Gabbay, R. A., Green, J., Maruthur, N. M., Rosenzweig, J. L., & Tsapas, A. (2022). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) & the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*, 65, 1925-1966.

Dias, M. O. (s.d.). Comunicação como processo de interação e de integração no sistema familiar - os valores. *Gestão e Desenvolvimento*. Instituto de Gestão e das Organizações da Saúde,

Universidade Católica Portuguesa.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). Norma n.º 020/2013: *Abordagem, Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial no Adulto*.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2016). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Plano Nacional para a Saúde Respiratória 2017-2025*.

Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma n.º 007/2019 de 16/10/2019: *Higiene das mãos nas unidades de saúde*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017-2020*.

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Estratégia Nacional para a Gestão da Doença Crónica 2020-2030*.

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Plano de ação para a literacia em saúde: 2019-2021*.

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Relatório Anual 2022*. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas – Plano de ação*.

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Healthcare Through Patients' Eyes – The next generation of healthcare performance indicators*.

Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *A Hipertensão Arterial em Portugal*.

Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos. (ERSAR).(s.d.).Legislação do sector.

Environmental Protection Agency (EPA). (2020). *Air pollution & asthma*.

European Respiratory Society (ERS). (2023). *Severe asthma: Position paper from the European Respiratory Society*.

European Society of Cardiology (ESC), & European Society of Hypertension (ESH). (2023). *2023 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension*. *European Heart Journal*.

European Society of Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC). (2018). *2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension*. *European Heart Journal*, 39(33), 3021-3104.

Fernandes, M. R. (1999). *Dinâmica familiar e intervenção da enfermagem* (1.ª ed.). Lisboa: Lusociência

Fiese, B. H., & Everhart, R. S. (2006). Medical adherence & childhood chronic illness: Family daily management skills & emotional climate as emerging contributors. *Current Opinion in Pediatrics*, 18(5), 551-557.

Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines & rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, 16(4), 381-390 <https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.4.381>

Figueiredo, A. (2012). *Satisfação conjugal e resolução de conflitos em famílias portuguesas*. Edições Sílabo.

Figueiredo, B. (2012). *Família: Desenvolvimento, interação e intervenção* (2.^a ed.). Lusociência.

Figueiredo, M. (2023). *Desenvolvimento familiar e ciclo vital: Perspetivas contemporâneas*. Edições Saúde e Família.

Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel.

Figueiredo, M. H. (Org.). (2023). *Enfermagem de família: Teorias, práticas e investigação* (2.^a ed.). Lusodidacta.

Figueiredo, M. H. P. (2009). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Um contributo para a Enfermagem de Família*. [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto].

Figueiredo, M. H. P. (2012). Avaliação e intervenção familiar em enfermagem: contributos do modelo dinâmico. *Referência*, (8), 19-28.

Figueiredo, M. H. P. (2012). *Intervenção familiar em enfermagem de saúde familiar: Da teoria à prática*. Lusociência.

Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., Dorfman, S. F., Froelicher, E. S., Goldstein, M. G., Heaton, C. G., Henderson, P. N., Heyman, R. B., Koh, H. K., & Richling, D. E. (2008). *Treating tobacco use & dependence: 2008 update. Clinical practice guideline*. U. S. Department of Health & Human Services. inferior do formulário.

Fitzpatrick, M. A., & Ritchie, L. D. (1994). Communication schemata within the family. *Communication Monographs*, 61(3), 221-257.

Fonseca, A. M., Paúl, C., & Ribeiro, O. (2018). Envelhecimento, autonomia e redes sociais: desafios para as famílias. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(2), 7-23

Fonseca, A. M., Pereira, M., & Monteiro, S. (2018). Comportamentos de risco e envelhecimento: desafios para os cuidados de enfermagem. *Revista Enfermagem Atual*, 85(3), 112-118

Fonseca, J. A., Nogueira-Silva, L., Morais-Almeida, M., Azevedo, L. F., Sa-Sousa, A., Ferreira, J., & Bousquet, J. (2010). Control of allergic rhinitis & asthma test (CARAT): Development &

validation. *Allergy*, 65(8), 1042-1048.

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, & practice* (5th ed.). Prentice Hall.

Global Initiative for Asthma (GINA). (2024). *Global strategy for asthma management & prevention*. <https://ginasthma.org>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2024). *Global strategy for the prevention, diagnosis, & management of chronic obstructive pulmonary disease* (2024 report). <https://goldcopd.org>

Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças: Saúde e cura para a pessoa e família*. Lusodidacta.

Gottman, J. M., & Silver, N. (2015). *The seven principles for making marriage work: A practical guide from the country's foremost relationship expert*. Harmony Books.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 455-459.

Guedes, V., Figueiredo, M. H., Novais, R., & Cotrim, H. (2020). Perspetiva da família sobre as implicações do uso de ventilação mecânica não-invasiva em casa. *Revista ROL de Enfermeria*, 43(Supl. 1), 140-145.

Guedes, V., Novais, R., Marques, T., & Figueiredo, M. H. (2024). Implication for the use of non-invasive mechanical ventilation at home, from the perspective of the individual. *Millennium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(23), e33461. Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família* (2.ª ed.). Lusociência.

Hartman, A. (1975). Diagrammatic assessment of family relationships. *Social Casework*, 56(4), 465-476

Hartman, A. (2019). Diagrammatic assessment of family relationships: Genograms & ecomaps. In J. R. Liddle & C. H. H. Carr (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 231-249). Guilford Press.

International Council of Nurses (ICN). (2021). *Código de Ética para Enfermeiros*. ICN.

Imber-Black, E. (1988). *Secrets in families & family therapy*. W. W. Norton & Company.

Imber-Black, E. (1993). *Rituais familiares: Como transformar e curar os vínculos familiares*. Paulinas.

Imber-Black, E. (2002). *Rituais familiares: Como transformar e curar os vínculos familiares* (2.ª ed.). Paulinas.

Imber-Black, E., & Roberts, J. (1998). *Rituals for our times: Celebrating, healing, & changing our*

lives & our relationships. Jason Aronson.

Infarmed. (2022). *Relatório nacional sobre o acesso e utilização de medicamentos para asma e DPOC em Portugal*. Infarmed.

Infarmed. (2024). *Ficha técnica dos medicamentos: Perindopril, Dulaglutido, Atorvastatina + Ezetimiba, Budesonida + Formoterol, Metformina*.
<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infomed-base-de-dados-de-medicamentos>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas da saúde: 2022*. INE

International Family Nursing Association (IFNA). (2015). *IFNA position statement on generalist competencies for family nursing practice*. <https://internationalfamilynursing.org>

Jones, P. W., Tabberer, M., & Chen, W. (2011). Properties of the COPD assessment test in a cross-sectional European study. *European Respiratory Journal*, 38(1), 29–35.
<https://doi.org/10.1183/09031936.00177210>

Jordan, A. S., McSharry, D. G., & Malhotra, A. (2014). Adult obstructive sleep apnoea. *The Lancet*, 383(9918), 736–747. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60734-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60734-5)

Kaakinen, J. R., Coelho, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, & research* (6th ed.). F. A. Davis.

Kapur, V. K., Auckley, D. H., Chowdhuri, S., Kuhlmann, D. C., Mehra, R., Ramar, K., & Harrod, C. G. (2017). Clinical practice guideline for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(3), 479–504. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6506>

Koerner, A. F., & Fitzpatrick, M. A. (2002). Toward a theory of family communication. *Communication Theory*, 12(1), 70–91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2002.tb00260.x>

Kuna, S. T., Benca, R. M., Kushida, C. A., Walsh, J. K., & Malhotra, A. (2019). Practice parameters for the use of continuous & bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders. *Sleep*, 42(4), zsz026. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz026>

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, & mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7.
https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Mendes, F. (2015). Promoção do autocuidado nas pessoas com doença crónica: O papel do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(5), 147–154.
<https://doi.org/10.12707/RIV14060>

Ludwig von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.

- Machado, J. F. (2020). *Modelos de acreditação em saúde: Contributos para a qualidade e segurança nos cuidados*. Lidel.
- Mammen, S., & Paxson, C. (2015). Family economic functioning & well-being: Empirical evidence on economic security & stability. *Journal of Family and Economic Issues*, 36(2), 158–171. <https://doi.org/10.1007/s10834-014-9423-0>
- Manual MSD. (2023). *Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)*. <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/distúrbios-pulmonares-e-das-vias-respiratórias/doença-pulmonar-obstrutiva-crônica-dpoc/doença-pulmonar-obstrutiva-crônica-dpoc>
- Manual MSD. (2024). *Tratamento da DPOC estável*. <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/distúrbios-pulmonares-e-das-vias-respiratórias/doença-pulmonar-obstrutiva-crônica-dpoc/tratamento-da-dpoc-estável>
- Margolis, S. A., Gonzalez, R., & Deatrck, J. A. (2020). Family response to chronic illness: A typology of family functioning. *Journal of Family Nursing*, 26(2), 102–116.
- Marin, J. M., Soriano, J. B., Carrizo, S. J., Boldova, A., & Celli, B. R. (2010). Outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease & obstructive sleep apnea: The overlap syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 182(3), 325–331. <https://doi.org/10.1164/rccm.200912-1869OC>
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot review 10 years on*. Institute of Health Equity.
- Martinez, F. D. (2007). Genes, environments, development & asthma: A reappraisal. *European Respiratory Journal*, 29(1), 179–184. <https://doi.org/10.1183/09031936.00087906>
- Martins, H., Cruz, D., & Mendes, I. (2020). Ontologias em enfermagem: Contributo para a prática baseada na evidência. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(26), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RIV20018>
- McGoldrick, M., & Gerson, R. (1985). *Genograms in family assessment*. W. W. Norton & Company.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms: Assessment & intervention* (3rd ed.). W. W. Norton & Company.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Shellenberger, S. (1999). *Genograms: Assessment & intervention* (2nd ed.). W. W. Norton & Company.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range & situation-specific theories in nursing research & practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing*

transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00003>

Melo, C., & Santos, M. (2019). Intervenções do enfermeiro de família na promoção da saúde relacional em casais idosos. *Cadernos de Saúde Familiar*, 6(2), 78–85.

Mendes, A., & Oliveira, P. (2020). Health literacy & access to healthcare: Impact on chronic disease outcomes. *International Journal of Public Health*, 65(5), 597–606. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01400-9>

Mendes, F. (2015). Capacitação do doente crónico: *Contributos da enfermagem para a gestão da condição crónica*. Loures: Lusodidacta.

Mendes, F. (2018). *Enfermagem de família: Prática centrada na pessoa e na família*. Loures: Lusociência.

Mendes, F. R. (2020). *Enfermagem de saúde familiar: Práticas avançadas e contextos de intervenção*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Menezes, A. M. B. (2011). Tratamento farmacológico da DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(1), 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000100002>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Ministério da Saúde. (2023a). Decreto-Lei n.º 103/2023, de 27 de novembro – Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Diário da República*, 1.ª série(227). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/103-2023-229380443>

Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Harvard University Press.

Minuchin, S. (1985). *Family therapy techniques*. Harvard University Press.

Minuchin, S. (1988). *Families & family therapy*. Harvard University Press.

Miravittles, M., Vogelmeier, C. F., Roche, N., Halpin, D., Cardoso, J., Chuchalin, A. G., & Kocks, J. W. H. (2022). A review of national guidelines for management of COPD in Europe. *European Respiratory Journal*, 59(2), 2101019. <https://doi.org/10.1183/13993003.01019-2021>

Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Harvard University Press.

Moreira, D. S., Bittencourt, R. J. D. S., & Oliveira, B. M. M. (2018). O estágio supervisionado como espaço de formação para a prática de enfermagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(3), 55–61. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170077>

Moss, M., & Burnham, E. L. (2006). Chronic alcohol abuse, acute respiratory distress syndrome,

& multiple organ dysfunction. *Critical Care Medicine*, 34(9), S229-S234. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000237044.14511.2A>

Munari, A. B., Gulart, A. A., dos Santos, K., Venâncio, R. S., Karloh, M., & Mayer, A. F. (2018). Modified Medical Research Council Dyspnea Scale in GOLD classification better reflects physical activities of daily living. *Respiratory Care*, 63(1), 77-85. <https://doi.org/10.4187/respcare.05795>

Narciso, I., & Vieira, S. (2023). Memórias autobiográficas com vista para a satisfação pré-conjugal. Comunicação apresentada nas *Jornadas de Investigação em Psicologia 2023*, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.

National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism. (2023). *Alcohol's interactions with medications*. U.S. Department of Health & Human Services. <https://www.niaaa.nih.gov>

Neves, M., Carvalho, T., & Pinto, R. (2023). Comunicação e adaptação emocional em famílias reconstruídas. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35(2), 45-60.

Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59(2), 7-17. <https://doi.org/10.48492/servir022.23674>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Ober, C., & Yao, T.-C. (2011). The genetics of asthma & allergic disease: A 21st century perspective. *Immunological Reviews*, 242(1), 10-30. <https://doi.org/10.1111/j.1600-065X.2011.01029.x>

OECD. (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. Paris: *OECD Publishing*. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

Oliveira, A. F., Silva, M. A., & Costa, M. F. (2017). Ergonomia no ambiente hospitalar: Prevenção de lesões nos profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 567-573. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0383>

Oliveira, L., Cruz, C., & Lima, L. (2021). Resiliência em pessoas com doença crónica: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-10.

Oliveira, M. R., Santos, A. C., & Ribeiro, O. (2020). Polimedicação em idosos: Riscos e estratégias de prevenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 45-52. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0268>

Oliveira, R., Fernandes, D., & Silva, C. (2021). Literacia em saúde e capacitação familiar na gestão da doença crónica. *Cadernos de Enfermagem Comunitária*, 12(1), 55-63.

Olson, D. H. (1986). Circumplex Model VII: Validation studies & FACES III. *Family Process*, 25(3), 337-351. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00337.x>

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital & family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144–167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>

Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital & family systems: VI. Theoretical update. *Family Process*, 22(1), 69–83. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 11/2009, de 16 de setembro)*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 179.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 122/2011 – Regulamento do perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 34.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código deontológico do enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Regulamento n.º 367/2015 – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde familiar*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 124.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Enfermagem e ética: Guia de orientação ético-deontológicas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018, 16 de julho). *Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19354–19363.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2000). *Munich Declaration: Nurses & midwives: A force for health*. Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Doenças cardiovasculares (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organização Mundial da Saúde. (2024). *Screening & brief interventions for substance use problems*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084690>

Organização Mundial da Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância. (1978). *Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>

Parsons, T. (1955). *Family, socialization & interaction process*. Free Press.

Pascoal, M. F. G., & Souza, C. C. (2021). Reflexão crítica no estágio de enfermagem: Um caminho para o desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem e Saúde*, 11(2), 1-10.

Peker, Y., et al. (2015). Estudo de seguimento de 7 anos sobre mortalidade e eventos cardiovasculares em pacientes com AOS tratados com CPAP. *Revista*.

Portugal. (2007, 22 de agosto). *Decreto-Lei n.º 298/2007, que estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiar*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 161, 5587-5596.

Portugal. Ministério da Saúde. (1979, 15 de março). *Decreto-Lei n.º 56/79*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 63, 4752-4761.

Portugal. Ministério da Saúde. (1983, 22 de abril). *Despacho Normativo n.º 97/83*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 93, 7500-7502.

Portugal. Ministério da Saúde. (1999, 10 de maio). *Decreto-Lei n.º 157/99*. *Diário da República*, 1.ª série - A, n.º 108, 2424-2435.

Portugal. Ministério da Saúde. (2006, 22 de março). *Despacho Normativo n.º 9/2006*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 62, 11477-11479.

Portugal. Ministério da Saúde. (2008, 22 de fevereiro). *Decreto-Lei n.º 28/2008, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 38, 1181-1189.

Portugal. Ministério da Saúde. (2011, 18 de fevereiro). *Regulamento n.º 126/2011*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 36, 4443-4447. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/126-2011-510965>.

Portugal. Ministério da Saúde. (2018, 3 de dezembro). *Regulamento n.º 428/2018*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 234, 50072-50075.

- Portugal. Ministério da Saúde. (2023, 7 de novembro). *Decreto-Lei n.º 102/2023, que procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 215, 223906278.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2019, 6 de fevereiro). *Regulamento n.º 140/2019*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4851-4858.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages & processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família - perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2022). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica* (5.ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Rodrigues, F. (2022). Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa. *Revista Internacional de Investigação em Saúde*, 5(1), 185-196.
- Rodrigues, F., Ferreira, C., & Marques, A. (2021). Intervenções de enfermagem na DPOC: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 14-21. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.165>
- Rolland, J. S. (1987). Chronic illness & the family: A systems approach to treatment. *Family Process*, 26(2), 203-221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00203.x>
- Rolland, J. S. (1994). *Families, illness, & disability: An integrative treatment model*. Basic Books.
- Rolland, J. S. (2005). Chronic illness & the life cycle: A conceptual framework. In J. S. Rolland & G. A. W. Verhaeghe (Eds.), *Families, illness, & disability* (pp. 3-25). New York: Guilford Press.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Santos, A. C., Cunha, M., & Silva, M. J. (2020). Interação entre álcool e medicamentos anti-hipertensores: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20052. <https://doi.org/10.12707/RV20052>
- Santos, C. P., Pimenta, A. L., & Carneiro, A. (2020). A entrevista motivacional no contexto dos cuidados de saúde primários: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (24), 58-65. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0261>
- Scielo Brasil. (2024). Effects of CPAP on cardiorespiratory outcomes in patients with obstructive

sleep apnea & heart failure: A systematic review. *Fisioterapia e Pesquisa*. Recuperado de <https://www.scielo.br/jj/fp/a/495xCnChYKfGK3qNxsgdTJg/?lang=pt>

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19(1), 73-85. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1980.00073.x>

Shah, J. M. (2021). A scoping review do papel da literacia em saúde na autogestão de doenças crónicas. *Journal of Renal Care*, 47(1), 15-24. <https://doi.org/10.1111/jorc.12344>

Silva, A. L., Fernandes, M. G., & Oliveira, A. R. S. (2021). Características do sistema familiar e sua influência no cuidado à pessoa com doença crônica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 1), e20201198. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1198>

Silva, C., & Rodrigues, M. (2019). Cibernética e enfermagem: Um olhar sobre a autorregulação na gestão da doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar*, 2(3), 45-52.

Silva, L., Alves, M. A., & Pereira, A. (2020). Intervenção sistémica em Enfermagem de Saúde Familiar: Práticas centradas na pessoa e na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar*.

Silva, M., & Lopes, T. (2020). A abordagem familiar na gestão da doença crónica: Perspetivas e práticas.

Silva, R. M., & Pinto, T. M. (2023). A intervenção do enfermeiro de família em processos de mudança familiar associados à doença crónica. *Saúde & Família*, 10(1), 55-64.

Silverstein, M., Conroy, S. J., & Wang, H. (2006). Intergenerational support & the aging family in contemporary society. In M. S. Schaie & D. L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (6th ed., pp. 393-409). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012101264-9/50021-9>

Simet, S. M., & Sisson, J. H. (2015). Alcohol's effects on lung health & immunity. *Alcohol Research: Current Reviews*, 37(2), 199-208. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513680/>

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test & its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.

Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity & reliability of the family APGAR as a test of family function. *The Journal of Family Practice*, 15(2), 303-311.

Smith, J. A., & Doe, R. L. (2019). Economic resources & family resilience in chronic illness management: A systematic review. *Journal of Family Nursing*, 25(3), 345-367. <https://doi.org/10.1177/1074840719856793>

- Sociedade Portuguesa de Diabetes. (2018). Recomendações nacionais da SPD para o tratamento da hiperglicemia na diabetes tipo 2. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 13(4), 140-180.
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2021). *Dia Mundial da DPOC 2021*. Lisboa: SPP.
- Sousa Santos, A. R., & Silva, E. (2022). Indicador 380: Descubra onde estão os teus utentes com DPOC. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38(6), 412-416.
- Sousa, L. M., Araújo, J. P., & Cardoso, D. F. (2021). Doença crónica e dinâmica familiar: Desafios para o enfermeiro de família. *Revista de Saúde Pública*, 55(23), 1-9. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002945>.
- Sousa, L., Lopes, C., & Nunes, L. (2020). *Intervenção familiar em enfermagem: Práticas clínicas nos cuidados de saúde primários*. Loures: Lusodidacta.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage & similar dyads. *Journal of Marriage & the Family*, 38(1), 15-28. SPEDM - Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. (2025). Padrão de exercício: *Conceitos fundamentais da prescrição de exercício*.
- Torre, A. L. (2023). *Fronteiras trabalho/família e rituais familiares: Um estudo em indivíduos casados* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- ULS Entre Douro e Vouga. (2025, julho). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*.
- Valença, J. (2002). Síndrome de apneia do sono - Ventilação com pressão positiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 8(1), 65-77.
- Vaz, S., Santos, M., Almeida, H., & Silva, J. (2023). Gestão familiar de crianças com condições crónicas: Perspetivas dos cuidadores. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e23127. <https://doi.org/10.12707/R23127>
- Vieira, L. F., Souza, A. R., Moraes, F. M., & Prado, R. R. (2023). Burden & quality of life among parents of children with asthma. *BMC Pulmonary Medicine*, 23, 244. doi.org
- Vieira, M., Silva, L. C., & Figueiredo, M. H. (2014). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF): *Uma abordagem centrada na família*. Lisboa: Lidel.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.
- Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). Guilford Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, & paradoxes*. W. W. Norton & Company.
- Weaver, T. E., & Grunstein, R. R. (2008). Adherence to continuous positive airway pressure

therapy: The challenge to effective treatment. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 5(2), 173-178. <https://doi.org/10.1513/pats.200707-095MG>

WHO – World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol & health 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

World Health Organization (WHO). (2021a). *Asthma fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>

World Health Organization (WHO). (2021b). *Hipertensão*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

World Health Organization (WHO). (2021c). *Primary health care*. <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>

World Health Organization (WHO). (2021d). *Tobacco: Health impact, economic costs, & policy implications*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039165>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., & Kreutz, R. (2023). 2023 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad399>

Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs & illness: A model for healing*. 4th Floor Press.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). Roca.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses & families: A guide to family assessment & intervention* (6th ed.). F. A. Davis Company.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2019). *Nurses & families: A guide to family assessment & intervention* (7th ed.). F. A. Davis.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2020). *Nurses & families: A guide to family assessment & intervention* (7th ed.). F. A. Davis Company.

Yang, F., & Yin, J. (2023). Grandchild care & life satisfaction of older adults: Empirical evidence from China. *Frontiers in Psychology*, 14, 1081559. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1081559>

YourHome. (n.d.). *Safety & security*. Australian Government, YourHome. <https://www.yourhome.gov.au/safety>

12. ANEXOS

Anexo I



Declaração Comprovativa de Frequência Formativa

Para os fins convenientes se declara que **Sónia Cristina Rodrigues Braga Almeida** portador(a) do documento de identificação com o número **9852446** frequentou, como formando(a), o **XVI Fórum Internacional de Úlceras e Feridas**, evento **Híbrido**, promovido pela **ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas** e pelo **Centro de Estudos e Investigação em Feridas**, com a parceria da **SILAUHE - Sociedad IberoLatinoamericana de Úlceras y Heridas**. O Fórum Internacional, também **certificado pela EWMA**, decorreu nos dias **21 e 22 de março**, detendo a duração de **11 horas**, conforme Plano Curricular.

22 de março de 2025

ELCOS
Sociedade Portuguesa de Feridas

Kátia Furtado
(Presidente)

SILAUHE
**Sociedad IberoLatinoamericana Úlceras
y Heridas**

María del Rocío González
(Presidente)

XVI Fórum Internacional de Úlceras e Feridas

Integração de Cuidados: um paradigma estruturante dos serviços de saúde

Modalidade de Formação: **Contínua de Aperfeiçoamento**

Área de Formação: **729 – Saúde**

Tipo de evento: **Híbrido**

Temática / Conteúdo Científico	Horas de Presença
<p>O Binómio Saúde/Doença - tendências (<i>Mesa Redonda</i>) Um Olhar da Sociologia da Saúde pelo Estado da Morbilidade em Portugal – a situação das feridas complexas. A Parábola do Socorrista e a Procura de Cuidados. Como Rentabilizar os Recursos: os meios, os processos e os profissionais? O Paradigma da Equipa e da Liderança.</p>	1h 30 min
<p>A Integração de Cuidados e a Criação de Valor em Saúde (<i>Conferência Inaugural</i>)</p>	1h
<p>Integração de Cuidados: um modelo de coordenação proativa ao serviço do doente com ferida (<i>Mesa Redonda</i>) O Conceito de Integração de Cuidados e o Impacto na Qualidade de Vida dos Cidadãos. Níveis de Integração, Referenciação e Reforço dos Cuidados de Saúde Primários. A Integração de Cuidados: fazer acontecer para acrescentar valor.</p>	1h 30 min
<p>O Modelo ULS enquanto Paradigma da Integração dos Cuidados na Organização (<i>Mesa Redonda</i>) O Modelo “ULS” Centrado na Resposta aos Cidadãos da Área Geodemográfica e Epidemiológica. Qual o Papel dos Profissionais de Saúde na Integração dos Cuidados? A Cultura Organizacional da ULS enquanto Ferramenta para o Envolvimento dos Profissionais na Integração dos Cuidados.</p>	1h 30 min
<p>As ULS – da promoção da saúde à integração plena de cuidados centrados no cidadão (<i>Mesa Redonda</i>) A Sociedade, a Epigenética e a Reconstrução da Saúde do Doente com Ferida. Integração dos Cuidados Paliativos: papel das equipas comunitárias. Integração dos Cuidados Domiciliários na Resposta aos Doentes com Ferida. Integração dos Cuidados Continuados: monitorização, registo e avaliação de feridas e a compatibilidade no SNS. Unidades de Referenciação para Tratamento de Feridas Complexas: resposta aos problemas da população.</p>	1h 30 min
<p>Educação e Inovação Pedagógica – novas estratégias de ensino em saúde (<i>Mesa Redonda</i>) O Jogo como Representação do Real/Estratégia e Planeamento em Saúde. O Recurso aos Jogos Sérios e Realidade Virtual no Desenvolvimento de Competências Emocionais. A Simulação de Alta-Fidelidade e a Realidade Virtual, na Construção de Cenários do Doente com Ferida.</p>	1h 30 min
<p>A Organização da Resposta às Feridas e a Criação de Valor Institucional (<i>Mesa Redonda</i>) A Resposta às Feridas na ULS: atuar a montante para uma ação convergente. Apresentação dos Resultados do Estudo Realizado pela ELCOS, na ULSAC (Évora). Qual o Papel das Comissões de Prevenção e Tratamento de Feridas nas Instituições. A Prevenção e Tratamento de Feridas e a Autonomia dos Enfermeiros na Prescrição.</p>	1h 30 min
<p>O Indivíduo com Ferida enquanto Centro do Universo do Cuidado, dos Cuidados, dos Serviços. O Indivíduo enquanto Valor a Cuidar (<i>Conferência de Encerramento</i>)</p>	1h
Total	11 Horas

Anexo II



C I N E S F

**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL**

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



Certificado

Certifica-se que

SONIA CRISTINA RODRIGUES BRAGA ALMEIDA

Esteve presente no

**VI Congresso Internacional de
Enfermagem de Saúde Familiar,**

em formato presencial, que decorreu nos dias 29, 30 e 31 de
Maio de 2025 na Escola Superior de Saúde de Santa Maria,
Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar, Associação
Telf: 014 490 250
Maria Henriqueta Figueiredo
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo III

04/05.06.2025



DIREITOS E DEVERES
DOS UTENTES DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE

04/05_JUN.

WEBINAR

Certificado de Participação

A Entidade Reguladora da Saúde certifica que
Sónia Cristina Rodrigues Braga Almeida

participou nas Jornadas dos Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de
Saúde promovidas pela ERS, nos dias 04 e 05 de junho de 2025.


O Presidente do Conselho de Administração
António Pimenta Marinho

RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32
4100-455 PORTO - PORTUGAL
T +351 222 092 350
GERAL@ERS.PT
WWW.ERS.PT

Anexo IV



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se que **Sonia Cristina Rodrigues Braga Almeida** participou no II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar, que teve lugar na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, a 7 de junho de 2025, entre as 9h00 e as 17h30.

O Diretor,

Rui Manuel da Fonseca Pinto

Anexo V



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SÓNIA CRISTINA RODRIGUES BRAGA DE ALMEIDA

membro nº **2356** desta Ordem, participou no(a) "**Congresso Internacional de Enfermagem Comunitária**", realizado de **12 de Setembro de 2025 a 13 de Setembro de 2025**, com duração total de **9 horas e 30 minutos**, no(a) **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**.

Coimbra, 13 de Setembro de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Anexo VI



C I N E S F

**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL**

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



Certificado

Certifica-se que

Eva Raquel Martins Silva

Apresentou o abstract com o título **MALFORMAÇÃO FETAL NA GRAVIDEZ: O OLHAR DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA** na forma de **Comunicação Oral** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Eva Raquel Martins Silva¹; Rosa Oliveira²; Sónia Almeida²; Tiago Coelho¹; Virgínia Guedes³;
1 - ULSGE; 2 - ULSEDV; 3 - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa;

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
1015-014 490-250
Maria Henriqueta Figueiredo
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo VII



C I N E S F

**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL**

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



Certificado

Certifica-se que

Eva Silva

Expôs o abstract com o título ***Quando a resposta está na pergunta: abordagem do Enfermeiro de Família*** na forma de **Poster** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Eva Silva¹; Rosa Oliveira¹; Sónia Almeida¹; Tiago Coelho¹; António Dias¹; Catarina Nogueira¹; Virgínia Guedes¹;

1 - Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa;

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
TEL: 014 490 250
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo VIII



C I N E S F

**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL**

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



Certificado

Certifica-se que

Sónia Almeida

Expôs o abstract com o título ***RespiraSaúde: Respirar Bem, Viver Melhor – Consulta de Enfermagem Estruturada da Doença Respiratória*** na forma de **Poster** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Joana Bessa¹; Rosa Oliveira²; Sílvia Dias²; Sónia Almeida²; Tiago Coelho³; Catarina Nogueira⁴;
1 - IPO Porto; 2 - ULSEDV; 3 - ULSGE; 4 - ESSNorteCVP;

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
TEL: 014 490 250
Maria Henriqueta Figueiredo
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

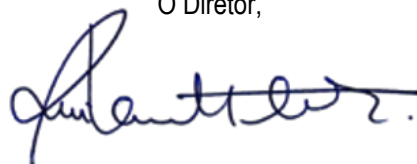
Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo IX

CERTIFICADO

Certifica-se que **Sónia Almeida** apresentou o tema “*Respira se pudes*” integrado na Mesa 1 - Cuidar ao longo do ciclo vital: novos desafios velhos temas, no II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar que teve lugar na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, a 7 de junho de 2025, entre as 9h00 e as 17h30.

O Diretor,



Rui Manuel da Fonseca Pinto

Anexo X

PLANO DE FORMAÇÃO

Tema: “Cuidar da Respiração, Cuidar da Família” -Uma abordagem integrada às doenças respiratórias crônicas.

Objetivo geral:

Sensibilizar os enfermeiros de família para a importância do seu papel na vigilância e gestão das doenças respiratórias crônicas (Asma e DPOC), promovendo a adesão terapêutica e o envolvimento da família, abordagem centrada no indivíduo/ família e nas boas práticas baseadas na evidência.

Objetivos específicos:

- Promover uma reflexão sobre a pertinência do tema, doença respiratória contextualizar qual o impacto da doença nos vários sistemas –microsistema, mesosistema e macrosistema.
- Reforçar o papel do enfermeiro de família na abordagem centrada na pessoa e na família com doença respiratória crônica;
- Identificar qual a importância da família no acompanhamento do familiar com doença respiratória crônica.
- Promover boas práticas de vigilância e monitorização da doença respiratória.

População alvo: Enfermeiros da USF

Local: Biblioteca da USF

Data: 20/06/2025

Hora: 14h

Formador: Aluna do mestrado em enfermagem comunitária área de enfermagem de saúde familiar -Sónia Almeida

Objetivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Metodologia	Recursos	Avaliação
- Promover uma reflexão sobre a pertinência do tema, -Contextualizar qual o impacto da doença respiratória nos diferentes sistemas -Reforçar o papel do enfermeiro de família na abordagem centrada na pessoa e na família com doença respiratória crónica; -Identificar qual a importância da família no acompanhamento do	- Enquadramento epidemiológico (Prevalência da Asma e DPOC nos CSP. Subdiagnóstico e impacto nas agudizações) -Contextualização do impacto da doença respiratória nos diferentes sistemas (micro, meso e macro sistemas) -Identificação das áreas de intervenção do enfermeiro de família.	Método expositivo e interativo	Humanos: <ul style="list-style-type: none">• Profissionais da USF, Enfermeiros Físicos e materiais: <ul style="list-style-type: none">• Computador;• Data show;• Sala;• Cadeiras	Questionário de avaliação da formação

<p>familiar com doença respiratória crônica.</p> <p>- Promover boas práticas de vigilância e monitorização da doença respiratória</p>	<p>(consulta de enfermagem respiratória: pontos-chave, avaliação da adesão terapêutica e técnica inalatória, envolvimento da família no autocuidado), modificação de estilos de vida, apoio psicossocial, coordenação de cuidados...</p> <p>- Orientação para a reorganização das consultas de enfermagem no seguimento dos utentes com patologia respiratória.</p> <p>Quando/como/porque? (consulta sequencial, simultânea, exclusiva de enfermagem, Importância da organização e continuidade de cuidados</p>			
---	---	--	--	--

Anexo XI

Declaração

Cláudia Filipa Gomes Araújo, portadora do Cartão de Cidadão nº 12551831, enfermeira do Conselho Técnico da Unidade de Saúde Familiar da Barrinha, constituído nos termos do DL 103/2023, art.º 14 de 17 de novembro, declara que a Enfermeira Sónia Cristina Rodrigues Braga de Almeida, portadora do Cartão de Cidadão nº9852446, realizou a Sessão de Formação “Cuidar da Respiração, Cuidar da Família - Uma abordagem integrada às Doenças Respiratórias Crónicas”, no dia 20 de junho de 2025 à equipa de enfermagem desta Unidade.

Esmoriz, 24 de junho de 2025

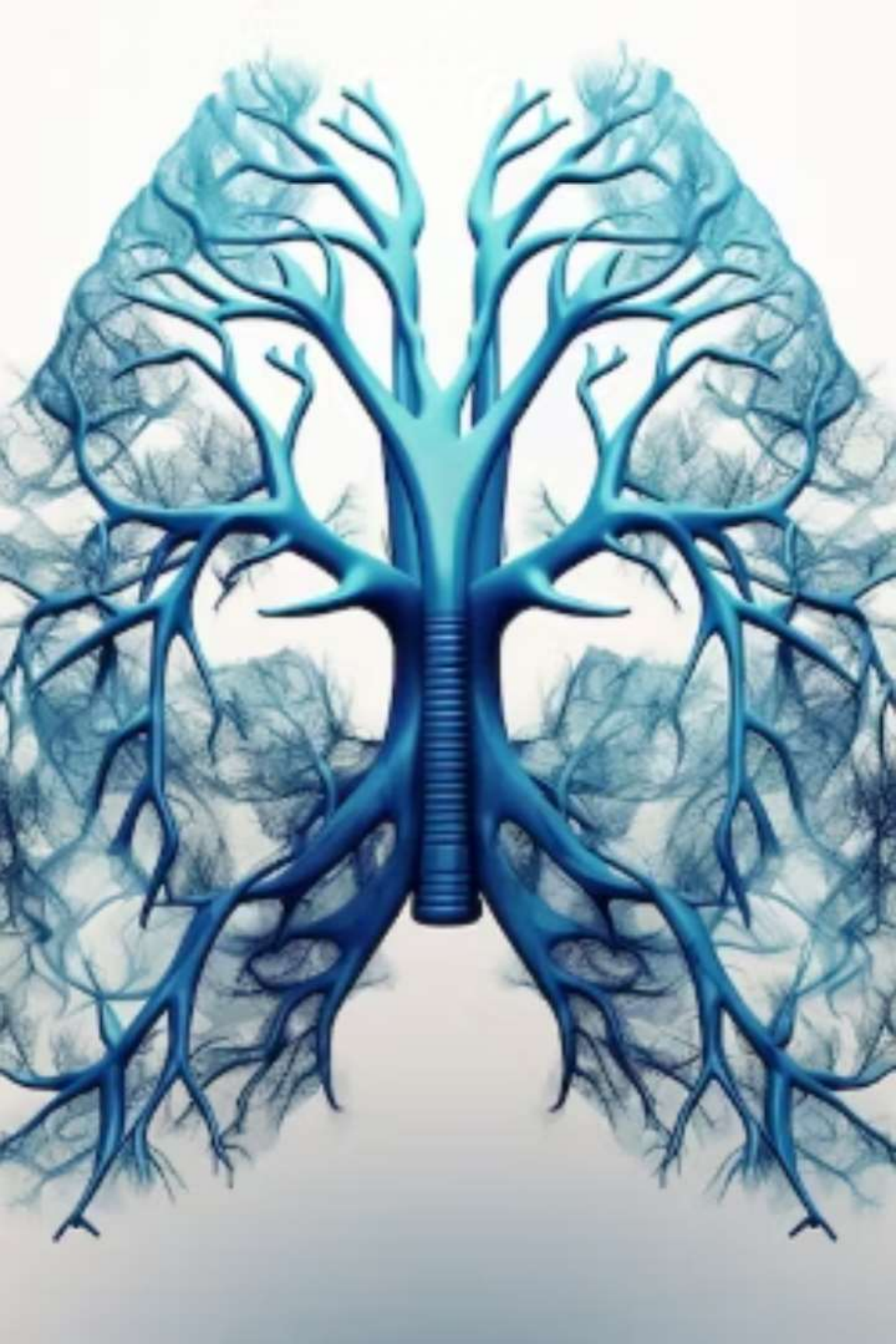
P'lo Conselho Técnico



Assinado por: Cláudia Filipa
Gomes de Araújo
Identificação: BI12551831
Data: 2025-08-01 às 19:35:17
Local: Ovar

(Enf.ª Cláudia Araújo)

Anexo XII



Cuidar da respiração Cuidar da família

Uma abordagem integrada às Doenças Respiratórias Crónicas

Sónia Almeida – Aluna do mestrado de enfermagem comunitaria
na area de enfermagem de Saúde familiar

20 de junho de 2025

Doenças Respiratórias...



II JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

NOVA DATA 12 A 14 NOVEMBRO 2020

Veja o PROGRAMA em justnews.pt

Centro de Congressos | Hotel Sheraton Porto

Manuel Branco Ferreira
Pensar a doença alérgica como crónica e controlável



P. 6

TERESA MAIA
A necessidade de fazer os CSP sentirem-se capazes de lidar com situações de ansiedade e depressão



P. 10

“? Ficheros Secretos?” foi o tema das 8.ª Jornadas de Alergologia Prática



P. 18

MÁRIO MORÁIS DE ALMEIDA
Promover a dose única para prevenir o abandono da terapêutica na asma



P. 18

USF JOÃO SEMANA, ACES BAIXO VOUGA



P. 20/24

Controlar a asma e a DPOC nos CSP para evitar agudizações

A pensar nas dificuldades que as pessoas com asma ou DPOC enfrentam no seu dia-a-dia, onde se inclui a necessidade de utilizar dispositivos inalatórios, esta USF de Ovar dá uma especial atenção a esses dois problemas de saúde. Na foto em cima, o coordenador, Victor Ferreira, com o seu colega Eurico Silva, que há 3 anos criou a Consulta de Doenças Respiratórias e que tem contado com a ajuda da enfermeira Sónia Almeida. A imagem pequena mostra que neste Carnaval também houve tempo para a brincadeira.

Congresso APTferidas'19



- Matilde Soares e Rui Carvalho
Pé diabético tem novas guidelines
 - Viviana Gonçalves
A cicatrização de feridas
 - Marisa Matos
Feridas em Oncologia
 - Cátia Cunha e Mónica Ribeiro
Terapia compressiva: uma experiência de sucesso
 - Palmira Barbosa Pelizoto
Qualidade de vida da pessoa com ostomia de eliminação
 - Filomena Mota
Novas guidelines em úlceras por pressão
- P. 24/29

Ana Luísa Areia
Prevenção da anemia na gravidez



P. 16

Problema Significativo

Asma e DPOC representam ameaças significativas à saúde pública em Portugal.

Subdiagnóstico

Apesar dos avanços terapêuticos, continuam subdiagnosticadas e mal controladas.

Abordagem Integrada

A gestão eficaz exige uma abordagem integrada e centrada na pessoa/família.

Prevalência da Asma e DPOC em Portugal

600K+

Casos de Asma
Adultos com asma em Portugal

68%

Não Controlados
Doentes sem controlo adequado

800K

Casos de DPOC
Portugueses afetados pela DPOC

70%+

Por Diagnosticar
Casos de DPOC sem diagnóstico



O subdiagnóstico dificulta o acompanhamento adequado e as intervenções precoces.

Prevalência de HTA /DM com Patologia Respiratória

28% utentes com Asma nos CSP têm HTA/DM

60% utentes com DPOC nos CSP têm HTA/DM



Impacto das Doenças Respiratórias



Papel do Enfermeiro de Família da Gestão da Doença Respiratória



Educação Terapêutica

Ensino sobre uso correto de inaladores e reconhecimento de sinais de alerta, orientado pelo enfermeiro de família.



Modificação de Estilos de Vida

Cessação tabágica, exercício físico e nutrição adequada, apoiados pelo enfermeiro de família.



Abordagem Multidisciplinar

Envolvimento de profissionais de diferentes áreas de saúde, com o enfermeiro de família como elo central.



Monitoriza o Contínua

Acompanhamento regular do estado clínico e ajustamento do plano terapêutico.



Apoio Psicossocial

Atendimento das necessidades emocionais e sociais do doente e família.



Coordena o de Cuidados

Garantir a comunica o eficaz entre serviços de saúde e continuidade do cuidado.



A Importância da Família na Gestão da Doença Respiratória

A gestão eficaz das doenças respiratórias crônicas, como a asma e a DPOC, exige mais do que o acompanhamento clínico individual — requer uma abordagem centrada na pessoa e no seu contexto familiar.

Envolver a família na consulta

- Compreensão mais ampla dos comportamentos de saúde;
- Facilita a adesão ao regime terapêutico ,com intervenções personalizadas;
- Reforça o apoio emocional e partilha de tarefas.

A família torna-se um parceiro ativo no autocuidado, contribuindo para a monitorização de sintomas, o uso correto da medicação e a deteção precoce de sinais de descompensação, evitando agudizações.



Urgente reorganizar os cuidados!

Consultas Estruturadas

Implementar consultas dedicadas às doenças respiratórias com protocolos específicos.

Trabalho em Equipa

Promover a colaboração entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Monitorização Contínua

Estabelecer sistemas de acompanhamento regular e avaliação da eficácia das intervenções.

O futuro exige uma reorganização dos serviços para melhor responder às necessidades dos utentes com doença respiratória.



Quando/Como/Porque Intervir no Controlo da Doença Respiratória

Guia prático para enfermeiros de família sobre intervenção eficaz no controlo das doenças respiratórias. Estratégias baseadas em evidências para melhorar os cuidados.



Preparar a DPOC para o INVERNO em 3 Passos



Retirar listagem de utentes codificados R95 no MIM@UF

Avaliar acessos cuidados saúde (agudizações; SU)

Avaliar estado vacinal (ex. enf.):

- * Antipneumocócica
- * VSR
- * Tosse convulsa
- * Herpes zoster
- * Antigripal (para a próxima época)
- * Covid19 (para a próxima época)



Convocar para consulta estruturada e programada de DPOC

- Indicar trazer inalador à consulta
- Enviar receita de vacina se necessário
- Enviar credencial espirometria se necessário



Consulta de DPOC médico ou médico/enfermeiro

Usar grelha de consulta de DPOC

- Agudizações e controlo (ex. mMRC e CAT)
- Rever técnica inalatória e adesão
- Tabaco e fatores de perda controlo
- Comorbilidades
- Vacinar
- Atividade física e reabilitação
- Plano de ação escrito**
- Agendar nova consulta (presencial/telefónica/mail)

Preparação da Asma para a Primavera



Identificação de Utentes

Retira listagem de utentes codificados R96 no MIM@UF.



Consulta Telefónica

Avalia, monitoriza e prepara. Solicita que traga o inalador à consulta.

3

Consulta Presencial

Avalia controlo com CARAT, técnica inalatória e comorbilidades.



Vacinação Antigripal

Verifica estado vacinal (indicador 2021.440.01FL).

Modelos de Consulta para Asma/DPOC

Consulta Médica Exclusiva

Ideal para consultas oportunistas e situações de agudização.
Revisão da gestão regime terapêutico.

Consulta em Equipa Simultânea

Médico e enfermeiro juntos. Reforço de conhecimento pela equipa.

Consulta em Equipa Sequencial

Ideal para consultas programadas
Avaliação da adesão ao regime terapêutico. Aplicação de questionários.

Consulta de Enfermagem Exclusiva

Revisão técnica inalatória e deteção de erros. Períodos de vacinação.



Consulta de Enfermagem – Pontos Chave

Avaliação
Inicial

Diagnóstico de
enfermagem

Planeamento

Implementação

Avaliação

The screenshot displays a comprehensive patient record in a nursing information system. At the top, a toolbar contains various icons for navigation and data management, with an orange arrow pointing to the 'Av. Inic.' (Initial Assessment) icon. The patient's personal information includes Name, Age, User ID, Process Number, Contact Number (2051448), and Local (Unidade De Saúde). The nursing team consists of Sonia Almeida (Enfermeiro) and Eurico A R Silva (Médico de Família). The patient's type is 'U' and 'Agendado' is unchecked.

The 'Antecedentes Pessoais' (Personal History) section lists several conditions, with '10-08-2016 Doença Respiratória Outra' circled in green. The 'Vacinas' (Vaccinations) table shows the following data:

Vacinas	Dt. Inoculação
Td	15-01-2016
Pn13	19-10-2015
Td	18-08-2006
Td	13-02-2006
Td	09-01-2006

The 'Vigilância Médica' (Medical Monitoring) section includes a table for monitoring factors:

SIJ	PF	SM	DM	HTA	RO
Mgiado				Não Mgiado	
Nº fact. monitorizados				Nº fact. de risco	
2				2	

A 'Vigilância Cardiovascular' (Cardiovascular Monitoring) alert is highlighted in yellow. The 'Diagnósticos de Enfermagem por Fenomeno' (Nursing Diagnoses by Phenomenon) section lists: Hipertensão, Adesão à Vacinação, Comportamento de Adesão, Dispneia, and Gestão do Regime Terapêutico.

The 'Programas de Saúde' (Health Programs) window is open, showing a list of programs under the 'Domicilio' (Home) category. The program 'P.N. Doenças Respiratórias' (Respiratory Diseases) is selected and highlighted in blue.

Consulta de Enfermagem – Pontos Chave

Avaliação Inicial

Diagnóstico de enfermagem

Planeamento

Implementação

Avaliação

Avaliação Inicial

Impres. Gravar Sair

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome : MANUEL MALENTE LUISA Idade : 52 N° Utente : 001004500 N° Processo : 4700000

ITEMS A AVALIAR

- UTILIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE
- DADOS GERAIS
 - Nome preferido
 - Estado civil
 - Habilitações literárias
 - Profissão
 - Contacto Telefónico
 - Observações
- APOIO SOCIAL
- ANTECEDENTES PESSOAIS
 - Uso de Tabaco
 - Uso de Álcool
 - Uso de Drogas
 - Doenças - Observações
 - Incapacidades - Observações
 - Uso de medicamentos
 - Outros dados relevantes
- SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Fatores de risco ocupacionais (ex. exposição a silicose, pombos, fumo, etc.)

Antecedentes relevantes no âmbito da patologia respiratória (ex: asma, fibrose quística, ca pulmão, etc.)

Re a Hora

POR PROGRAMA

Serviço N° Contacto

USF João Semana 2049498

Processo Familiar Cópia

Consulta de Enfermagem – Pontos Chave

O Profissional de saúde tem de :

Identificar o fármaco de controlo e de alívio

- Sobreposição de fármaco?
- Quantas inalações por dia?

Saber a sequencia da inalação dos fármacos

- Qual faz primeiro?
- Tempo de espera entre cada inalação ?
- Cuidados pós inalação

Ensinar técnica inalatoria em 3 passos



Consulta de Enfermagem – Pontos Chave

Avaliação
Inicial

Diagnóstico de
enfermagem

Planeamento

Implementação

Avaliação

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição	
Avaliar aceitação do estado de saúde	
Avaliar adesão a rastreio	
Avaliar adesão à vacinação	
Avaliar adesão ao regime terapêutico	
Avaliar auto - vigilância	
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para administrar r	
Avaliar capacidade para a autoadministração de medicamentos	
Avaliar comportamento de procura de saúde	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime terapêu	
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime te	
Avaliar conhecimento sobre obesidade	
Avaliar conhecimento sobre prevenção de hipertensão	
Avaliar conhecimento sobre regime de exercício	
Avaliar conhecimento sobre regime dietético	
Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso	
Avaliar dispneia	
Avaliar gestão do regime terapêutico	
Avaliar o expectorar	
Avaliar uso de álcool	
Monitorizar glicemia capilar	
Monitorizar índice de massa corporal	
Monitorizar tensão arterial	

Última Avaliação:
Sem avaliação.

Ao associar o programa as **intervenções de diagnóstico** mais relevantes neste contexto são:

- Avaliar gestão do regime terapêutico
- Avaliar adesão à vacinação
- Avaliar comportamento de adesão
- Avaliar dispneia
- Avaliar o expectorar
- Monitorizar tabaco

Consulta de Enfermagem – Pontos Chave

Avaliação
Inicial

Diagnóstico de
enfermagem


Planeamento

Implementação

Avaliação

É **fundamental** nas doenças respiratórias crónicas a **avaliação do controlo e sintomatologia**. O local ideal para registo destes questionários (CARAT na asma, mMRC ou CAT na DPOC) é na intervenção **Avaliar dispneia**, registando como notas o valor obtido destes questionários.

Nota: Esta informação não migra para o SCLINICO médico.



The screenshot displays a clinical software interface. On the left, a list of interventions is visible, including 'Avaliar dispneia' and 'Avaliar potencial para melhorar o conhecimento'. A pop-up window titled 'Avaliar dispneia' is open, showing a table with columns for 'Nota', 'Data', and 'Hora'. The table contains one entry: 'mMRC 3' with a date of '04-08-2023' and a time of '13:54'. Below the table, the 'Registado por' field is filled with 'Sonia Almeida'.

Nota	Data	Hora
mMRC 3	04-08-2023	13:54

Registado por
Sonia Almeida

Consulta de Enfermagem – Pontos Chave

Avaliação
Inicial

Diagnóstico de
enfermagem

Planeamento

Implementação

Avaliação

The screenshot displays a software interface for nursing care plans. At the top, there is a toolbar with various icons for different functions like 'Prog.', 'Proc.', 'Presc.', 'Guias Tr.', 'Vacinas', 'Alergias', 'Medic.', 'Vigil.', 'Vacinas', 'Res. Exs', 'Marcaç.', 'Notas C.', 'Notas', 'Sala Esp.', 'Proc. Cli.', 'RSE AP', and 'Sair'. Below the toolbar, the 'IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE' section includes fields for 'Nome:', 'Idade:', 'Nº processo:', and 'Dia: 08-05-2019'. A 'Total intervenções' button shows 'Por realizar'. The main area contains a table of interventions with columns for 'Data', 'Hora', and 'Medicação'. Two interventions are highlighted in blue: 'Ensinar sobre gestão do regime terapêutico' and 'Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz'. A pop-up window titled 'Registo de Intervenções do Tipo VIGIAR' is open, showing a list of signs to be monitored. The selected sign is 'Não segue as recomendações sobre regime terapêutico acordadas'. Below this, there is a section for 'Notas a anexar à vigilância' with a date and time of '08-05-2019 17:47' and three examples of notes: 'Ex 1. Só faz o inalador 1x dia', 'Ex 2. Sentiu melhoria e deixou a terapêutica inalada', and 'Ex 3. Carat: VAI 14 – deixou de fazer o inalador'. The pop-up window has 'Sair' and 'Gravar' buttons.

✓	✗	Data	Hora	Medicação
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:56	Avaliar conhecimento sobre vacinação
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	18:00	Monitorizar tensão arterial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	18:01	Monitorizar peso corporal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	18:01	Monitorizar perímetro abdominal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	18:01	Monitorizar frequência cardíaca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	15:14	Monitorizar índice de massa corporal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	15:14	Monitorizar altura
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	15:14	Incentivar adesão à vacinação
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:02	Avaliar gestão do regime terapêutico
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:04	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:04	Avaliar potencial para melhorar a capacidade
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:05	Avaliar capacidade para gerir o regime medicamentoso
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:09	Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:13	Assistir a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	08-05-2019	17:13	Ensinar sobre gestão do regime terapêutico
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	08-05-2019	17:13	Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:14	Ensinar sobre medicamentos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:14	Ensinar sobre regime medicamentoso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:14	Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:15	Planear consulta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:15	Instruir a inaloterapia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:16	Incentivar envolvimento na gestão do regime terapêutico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:27	Avaliar capacidade para a autoadministração de medicamentos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:34	Avaliar dispneia
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:35	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08-05-2019	17:35	Avaliar potencial para melhorar a capacidade

Consulta de Enfermagem – Pontos Chave

Avaliação
Inicial

Diagnóstico de
enfermagem

Planeamento

Implementação

Avaliação

The screenshot displays a software interface for nursing processes. On the left, a sidebar lists diagnostic interventions, with 'Avaliar gestão do regime terapêutico' highlighted. The main area shows 'FOCOS DE ATENÇÃO' with a table of focus areas and dates. Below this, there are status indicators and a 'Especificações' section. The bottom part of the interface features a table of 'INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO' with columns for DA, A, Horário, Início, and Termo. A blue box highlights the row for 'Assistir a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico'. A blue callout box points to the 'Avaliação' step in the sidebar and contains the text 'Avaliação no processo individual na próxima consulta'. Another white callout box points to the highlighted intervention row and contains the text 'A existência de indicadores'.

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE
Nome:

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição	
Avaliar aceitação do estado de saúde	
Avaliar adesão a rastreio	
Avaliar adesão ao regime terapêutico	
Avaliar capacidade para a autoadministração de medicamentos	
Avaliar comportamento de procura de saúde	
Avaliar conhecimento sobre regime de exercício	
Avaliar conhecimento sobre regime dietético	
Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso	
Avaliar gestão do regime terapêutico	
Avaliar o expectorar	
Monitorizar glicemia capilar	
Monitorizar tensão arterial	
Monitorizar uso de tabaco	

FOCOS DE ATENÇÃO

Focos de Atença				
Gestão do Regime	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentosc	<input type="radio"/>	08-05-2019 17:02	
Gestão do Regime Terapêutico	Gestão do regime terapêutico comprometida	<input checked="" type="radio"/>	08-05-2019 17:02	

Sem Status **S** Sugerido **Resp. Início:** SONIA CRISTINA RODRIGUES BRAG. **Resp. Termo:** Termo

Especificações

08 Mai 2019 17:10 Gestão do regime terapêutico comprometida (Responsável: SONIA CRISTINA RODRIGUES BRAGA ALMEIDA)

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO Todas Ativas Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Ensinar sobre regime medicamentoso	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Todos os contactos	08-05-2019 17:14	
Planear consulta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Todos os contactos	08-05-2019 17:15	
Assistir a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Todos os contactos	08-05-2019 17:13	
Instruir a inaloterapia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Todos os contactos	08-05-2019 17:15	
Avaliar gestão do regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Todos os contactos	08-05-2019 17:02	
Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Todos os contactos	08-05-2019 17:13	
Ensinar sobre gestão do regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Todos os contactos	08-05-2019 17:13	

Resp. Início: Sonia Almeida **Resp. Termo:** Tratamento Feridas Normas Termo

Início	Termo	Especificações

Indicadores de Enfermagem no âmbito da Doença Respiratória

2021.437.01- **Proporção asma ≥ 18 A, com vigilância asma 1 A**

2021.438.01- **Proporção asma < 18 A, com vigilância asma 1 A**

2021.439.01- **Proporção DPOC+ 6 M, com vacina gripe**

2021.440.01-Proporção Asma+ 6 M, com vacina gripe

2013.049.01-Proporção utentes com DPOC ,com FeV 1 em 3 anos

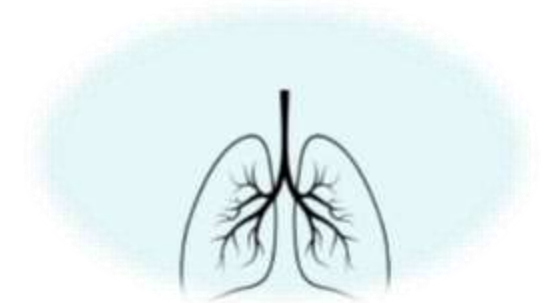
2021.455.01 - **Proporção DPOC + 18 anos com vacinação antipneumocócica**

2021.436.01- **Proporção DPOC ≥ 40 A, com consulta de vigilância .DPOC 1 A**

2021.456.01 - Proporção Asma + 18 anos com vacina pneumocócica

2023.474.01 - **Proporção utentes Asma com registo de GRT**

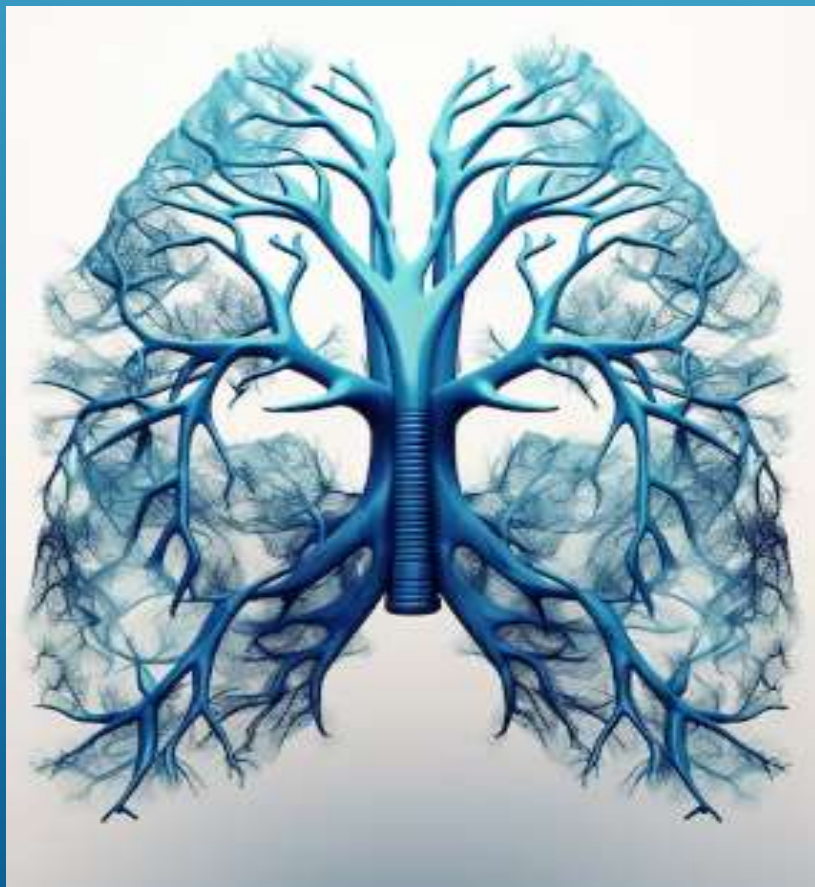
2023.475.01 - **Proporção utentes DPOC com registo de GRT**





As doenças respiratórias crónicas, como a asma e a DPOC, continuam a representar um **grande desafio** de saúde pública em Portugal, exigindo uma **abordagem multidisciplinar**, centrada na pessoa e na sua família. O enfermeiro de família desempenha um papel fundamental na **vigilância, educação e acompanhamento contínuo dos utentes**, promovendo o **controlo da doença, a adesão terapêutica e a melhoria da qualidade de vida**. Investir em consultas estruturadas, em equipa e sustentadas por indicadores de qualidade é essencial para garantir uma **resposta eficaz, humana e baseada na evidência**.

"Ser enfermeiro de família é inspirar cuidado onde a respiração é difícil — e persistir, com ciência, presença e coração."



MUITO OBRIGADO